

Міністерство охорони здоров'я України

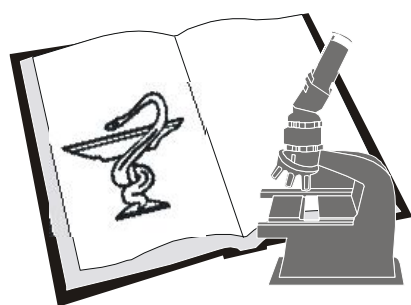
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

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

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

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

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

3/2011

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

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

Затверджено вченою радою ДВНЗ “Тернопільський
державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
(протокол № 4 від 27.09.2011 р.)

© ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського”
© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

Редагування і коректура	Мартюк Н. Є.
Технічний редактор	Демчишин С. Т.
Комп'ютерна верстка	Бенько Н. Б.
Дизайн обкладинки	Кушик П. С.

Підписано до друку 28.09.2011. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 15,35. Обл.-вид. арк. 14,47.
Тираж 600. Зам. № 231.

Надруковано в друкарні
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського”
46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1

ЗМІСТ

<i>В. В. Вороненко, Ю. М. Скалецький, В. Ф. Торбін</i> АНАЛІЗ МІЖНАРОДНИХ ДОКУМЕНТІВ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТЕХНОГЕННОГО І ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ	6
<i>Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, М. В. Чорненький</i> НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА “МЕДИЧНЕ ПРАВО” ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ В УКРАЇНІ	12
<i>М. В. Гребеник, О. М. Масик, Н. І. Ярема, Т. Б. Лазарчук</i> ДИСТАНЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ	15
<i>Л. М. Унгурян, М. С. Образенко</i> ЗАСТОСУВАННЯ ТЕСТОВОЇ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ЗНАНЬ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ	20
<i>Г. І. Кліц</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ АВСТРІЇ	23
<i>М. Л. Кушик</i> ДО ПИТАННЯ ОБМІНУ ДОСВІДОМ: КУЛЬТУРА І НАУКА БЕЗ КОРДОНІВ	31
<i>Г. Б. Паласюк</i> ВПРОВАДЖЕННЯ МАГІСТРАТУРИ З МЕДСЕСТРИНСТВА – КРОК ВПЕРЕД НА ШЛЯХУ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ	35
<i>В. Д. Скрипко, П. І. Шев’як, О. Ю. Атаманюк, Ю. В. Гринів</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІМІТАЦІЙНИХ СИСТЕМ НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ СПЕЦІАЛІСТІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	40
<i>Р. Я. Абдуллаєв, С. О. Пономаренко, В. Г. Марченко, Л. А. Сисун</i> РОЛЬ ДІАГНОСТИЧНИХ АЛГОРИТМІВ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ	42
<i>О. О. Акуліна</i> ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КОЛЬПОСКОПІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	44
<i>Є. Д. Бабов, М. А. Новікова, С. В. Кленовська, В. В. Могилевський</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ОНМедУ	47
<i>Г. В. Бесполудіна, К. В. Болотчева, В. І. Козюберда, А. В. Жила, А. В. Щербакова, В. А. Щербаков, Гош Супратім</i> КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ПРАВА СЕРЕД КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ З ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ’Я	49
<i>І. Є. Бородаєв, І. В. Шаранов, О. Б. Зубков, В. М. Качанов, П. Т. Муравйов, В. Г. Шевченко, А. Ю. Коритна</i> ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	53
<i>Є. О. Воробйов, Т. І. Шевченко, С. І. Сорокіна, І. П. Кудря, О. А. Шапошник</i> ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ У СТУДЕНТІВ 4 КУРСУ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	55
<i>Т. Г. Григор’єва, С. В. Коркунда, Г. А. Олійник, С. А. Голобородько</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ІЗ КОМБУСТІОЛОГІЇ ТА ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ	59
<i>О. В. Грищенко, В. В. Бобрицька, Л. В. Дудко, Н. В. Лісіцина, С. В. Коровай, В. Л. Дудко</i> ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ СЛУХАЧІВ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	62
<i>О. В. Громов, П. Г. Герасимчук, М. О. Коваленко, Р. А. Котелевський</i> ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПІСЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ	65

<i>Н. В. Грона, В. В. Коломієць, К. А. Бобришев, Н. В. Ванханен, Б. А. Півнеє</i> ЗНАЧЕННЯ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ В БОЛОНСЬКІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ ОРГАНІЗАЦІЯ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ	67
<i>І. М. Гудз, С. М. Генік, Д. С. Михальчук, І. В. Дмитрів, А. В. Симчич</i> ДОСВІД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ	70
<i>І. Б. Даценко, Т. А. Літовченко</i> ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАТИВНОГО ПІДХОДУ В УДОСКОНАЛЕННІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ “НЕВРОЛОГІЯ”	73
<i>В. Г. Дубініна, А. І. Рибін, О. В. Кузнецова</i> ОЦІНКА НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	76
<i>Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак</i> ОСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПОШУК ШЛЯХІВ ЇХ ВИРІШЕННЯ	79
<i>Л. Ф. Каськова, О. О. Карпенко, О. Е. Абрамова, О. Ю. Андріянова, Л. Ф. Чуприна, І. Ю. Ващенко</i> ПІДГОТОВКА ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНОГО СПЕЦІАЛІСТА – ОСНОВА ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО- МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ	82
<i>Т. М. Клименко, Т. В. Сандуляк, О. А. Сердцева, А. М. Закревський, О. Ю. Карапетян</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ СУМЕЖНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НА ЦИКЛІ “ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИХОДЖУВАННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ”	85
<i>Т. М. Клименко, О. А. Сердцева, Т. В. Сандуляк</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ НАВЧАННІ МЕТОДИКИ РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ У ПОЛОГОВІЙ ЗАЛІ	88
<i>С. І. Климнюк, Л. Б. Романюк, Н. І. Ткачук, О. Б. Кучмак, Т. О. Бригідир</i> ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ГУРТКА НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ	92
<i>В. В. Коломієць, Н. В. Ванханен, Н. В. Грона, В. В. Красьоха-Денисова</i> ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ	95
<i>В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва, Л. Є. Оборнев, Н. А. Стичинська, А. В. Владзимирський</i> ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО РІВНЯ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ – ПІДґРУНТЯ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ	99
<i>О. О. Лосєв, М. Г. Мельниченко</i> ВИКЛАДАННЯ “ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ” В ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕПІ	102
<i>М. А. Маїталір, С. Б. Крамар, Г. В. Довгаль, Д. І. Назарова</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	105
<i>Ю. В. Мітін, Ю. В. Дєєва, О. О. Островська, Л. Р. Криничко, О. В. Мотайло</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРЯ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	107
<i>Ю. В. Мітін, Ю. В. Дєєва, О. О. Островська, Л. Р. Криничко, О. В. Мотайло</i> ФАХОВА ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	110
<i>І. В. Ніженковська, О. В. Вельчинська, О. І. Головченко, О. В. Манченко</i> ОСОБЛИВОСТІ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ПРИ ВИВЧЕННІ “ЛЕТКИХ” ОТРУТ В КУРСІ “ТОКСИКОЛОГІЧНА ХІМІЯ” В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ	113
<i>О. О. Нікітіна, О. Ю. Таллер, М. Г. Скворець</i> УДОСКОНАЛЕННЯ БОТАНІЧНОЇ ОСВІТИ ФАРМАЦЕВТІВ-ПРОВІЗОРІВ ЗА ВИМОГАМИ КРЕДИТНО- МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ	117

<i>Т. О. Перцева, О. А. Шевченко, Е. А. Деркачов, Л. І. Буряк, Н. І. Рублевська, В. Є. Цуцков, О. П. Штепа, В. В. Євтушенко, С. А. Щудро, В. І. Главацька, Л. В. Григоренко, К. Ю. Огір</i>	
НООСФЕРНО-ЕКОЛОГІЧНИЙ ІМПЕРАТИВ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОГО СВІТОГЛЯДУ ЛІКАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	120
<i>Л. Н. Рибіцька, Л. Б. Муц, Т. В. Бігуняк, Л. Т. Котляренко, Х. Ю. Недошитко, І. Б. Привроцька, О. Т. Тусик, О. Ю. Ружицька, О. М. Ярема, О. С. Коваль, Л. Б. Ковальова</i>	
ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ	123
<i>О. Г. Родинський, О. М. Демченко, О. В. Мозгунов, Л. В. Гузь, П. О. Неруш</i>	
ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВИКЛАДАННІ ФІЗІОЛОГІЇ	125
<i>Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, І. М. Голубєва</i>	
СТВОРЕННЯ ТИПОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ДИСЦИПЛІНИ “ПРОПЕДЕВТИКА ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ” ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ	129

УДК 614.2

АНАЛІЗ МІЖНАРОДНИХ ДОКУМЕНТІВ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТЕХНОГЕННОГО І ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

В. В. Вороненко¹, Ю. М. Скалецький², В. Ф. Торбін³

¹Міністерство охорони здоров'я України,

²Національний інститут стратегічних досліджень,

³Українська військово-медична академія

ANALYSIS OF INTERNATIONAL DOCUMENTS CONCERNING PROVIDING OF PREVENTION AND REACTING ON EMERGENCY SITUATIONS OF TECHNOLOGICAL AND NATURAL CHARACTER

V. V. Voronenko¹, Yu. M. Skaletskyi², V. F. Torbin³

¹Ministry of Public Health of Ukraine,

²National Institute of Strategic Researches,

³Ukrainian Military-Medical Academy

У статті розглянуті: Йогогамська стратегія і План дій; Міжнародна стратегія зменшення небезпеки лих; доповідь ООН: "Зниження ризику катастроф – завдання розвитку. Глобальна доповідь"; Хіогська рамкова програма дій на 2005–2015 роки; Документи ООН: Генеральна Асамблея й Міжнародна стратегія зменшення небезпеки лих.

The threats of nuclear and radiological terrorism, possible emergency situations, conditioned by the acts of nuclear terrorism and measure of IAEA on prevention and reacting on emergency situations, conditioned by the acts of nuclear terrorism, are considered in the article. The brief review of public policy of counteraction to the emergency situations has been done in Ukraine. Organization of fight against terrorism in Ukraine is analysed, the specificity of measures is outlined on prevention of origin of emergency situations conditioned by acts of terrorism.

Вступ. Запобігання стихійним лихам і пом'якшення їх наслідків належать до 20 найважливіших і найневідкладніших глобальних проблем XXI століття. Вказані проблеми набули таких масштабів і пов'язані з настільки великими стражданнями людей, що не вживати глобальних заходів із запобігання стихійним лихам і пом'якшення їх наслідків не можна. Ці лиха настільки масштабні й часті, що займатися ними повинне все світове співтовариство [4].

Найбільш масштабними, що мають міждержавне значення щодо мінімізації катастроф, слід визнати документи Організації Об'єднаних Націй. Далі наводиться аналіз основних міжнародних документів, що мають широке практичне застосування на даний час.

Основна частина. Використовуючи метод аналізу, пропрацьовано 8 міжнародних документів щодо забезпечення попередження та реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру.

Йогогамська стратегія забезпечення більш безпечного світу була прийнята на Всесвітній конференції зі зменшення небезпеки стихійних лих (травень 1994 року, Йогогама, Японія) як один із основних підсумків здійснення міжнародного десятиліття зі зменшення небезпеки стихійних лих [1].

Підсумком проведення конференції стало прийняття документа, що одержав назву Йогогамська стратегія забезпечення безпечнішого світу: керівні принципи запобігання стихійним лихам, забезпечення готовності до них і пом'якшення їх наслідків, у тому числі принципи, стратегія та План дій і Йогогамське звернення.

Основними принципами Йогогамської стратегії є:

1. Оцінка ризику є необхідним кроком для прийняття належної й успішної політики і заходів щодо зменшення небезпеки стихійних лих.

2. Попередження стихійних лих і забезпечення готовності на випадок їх виникнення мають першочер-

гове значення для зменшення необхідності в наданні допомоги у випадку стихійних лих.

3. Попередження стихійних лих і забезпечення готовності на випадок їх виникнення мають вважатися важливими аспектами політики й планування у сфері розвитку на національному, регіональному, двосторонньому й міжнародному рівнях.

4. Розвиток і зміцнення потенціалу для попередження, зменшення небезпеки й пом'якшення наслідків лих є однією з найпріоритетніших сфер діяльності.

5. Раннє оповіщення про початок стихійних лих і ефективно поширення таких оповіщень за допомогою телекомунікацій, зокрема служби оповіщення, є основними чинниками, що визначають успішне попередження стихійних лих і забезпечення готовності на випадок їх виникнення.

6. Превентивні заходи найефективніші у тому випадку, коли вони застосовуються на всіх рівнях — від місцевих громад і національних урядів до регіонального й міжнародного рівня.

7. Уразливість може бути ослаблена через застосування відповідних методів проектування й розробки з акцентом на цільові групи за допомогою відповідного навчання й підготовки всієї громади.

8. Міжнародне співтовариство визнає потребу в забезпеченні загального доступу до технологій, необхідних для попередження, зменшення небезпеки й пом'якшення наслідків лих; вони мають надаватися безперешкодно й вчасно як невід'ємна частина технічного співробітництва.

9. Захист навколишнього середовища як компонент сталого розвитку, разом із заходами щодо боротьби з бідністю, є необхідною умовою для попередження лих і пом'якшення їх наслідків.

10. Кожна країна несе основну відповідальність за захист своїх народів, інфраструктури й інших національних багатств від впливу стихійних лих. Міжнародне співтовариство повинне продемонструвати тверду політичну рішучість, необхідну для мобілізації необхідних ресурсів і ефективного використання наявних засобів у сфері зменшення небезпеки стихійних лих, з урахуванням потреб країн, що розвиваються, особливо найменш розвинених.

У зверненні, зробленому учасниками Йогогамської конференції, зазначається: “Державам варто розглядати Йогогамську стратегію забезпечення безпечнішого світу як заклик до дії – на індивідуальній основі й разом з іншими державами – зі зменшення небезпеки стихійних лих як однієї з рушійних сил перетворень”.

Хоч небезпечні природні явища будуть, як і раніше, мати місце, уразливість суспільств до цих небезпеч-

них явищ і пов'язаних з ними техногенних і екологічних катастроф може зростати або зменшуватися під впливом діяльності людини.

Міжнародна стратегія зменшення небезпеки лих – МСЗНЛ [5] була ініційована в 2000 році Економічною й Соціальною Радою ООН як міжвідомча рамкова програма і механізм (міжвідомча цільова група з питань зменшення небезпеки лих і міжвідомчий секретаріат) для того, щоб виконувати в системі Організації Об'єднаних Націй роль координаційного центру, наділеного мандатом для заохочення інформованості й участі громадськості, розширення мережевої взаємодії та партнерства і поглиблення знань щодо причин лих і можливих варіантів зменшення їх ризику з акцентом на Йогогамську стратегію і План дій [1] та в подальшому трансформуватися в Міжнародну десятирічку зі зменшення небезпеки стихійних лих.

Організація Об'єднаних Націй заснувала Міжнародну стратегію зменшення небезпеки лих як глобальну основу для діяльності, спрямованої на забезпечення стійкості всіх держав до впливу природних небезпек і пов'язаних з ними технологічних та екологічних катастроф з метою зменшення людських, економічних і соціальних втрат.

Ця стратегія передбачає концепцію, у рамках якої головна увага має приділятися вже не заходам щодо ліквідації наслідків катастрофи, а управлінню ризиками за рахунок заходів, спрямованих на зменшення небезпеки лих як одного із компонентів у діяльності щодо забезпечення сталого розвитку. Здійснення Стратегії припускає встановлення партнерських відносин між урядами, організаціями громадянського суспільства, установами Організації Об'єднаних Націй, науковою спільнотою, засобами масової інформації, а також іншими заінтересованими особами, які займаються питаннями зменшення небезпеки лих.

Чотири мети стратегії полягають у: розширенні поінформованості громадськості про заходи щодо зменшення небезпеки лих, забезпеченні готовності державних органів займатися цими питаннями, сприянні створенню міждисциплінарних і міжгалузевих партнерських відносин, а також удосконалюванні наукових знань про причини стихійних лих і наслідки впливу природних небезпек [2].

У 2004 р. ООН опублікувала доповідь: “Зниження ризику катастроф – завдання розвитку. Глобальна доповідь” [3].

Доповідь може розглядатися як програмний документ з організації робіт зі зниження ризику катастроф і їх наслідків.

Близько 75 відсотків населення Землі живуть на таких територіях, де за період із 1980 по 2000 рік хоча

б один раз відбувалися землетруси, циклони, повені або засухи.

У доповіді робиться висновок, що ризик катастроф не є неминучим, і наводяться позитивні приклади зниження ризику катастроф, які можуть бути покладені в основу стратегії планування подальшого розвитку, а також приклади управління зниженням ризику катастроф.

Як зазначено у доповіді, управління зниженням ризику стихійних лих містить економічні, політичні та адміністративні елементи:

– суть економічного управління полягає у процесі прийняття рішень, що впливають на економічну діяльність у країні та її відносини з економіками інших країн;

– політичне управління – це процес прийняття рішень для формування стратегій, зокрема національної стратегії зниження ризику катастроф, а також планування;

– адміністративне управління – це система реалізації політики або стратегії, що вимагає наявності злагоджено функціонуючих організацій на центральному й місцевому рівнях.

У випадку зниження ризику катастроф ця система має включати реальне впровадження норм і правил, планування, моніторинг ризику для навколишнього середовища й уразливості населення.

Ефективне управління означає щось більше, ніж реорганізація державного сектора або перерозподіл обов'язків між різними рівнями управління. У той час як уряди несуть пряму відповідальність за забезпечення права на безпеку, вони не можуть і не повинні виконувати це завдання самостійно.

На національному й міжнародному рівні, як ніколи раніше, у формулюванні стратегій зниження ризику активну роль відіграє громадянське суспільство.

За останні десять років зростає кількість регіональних організацій, які займаються питаннями управління ризиком. Крім розробки власних стратегічних ініціатив і нагромадження досвіду, регіональні організації можуть забезпечити послідовність для прогресу в розвитку управління ризиком катастроф на національному рівні.

Для зближення планів щодо зниження ризику катастроф і планів розвитку необхідно зробити три кроки:

1) збір основних даних про ризик катастроф і розробка методів (інструментів) планування для з'ясування відношень між стратегією планування й ризиком катастроф;

2) збір і поширення даних про передові методи планування розвитку й розробки стратегії, з використанням яких скорочується ризик катастроф;

3) сприяння прояву політичної волі для переорієнтації як сектора планування розвитку, так і сектора управління ризиком катастроф.

На національному рівні основною проблемою є включення питань зниження ризику катастроф у стратегію розвитку. Необхідність серйозного втручання після стихійного лиха вже визнається. У той час як головне завдання полягає в тому, щоб більше уваги приділялося зниженню (запобіганню) ризику стихійних лих і катастроф як центрального елемента стратегії подальшого розвитку.

При більш інтегрованому підході необхідне співробітництво між державними органами, відповідальними за планування розвитку, планування господарської політики й питань охорони навколишнього середовища, а також організаціями, що здійснюють управління ризиком катастроф.

При такому підході варто застосовувати децентралізовані стратегії планування ризику катастроф, що розширить можливості співтовариств і відкриє дорогу для участі на місцевому рівні. Залучення до участі в цих обставинах вимагає довгострокових зусиль у сфері соціального розвитку як частини програм зниження рівня уразливості.

При проведенні реформ законодавство часто залишається вирішальним елементом для забезпечення твердого підґрунтя для інших центральних сфер діяльності, таких як інституціональні системи, планування й координація, участь на місцевому рівні й ефективній реалізації політики. Але саме по собі законодавство не може змусити людей виконувати ці правила. Необхідний контроль і механізми застосування, тобто відповідні закони, правила, програми тощо. Причому ці документи (національного, регіонального й місцевого рівнів) мають відображати рекомендації й досвід усього світового співтовариства: міжнародних угод, договорів, рамкових програм і т. д.

Місцевий рівень реакції співтовариства залишається найбільш важливим фактором, що дозволяє людям скоротити ризики, пов'язані зі стихійними лихами, і впоратися з наслідками таких лих.

Також у рамках Програми розвитку ООН веде розробку індексів ризику катастроф (Disaster Risk Index – DRI) для кращого розуміння взаємозв'язку між розвитком і ризиком катастроф.

Результати проекту DRI, представлені в доповіді, дають можливість виміряти й порівняти відносні рівні фізичної схильності до небезпеки, уразливості й ризику для різних країн і визначити показники уразливості.

У доповіді [3] обґрунтовується необхідність дотримання шести основних напрямів, які стоять на по-

рядку денному в рамках стратегії скорочення ризику катастроф. Нижче наводиться їх короткий опис.

1. Належне управління є основним моментом, якщо питання, пов'язані з ризиком, необхідно враховувати в процесі планування розвитку, і якщо ставиться завдання з успішного зниження існуючого рівня ризику.

Розвиток варто регулювати залежно від ступеня його впливу на ризик катастроф. Можливо, найбільшими проблемами при включенні ризику природних катастроф у процес планування розвитку є політична воля й географічна рівність. Ці проблеми характерні як для управління питаннями охорони навколишнього середовища, так і для оцінки впливу на навколишнє середовище.

Як розподіляти відповідальність за ризик стихійного лиха, що виник в одному місці і був викликаний діями, зробленими в іншому? Можна буде легше обґрунтувати витрати на зниження ризику, коли методи оцінки (включаючи індекс ризику катастроф), застосовувані для визначення позитивного ефекту від інвестицій у стратегії зниження ризику, стануть більш досконалішими.

2. Облік ризику в процесі подолання наслідків стихійного лиха.

Ідея про те, що управління ризиком варто враховувати в процесі планування розвитку, стає удвічі важливішою в період ліквідації наслідків стихійного лиха.

3. Комплексне управління ризиком зміни клімату.

Розширення можливостей з керування існуючим на цей час ризиком стихійних лих є ефективним чинником нарощування потужностей для управління ризиком зміни клімату в майбутньому.

4. Управління багатогранною природою ризику.

Природні катастрофи подібні до інших потенційних загроз для життя і виживання. Часто люди й співтовариства, які є найбільш уразливими до природних катастроф, також виявляються уразливими й до інших джерел небезпеки. Для багатьох із них стратегії виживання полягають у маневруванні між ризиками з боку різних джерел небезпеки – економічних, соціальних, політичних, екологічних. Це варто враховувати при розробці стратегії зниження ризику катастроф, необхідно також віднаходити можливості для створення потужностей з подолання як загальних ризиків, так і конкретного ризику стихійних лих.

5. Компенсаторне управління ризиком.

На додаток до вивчення співвідношення між катастрофами й розвитком, внеском у яке є й дана Доповідь, у цей час існує спадщина у вигляді накопиченого ризику, тому необхідно підвищити готовність до стихійних лих і катастроф і вдосконалити заходи щодо ліквідації наслідків.

6. Заповнення прогалін у знаннях для більш точної оцінки ризику катастроф.

Першим кроком у напрямку більш узгоджених загальних дій зі зниження ризику катастроф має стати чітке розуміння глибини й ступеня небезпеки, уразливості та втрат від стихійних лих і катастроф.

Щодо цього наводяться конкретні рекомендації:

а) сприяння індексуванню ризику й уразливості у всіх країнах світу, що дозволить провести більш точні й масштабніші порівняння між країнами й регіонами;

б) підтримка національного й субрегіонального індексування ризику для надання інформації особам, які приймають рішення на національному рівні;

в) розробка багаторівневої системи звітів про стихійні лиха й катастрофи;

г) підтримка оцінки ризику з урахуванням контексту.

23 грудня 2003 року Генеральна Асамблея ООН ухвалила скликати Всесвітню конференцію зі зменшення небезпеки лих. Конференція відбулася 18–22 січня 2005 року (Кобе, префектура Хіого, Японія) і затвердила Рамкову програму дій на 2005–2015 роки. У роботі конференції взяли участь представники 168 країн і організацій.

Метою проведення конференції був огляд здійснення Йогогамської стратегії і Плану дій 1994 року, що міститься в ній, орієнтуючись на:

– оцінку досягнень і визначення передового практичного досвіду;

– визначення існуючих проблем, найважливіших потреб і можливостей у плані ініціатив зі зменшення небезпеки лих в усьому світі, а також вивчення нових проблем;

– розробку комплексу цілей і визначення напрямів діяльності для зменшення небезпеки лих у контексті реалізації Йоханнесбурзького плану виконання рішень у сфері сталого розвитку як необхідної умови досягнення відповідних цілей розвитку, сформульованих у Декларації тисячоліття, а також для реалізації п'яти конкретних цілей:

1) завершити роботу й надати інформацію з огляду Йогогамської стратегії та її Плану дій на предмет відновлення керівних основ зменшення небезпеки лих із урахуванням вимог ХХ століття;

2) визначити конкретні заходи, спрямовані на забезпечення реалізації відповідних положень Йоханнесбурзького плану виконання рішень Всесвітньої зустрічі на вищому рівні зі сталого розвитку, що стосуються уразливості, оцінки ризику й боротьби з лихами;

3) обмінятися передовим досвідом і отриманими уроками для подальшого зменшення небезпеки лих

у контексті досягнення сталого розвитку й виявити існуючі нез'ясовані та нові питання;

4) підсилити усвідомлення важливості політики, спрямованої на зменшення небезпеки лих, полегшуючи тим самим реалізацію такої політики та сприяючи їй;

5) підвищити у всіх регіонах надійність і доступність актуальної інформації, що стосується лих, для громадськості й установ, що протидіють лихам, як це передбачається у відповідних положеннях Йоханнесбургського плану виконання рішень.

У матеріалах конференції підкреслюється важливе значення зменшення ризику лих за рахунок використання більш ініціативного підходу до інформування, стимулювання й залучення населення на всіх напрямках діяльності зі зменшення ризику лих у своїх місцевих громадах.

Відзначається недостача ресурсів, які цілеспрямовано виділяються з бюджетів розвитку на реалізацію цілей зменшення ризиків, як на національному або регіональному рівні, так і в рамках міжнародного співробітництва й фінансових механізмів, хоча й звертається увага на наявність значних можливостей у плані вдосконалення застосування існуючих ресурсів і усталеної практики з метою ефективнішого зменшення ризиків лих.

Конкретні завдання встановлені у п'ятьох основних сферах:

1) управління: організаційна, правова й політична основа;

2) виявлення, оцінка й моніторинг ризиків і раннє попередження;

3) управління знаннями й освіта;

4) зменшення вихідних чинників ризику;

5) готовність до здійснення ефективних заходів реагування й відновних заходів.

Ці ключові сфери закладені в основу розробки відповідної рамкової програми дій на десятиліття 2005–2015 років.

За підсумками розгляду Йокогамської стратегії, а також з огляду на результати обговорень на Всесвітній конференції зі зменшення небезпеки лих і, зокрема, на погоджені очікувані результати й стратегічні цілі, конференцією в Хіого було схвалено п'ять пріоритетних напрямів дій:

1) забезпечення того, щоб зменшення ризику лих було національним і місцевим пріоритетом за наявності міцної інституціональної бази для реалізації;

2) виявлення, оцінка й моніторинг факторів ризику лих і поліпшення раннього попередження;

3) використання знань, новаторських рішень і освіти для створення безпечних умов і потенціалу протидії на всіх рівнях;

4) зменшення вихідних факторів ризику;

5) підвищення готовності до нещастя для цілей ефективного реагування.

Крім того за результатами аналізу досвіду минулого десятиріччя щодо зменшення небезпеки лих, Всесвітньою конференцією в Хіого було прийнято два принципових рішення:

1. Не менш 10 % усіх коштів, які виділяються державами на відновлення та покриття збитків від природних катастроф, повинні спрямовуватись на запобігання останнім.

2. Запобігання катастрофам повинно спиратися не тільки на досягнення науково-технічного процесу, але й, у першу чергу, на освітянську і просвітню роботу з населенням, на формування культури безпеки життєдіяльності.

За оцінками фахівців, конференція відкрила унікальну можливість для того, щоб сприяти застосуванню стратегічного й систематичного підходу з метою зниження уразливості й ризиків, підтвердила необхідність і визначила шляхи створення потенціалу протидії лихам з боку держав і співтовариств.

Хіогська рамкова програма дій стала платформою, на якій багато країн після 2005 року будують або переглядають свої національні програми протидії природним і техногенним катастрофам.

У липні 2008 року в ООН опубліковано звіт “UN/ISDR, 2008. Towards National Resilience: Good practices of National Platforms for Disaster Risk Reduction”, у якому розглянуто практику реалізації Хіогської рамкової програми. У звіті, зокрема, зазначається, що до моменту публікації звіту 45 країн повідомили про запровадження в дію “національних платформ”, частина країн – про роботи з їх створення [5–8].

На щорічних Генеральних Асамблеях Організації Об'єднаних Націй приймаються нові й обновляються прийняті раніше документи (резолуції) з тематики зменшення небезпеки лих (адреса сайту в Інтернеті: <http://unbisnet.un.org>, на сайті в цей час 31 документ).

Нижче наведено окремі з них:

1. Резолюція Генеральної Асамблеї 62/192. Міжнародна стратегія зменшення небезпеки лих (за доповіддю Другого комітету (A/62/419/Add.3). – 11 лютого 2008 року.

2. Резолюція Генеральної Асамблеї 62/196: Сталий гірський розвиток.

3. Резолюція Генеральної Асамблеї 61/199: Міжнародне співробітництво у справі пом'якшення наслідків явища Ель-Ніньо (за доповіддю Другого комітету (A/61/422/Add.3)). – 16 лютого 2007 року.

4. Резолюція Генеральної Асамблеї 61/200: Стихійні лиха й уразливість (за доповіддю Другого комітету (A/61/422/Add.3). – 16 лютого 2007 року.

5. Резолюція Генеральної Асамблеї 58/214: Міжнародна стратегія зменшення небезпеки лих (за доповіддю Другого комітету (A/58/484/Add.5). – 27 лютого 2004 року.

6. Навколишнє середовище й сталий розвиток: Доповідь Другого комітету. – 20 листопада 2003 року.

7. Резолюція Генеральної Асамблеї 57/152: Міжнародне співробітництво в галузі гуманітарної допомоги у випадку стихійних лих, від надання надзвичайної допомоги до розвитку (A/57/L.63 і Add.1). – 3 березня 2003 року.

Висновки: 1. Світова спільнота докладає значних зусиль для розробки ефективних стратегій запобігання і реагування на надзвичайні ситуації на заса-

дах управління ризиками їх виникнення, делегування функцій у цій сфері місцевим громадам і навіть окремим громадянам, згуртування і координації ресурсів та інших можливостей на національному, регіональному і міжнародному рівнях.

2. Стратегії сталого розвитку, регіональні, національні та місцеві плани перетворень мають бути максимально узгоджені з планами дій зі зменшення загроз виникнення лих. Причому ці документи (національного, регіонального й місцевого рівнів) мають відображати рекомендації й досвід усього світового співтовариства: міжнародних угод, договорів, рамкових програм тощо.

3. Місцевий рівень реакції співтовариства залишається найбільш важливим фактором, що дозволяє людям скоротити ризики, пов'язані зі стихійними лихами, і справитися з наслідками таких лих.

Література

1. Всесвітня конференція з питань зменшення небезпеки стихійних лих, Йокогама, Японія, 23–27 травня 1994 р. A/CONF.172/9, 27 September 1994. – <http://www.un.org/russian/conferen/docs/yokohama94.pdf>.

2. Проект програмного підсумкового документа “Створення потенціалу протидії лихам на рівні держав і співтовариств: Хіогська рамкова програма дій на 2005–2015 роки”.

3. Всесвітня конференція з питань зменшення небезпеки лих. Кобе, Хіого, Японія, 18–22 січня 2005 р.

4. Зниження ризику катастроф – завдання розвитку. Глобальна доповідь: Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй. Бюро із запобігання кризам і відновлення, 2004.

– www.undp.org/bcpr/disred/rdr.htm.

5. Rischard J. F. High Noon: Twenty Global Issues, Twenty Years to Solve Them / J. F. Rischard / 2002.

6. «UN/ISDR, 2008. Indicators of Progress: Guidance on Measuring the Reduction of Disaster Risks and the Implementation of the Hyogo Framework for Action».

7. United Nations secretariat of the International Strategy for Disaster Reduction (UN/ISDR), Geneva, Switzerland” © United Nations, UN/ISDR, 2008.

8. Міжнародна стратегія зменшення небезпеки лих. OCHA/ISDR/2001/13, GE.01-02322, Червень 2001 р.

УДК 61(07):34(477)

НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА “МЕДИЧНЕ ПРАВО” ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ В УКРАЇНІ

Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, М. В. Чорненський

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

THE DISCIPLINE “MEDICAL LAW” AS AN INTEGRAL PART OF DOCTORS’ TRAINING NOWADAYS IN UKRAINE

L. Ya. Kovalchuk, A. D. Bedeniuk, M. V. Chornenkyi

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

Стаття розкриває основні проблеми становлення в Україні медичного права як навчальної дисципліни.

This article focuses on the most important problems of the establishment of the medical law as an academic discipline in Ukraine.

Вступ. На початку 3 тисячоліття Україна перебуває на шляху активних політичних, правових, соціальних, економічних перетворень. У системі глобальних реформ, що відбуваються в усіх сферах суспільного життя, кардинально змінюється підхід до функціонування системи охорони здоров’я та надання медичних послуг. У даний час в Україні відбувається синтез специфічних вітчизняних принципів функціонування медичної галузі та прийнятих світових стандартів. На шляху інтеграції України в єдиний світовий політичний, економічний, соціальний простір існує чимало суперечностей між цими кардинально протилежними за своїми принциповими основоположними позиціями системами.

У зв’язку із цим виникає безліч дискусій щодо способів вирішення тих чи інших проблем галузі медицини, серед яких проблеми страхової медицини, медичної етики, деонтології та біоетики, прав і обов’язків пацієнтів та медичного персоналу, інформування пацієнтів про результати обстеження, діагноз, тактику лікування та прогноз захворювання, лікарської таємниці, відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення та дефектів надання медичної допомоги, донорства та трансплантології, проведення медичних експериментів, ятрогенної патології, примусового надання медичної допомоги, регулювання репродуктивних технологій.

На даний час прийнято чимало нормативно-правових актів, що певним чином регулюють вказані відносини та спрямовані на вирішення цих проблем. Серед них норми ратифікованих Верховною Радою

України міжнародних договорів, Конституції України, Законів України, Постанов Кабінету Міністрів України, накази міністерств, відомств та інших органів виконавчої влади. Вже сформувалася нова галузь права в Україні – медичне право – з усіма своїми ознаками галузі права. Чітко окреслені специфічні суспільні відносини (предмет), що регулюються медичним правом, та способи їх правового регулювання (методи). І це не дивно, оскільки в системі права будь-якої цивілізованої держави медичне право як специфічний міжгалузевий правовий інститут, котрий об’єднує однорідні норми різних галузей права, посідає особливе місце [1]. Чимало науковців у галузі права в Україні приділяють увагу саме медичним відносинам та медичній діяльності, що сприяє розвитку медичного права як науки.

Одночасно із розвитком медичного права як галузі права в Україні постає питання необхідності впровадження медичного права як навчальної дисципліни в процесі підготовки як сучасного правознавця, так і лікаря.

Основна частина. Перед медичною та юридичною громадськістю постає чимало проблемних питань щодо розвитку медичного права не лише як галузі права і науки, а й при реалізації вивчення студентами медичного та юридичного профілю медичного права як навчальної дисципліни.

Слід усвідомити той факт, що саме законодавство України не зовсім встигає за реаліями розвитку системи охорони здоров’я, що, імовірно, пов’язано із складними політичними, економічними та соціальними умовами та спрямованими в іншу сторону пріори-

татами діячів влади. Норми, що регулюють медичні відносини не кодифіковані, не систематизовані, розкидані по різних нормативно-правових актах, що значно ускладнює їх практичне застосування в медичній діяльності, їх вивчення медичним персоналом. Часто замість того, щоб вирішити та врегулювати відносини, норми, в першу чергу процесуальні, ускладнюють процедуру надання медичних послуг. Це ставить перед законодавцем питання створення єдиного кодифікованого акта – Медичного кодексу України.

В Україні існує чимало серйозних проблем із реалізацією політики охорони здоров'я, що пов'язано перш за все із невизначеністю напрямів розвитку системи охорони здоров'я, відсутністю єдиної, затвердженої на законодавчому рівні програми чи концепції розвитку системи охорони здоров'я, що призводить до незавершеності її реформування [2].

Одночасно в загальнодержавному масштабі в Україні можна спостерігати кризу всіх суспільних відносин, що в правовій сфері проявляється кризою правової культури загалом та правової свідомості зокрема, процесами девальвації права, масовою неповагою до права, зневажливим ставленням до законодавства та правових норм. Разом з тим, ми бачимо необгрунтоване розширення сфер правового регулювання, правову регламентацію всього, що спричиняє правову зарегульованість поведінки особи, веде до появи пасивності, страху, правового нігілізму, котрий знецінює право загалом. У правовій системі постійно з'являються такі правові норми, котрі взаємно виключають одна одну, спричиняють виникнення численних суперечностей. Все це породжує правовий хаос, в якому часто складно розібратися навіть фахівцям-правникам, і внаслідок цього призводить до недостатньої правової захищеності особи, в тому числі медичного працівника та пацієнта [3].

У медичній практиці нерідко як пацієнти, так і медичний персонал не лише забувають, а й навіть не знають чи не усвідомлюють не тільки свої права, а й обов'язки. Як показує практика, дуже часто пацієнти забувають про справжні функції лікувально-профілактичних закладів, плутають їх із санаторно-курортними закладами, внаслідок чого не справджуються їхні сподівання. До цього слід додати незадовільне матеріальне забезпечення лікувальних закладів апаратурою, обладнанням, медикаментами. Все це, а також досить часте неадекватне сприйняття як пацієнтом, так і його близькими негативних результатів лікування, призводять до незадоволення пацієнтів якістю надання медичних послуг та їх реакцією у вигляді скарг до контролюючих органів.

Все це поєднується, з однієї сторони, із підвищенням правової свідомості пацієнтів та появою когорти спеціалістів із правознавства, що спеціалізуються на медичних відносинах, а з іншої – незначною спроможністю лікувальних закладів та медичних асоціацій на захист медичного працівника, в першу чергу – практичного лікаря, а також активізацією в останні роки роботи цілої низки контролюючих та наглядових органів, що забезпечують контроль за якістю надання медичної допомоги.

На даний час викладання медичного права здійснюється в системі як юридичних, так і медичних навчальних закладів. І це логічно, оскільки така навчальна дисципліна органічно вбудовується в структуру як юридичної, так і медичної освіти. Студенти юридичних факультетів засвоюють норми медичного права в складі інших навчальних дисциплін, відповідно як норми цивільного, кримінального, адміністративного, конституційного права тощо. Лише в останні роки юридична освіта почала сприймати медичне право як самостійну навчальну дисципліну.

Молоді лікарі, котрі закінчують вищі медичні навчальні заклади, отримують певні знання із галузі медичного права, вивчаючи загальні правові дисципліни, організацію охорони здоров'я та судову медицину, курси з медичної етики, деонтології та біоетики. Проте враховуючи сучасні реалії функціонування медичної галузі, такі поверхневі та несистематизовані знання з медичного права для практичного лікаря є вкрай недостатніми. Реалії сьогодення демонструють, що лікар, котрий не знає своїх прав та обов'язків, і межі, за якою настає відповідальність, не може бути допущеним до професійної практики. Лікар, котрий ще впродовж навчання у вищому медичному навчальному закладі не опанував правових норм, що регулюють відносини в медичній діяльності, є беззахисним перед законом.

Висвітлення окремих проблем медичного права сьогодні здійснюється на організаційних та судово-медичних кафедрах медичних факультетів. Проте сьогодні, в період стрімкого розвитку законодавства в галузі охорони здоров'я та формування медичного права як окремої галузі права, це зовсім не відповідає вимогам часу. Зараз створенню на медичних факультетах окремих кафедр медичного права немає альтернативи, оскільки лише такий варіант дозволяє реалізувати на необхідному рівні викладання навчальної дисципліни та забезпечити вивчення студентами медичних факультетів всіх актуальних питань правового регулювання відносин у сфері медичної діяльності [4].

Суттєвим стримуючим фактором розвитку медичного права як навчальної дисципліни є невелика кількість фахівців з юридичного забезпечення медичної діяльності. В ідеалі викладання медичного права повинно здійснюватися спеціалістами із двома вищими освітами – медичною та юридичною [4].

Незважаючи на численні труднощі поступово здійснюються певні кроки по впровадженню в практику вивчення медичного права. Перша в Україні кафедра медичного права створена на базі Національного університету імені О. О. Богомольця. На рівні МОЗ України в розробці перебувають науководослідні проекти “Створення концепції розвитку галузі медичного права в Україні” спільно з Інститутом держави і права імені В. М. Корецького та “Систематизація законодавства України у сфері охорони здоров’я” спільно з ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” [5].

Пункт 17 розділу I заходів щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002 – 2011 роки, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року № 14, передбачає забезпечення підготовки висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров’я шляхом створення факультетів медичного менеджменту та маркетингу з відповідними кафедрами – менеджменту, маркетингу та економіки, психології, медичного права, соціології, а також кафедрами соціальної медицини, організації охорони здоров’я, приведення мережі закладів медичної та фармацевтичної освіти (з урахуванням широкої практики організації навчання за контрактом) до реальних потреб України в медичних кадрах [6].

19 – 21 травня 2011 р. відбулася V Всеукраїнська науково-практична конференція з медичного права “Медичне право України: законодавче забезпечення царини охорони здоров’я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення)” за уча-

стю Міністерства охорони здоров’я України, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров’я, Міністерства юстиції України, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, представників вищих навчальних закладів України та громадських організацій, де обговорено актуальні питання становлення медичного права в Україні [5].

Міністерством охорони здоров’я України затверджена Типова навчальна програма з навчальної дисципліни “Медичне право” для студентів вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації. За своїм внутрішнім змістом медичне право як навчальна дисципліна повинна включати загальну та особливу частини. Загальна частина присвячена загальним нормам медичного права, що регулюють відносини у всіх інститутах та підгалузях медичного права, зокрема організацію охорони здоров’я населення, правовий статус людини, пацієнта та медичного працівника в системі охорони здоров’я тощо. Особлива частина розкриває зміст норм, що регулюють відносини в певній сфері медичної діяльності, наприклад, юридичну кваліфікацію дефектів надання медичної допомоги, юридичні аспекти надання платних медичних послуг, психіатричної допомоги, планування сім’ї, регулювання репродуктивних технологій та ін [4].

Висновок. Зважаючи на вищевикладене, з метою систематизації та забезпечення достатніх знань юридичних норм, що регулюють медичні відносини, молодими спеціалістами, котрі закінчують вищі медичні навчальні заклади, підвищення їхньої правової культури та свідомості вкрай необхідним сьогодні є вивчення курсу “Медичне право” у вищих медичних навчальних закладах. Необхідно сприяти розвитку кафедр медичного права на медичних факультетах, підготовці відповідних фахівців у цій галузі, розвивати наукову та навчально-методичну роботу з проблематики медичного права.

Література

1. Федорчук Є. Медичне право як навчальна дисципліна в світлі Болонської системи / Є. Федорчук, Н. Козань, С. Федорчук // Медичне право. – 2008. – № 1. – С. 74–78.
2. Гладун З. Україна та охорона здоров’я населення : питання формування і реалізації державної політики / З. Гладун // Медичне право. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 7–18.
3. Радиш Я. Правова культура медичних працівників як чинник стабілізації державного управління системою охорони здоров’я України / Я. Радиш, Н. Мезенцева // Медичне право. – 2009. – Т. 4, № 1. – С. 40–46.
4. Стеценко С. Г. Медичне право України / С. Г. Стеценко,

В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта. – Київ : Правова єдність, 2008. – 508 с.

5. Резолюція учасників V Всеукраїнської науково-практичної конференції з медичного права “Медичне право України : законодавче забезпечення царини охорони здоров’я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення)” (19–21 травня 2011 р., м. Одеса). – Одеса, 2011. – 4 с.

6. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002 – 2011 роки : Постанова Кабінету Міністрів України № 14 від 10 січня 2002 року // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 30.

УДК 371.333:377.4

ДИСТАНЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

М. В. Гребеник, О. М. Масик, Н. І. Ярема, Т. Б. Лазарчук

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

DISTANCE LEARNING IN POST-GRADUATE EDUCATION: REALITIES AND PROSPECTS

M. V. Hrebennyk, O. M. Masyk, N. I. Yarema, T. B. Lazarchuk

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

З метою прогностичної оцінки попиту та готовності лікарів до дистанційної форми післядипломного навчання методом анкетування були опитані 172 практикуючих та лікарів-інтернів терапевтичного профілю. Виявлено, що загалом 82 % лікарів мають можливість користуватися комп'ютером з доступом в мережу Internet, про рівні опанування персональним комп'ютером за градаціями користувач та досвідчений користувач повідомили 48,8 та 4,7 % відповідно, переважно у віці до 40 р. Лише 13,4 % респондентів впевнено уявляли форму і зміст дистанційного навчання, а 66,3 % лікарів надавали перевагу очному. Разом з тим, 48,3 % опитаних прихильно ставляться до запровадження дистанційного навчання в систему післядипломної освіти. Зроблено висновок, що для реалізації дистанційного навчання слід завершити законодавче її врегулювання, а перспектива повноцінного функціонування цієї системи серед лікарського загалу найбільш реально очікувати в найближчі п'ять років.

172 doctors and interns were questioned with the purpose of the prognostic evaluation of the request and doctors' wiliness to the distance learning in post-graduate education by the questionnaire method. It was determined that in general 82 % of the doctors have the opportunity to use the computer with internet access, 48,8 % and 4,7 % notified about the acquire levels of the personal computer by such gradients as user and experienced user accordingly, mostly in the age till 40 years old. Only 13,4 % of the respondents certainly revealed the form and content of the distance learning, and 66,3 % of doctors preferred to the traditional learning. Considering, that 48,3 % of the questioned favourably applied to the introduction of the distance learning in the post-graduate education system. There was made a conclusion that it is needed to take the lawgiving settlement to accomplish the realization of the distance learning, and the prospective of the completed functioning of this system among the doctors is the most real to expect closely in 5 years.

Вступ. Головною змістовною новизною наказу МОЗ України № 484 від 7 липня 2009 р. “Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” (порівняно з попереднім наказом № 73 від 18 травня 1994 р.) є запровадження контролю за безперервними самоосвітою і підвищенням кваліфікації лікарів в міжтестастійний період. Являючи собою варіант запровадження світового досвіду у цій сфері попри, на нашу думку, переважно формальні, частково – змістовні недоліки [1], нововведення цього наказу заслуговують цілковитого схвалення. Особливою привабливістю, як з позицій самого лікаря в міжтестастійний період (врешті-решт, 10 балів!), так і самою новизною (і за формою, і за змістом) для наших умов, відрізняється пункт 3 додатка 1 наказу “Підвищення кваліфікації за дистанційною формою навчання у закладах (на факультетах) післядипломної освіти”, який фактич-

но легалізував таку форму в післядипломній освіті. Перебуваючи у статусі мало не пріоритетної форми безперервного професійного розвитку лікарів (саме такий термін рекомендує WFME (World Federation for Medical Education – Всесвітня федерація медичної освіти) у країнах Заходу, у нас поки що реалізація такого проекту обмежується створенням методичного забезпечення окремих курсів у різних навчальних, в тому числі – медичних, закладах. Причиною такого стану речей є відсутність нормативної складової такого процесу (наказ Міністерства освіти і науки України “Положення про дистанційне навчання у закладах післядипломної освіти” від 20.10.2010 р. все ще залишається проектом). Врешті-решт, вказаний документ таки буде затверджений і залишиться лише запровадити дистанційне навчання (ДН) в якості форми безперервного професійного розвитку лікарів. Проте широка практична реалізація такого

проекту можлива лише за умови достатнього попиту на нього, першочергово – через готовність практичних лікарів сприймати сам формат такого навчання з суб’єктивних та об’єктивних причин. Найвагомішою є остання (хоча і суб’єктивні мотивації також вагомі), а саме – ступінь оволодіння комп’ютерною технікою як обов’язкової умови забезпечення ДН.

Основна частина. Метою нашого дослідження була прогностична оцінка попиту та готовності лікарів до дистанційної форми післядипломного навчання.

Об’єкт дослідження – 172 практикуючих і лікарів-інтернів терапевтичного профілю (середній вік 36,4±12,5 р. (від 23 до 70 р.)). Предмет дослідження – оцінка співвідношення між зацікавленістю в дистанційній формі післядипломної освіти та оцінкою масштабів її реалізації.

Для виконання мети дослідження була складена спеціалізована анкета із 17 запитань з прикладеними до них закритими (альтернативними і вибірковими) та відкритими запитаннями. При розробці анкети керувалися загально визнаними стандартами соціологічних досліджень [2]. Усі запитання стосувалися трьох умовних розділів: а) переважно анкетних та професійних даних; б) даних щодо наявності комп’ютерної техніки, можливостей доступу до мережі Internet та рівня оволодіння персональним комп’ютером; в) даних з особистого сприйняття ДН як форми. Запитання, внесені в анкету, були валідизовані шляхом попереднього пілотного тестування. Основне анкетування проводилося анонімно, особисто, без встановлення часових рамок у присутності викладача, після інструктажу та доведення мети дослідження. Загальні дані про респондентів представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Загальна характеристика учасників анкетування

Параметр	Абсолютна кількість	Відсоток
вік:		
до 30 років	76	44,2
від 31 до 40 років	33	19,2
від 41 до 50 років	32	18,6
51 рік і старші	31	18,0
стать:		
чоловіча	52	30,2
жіноча	120	69,8
спеціальність:		
терапевтична (власне терапевти і кардіологи)	44	25,6
загальна практика – сімейна медицина	37	21,5
медицина невідкладних станів	41	23,8
інтерни	50	29,1

Переважає кількість практикуючих лікарів працювала в медичних закладах I (32,2 %) та II (48,3 %) рівня акредитації. Половина опитаних проживали в м. Тернополі, 29,1 % – в районних центрах, 5,8 % – в селищах міського типу і 15,1 % – в селах.

Другий блок анкети стосувався рівня “комп’ютеризації” респондентів у широкому розумінні цього терміна. Анкетування виявило достатньо сприятливу картину у розділі доступності до комп’ютера, підключеного до мережі Internet. Переважна більшість (65,2 %) учасників анкетування повідомила про наявність такої техніки у власному користуванні, 8,1 % могли вільно користуватися комп’ютером вдома чи на робочому місці, 8,7 % – в іншому місці, 9,9 % планували придбати комп’ютер; разом з тим, привертає увагу те, що 8,1 % лікарів не бачили потреби в наявності комп’ютера. Таким чином, 82 % опитаних має можливість користуватися комп’ютерною технікою з підключенням до мережі Internet (зауважуємо, що мова йде про фізичну наявність техніки, а не про здатність користу-

вання нею). Аналіз цієї позиції анкети згідно з застосованими нами віковими проміжками показав, що частота наявності комп’ютера у власності приблизно однакова (мінімум – 58,1 % у когорті понад 51 р.; максимум – 77,6 % в осіб до 30 р.). Разом з тим, відсутність планів щодо його придбання максимально поширена серед осіб, старших за 51 р. (28,5 %), та мінімально – у віці 41–50 р. (12,5 %). Неочікуваним виявилось те, що попри високу забезпеченість комп’ютерною технікою серед молоді до 30 р. (77,6 %), усе ж таки 18,5 % серед них придбати її не планують.

Для авторів виявилось несподіваним те, що досліджень з проблеми доступності комп’ютерної техніки для лікарів дуже мало. За оцінкою Т. М. Думенко, проведеною у 2010 р. [3], така можливість є у 57,2 % лікарів. За даними російських авторів, доступ до мережі Internet має лише половина лікарів-терапевтів [4].

Визначення градацій рівня опанування комп’ютерною технікою нами були сформовані шляхом компіляції з різних літературних джерел. На нашу думку,

дефініція цих градацій така: початківець (вміє включити та виключити комп'ютер, працювати з одною чи більше програм MS Office, обмежено користуватися Internet), користувач (вільно працює з програмами MS Office та здійснює пошук інформації в Internet), досвідчений користувач (вільно встановлює

та працює з багатьма комп'ютерними програмами, ліквідує проблеми на фізичному та програмному рівні), програміст (вміє створювати комп'ютерні програми за допомогою мов програмування).

Отримані нами результати самооцінки лікарів представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Рівень опанування лікарями персональним комп'ютером

Параметр	Абсолютна кількість	Відсоток
рівень опанування комп'ютерною технікою:		
не маю жодного уявлення	16	9,3
початківець	64	37,2
користувач	84	48,8
досвідчений користувач	8	4,7
програміст	–	–

Отримані дані важко оцінити як оптимістичні, адже навички приблизно половини лікарів недостатні для роботи в мережі Internet. Разом з тим, певного оптимізму надають дані В. Е. Казєннова і співавт. [5], згідно з якими усього лише п'ять років тому усього 26 і 23 % лікарів на селі і в місті, відповідно, були здатні працювати з персональним комп'ютером. За

нашими результатами, навички (або їх відсутність) оволодіння персональним комп'ютером не залежали від місця проживання респондентів. Очікуваним є більш досконале опанування персональним комп'ютером обернено пропорційно віку лікарів. За отриманими нами результатами, ця гіпотеза виявилася достатньо продуктивною (рис. 1).

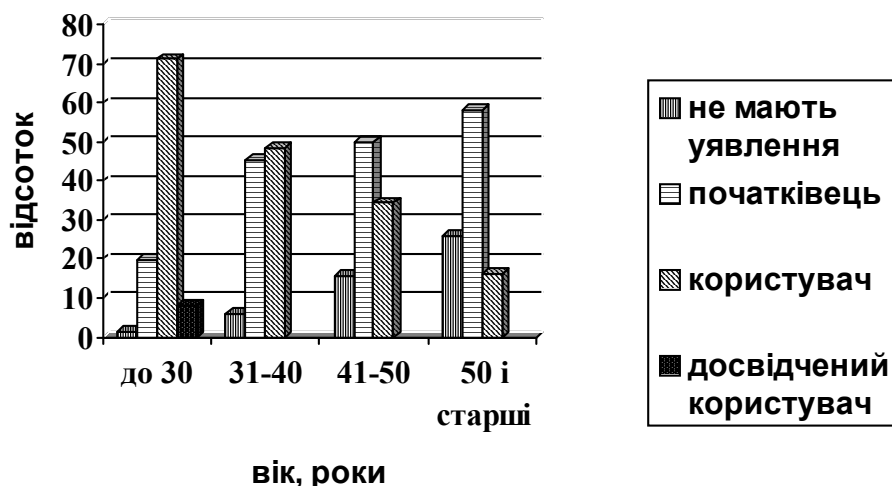


Рис. 1. Рівні опанування персональним комп'ютером залежно від віку лікарів.

Насамперед, дуже чітко видно, що частота категорії осіб, які не мають жодного уявлення про персональний комп'ютер, зростає по експоненті з 1,3 % у віці до 30 р. до 25,8 % у лікарів, старших за 51 р.; приблизно за таким же принципом зростає і відсоток початківців (19,7 і 58,1 % відповідно). Зворотним напрямком характеризується частота користувачів, а досвідчені користувачі реєструвалися лише в групі до 30 р. Категорія “програміст”, за даними самооцінки, не реєструвалася. Загалом, ці дані узгоджуються з опублікованими Т. М. Думенко [3].

Наступні блоки запитань нашої анкети стосувалися власне дистанційної форми післядипломної освіти. Враховуючи її принципову іноваційність в наших

умовах, слід було би передбачити низький рівень обізнаності лікарського загалу з її положеннями. З іншого боку, інтенсивність публікацій в спеціалізованій і популярній пресі на цю тему, принаймні протягом останніх кількох років, могла би позитивно вплинути на обізнаність лікарів. За нашими даними, 34,9 % лікарів нічого не знають про ДН, 51,7 % мають лише поверхневе уявлення про неї, а лише 13,4 % впевнено уявляють і форму, і його зміст. На нашу думку, це є свідченням вкрай недостатньої популяризації ДН, адже за умов активної роботи Міністерства освіти і науки по її запровадженню виникне суттєвий дисонанс між намірами і затребуваністю ДН з боку лікарів. Першим кроком в пропаганді ДН з боку МОЗ

України є наказ № 484 від 7 липня 2009 р. “Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах”. Більш глибокий аналіз цієї позиції анкети залежно від спеціальності, рівня медичного закладу і місця проживання виявив монотонність показників. Найбільша кількість осіб, які не мали жодного уявлення про ДН, реєструвалася в віковому діапазоні 41–50 р. (43,8 %), найменше тих, хто впевнено уявляв і форму, і зміст, були лікарі у віці 51 р. і старші (9,7 %). Знаменним є те, що наймолодші лікарі, які найбільш активно працюють в мережі Internet, не відрізнялися обізнаністю з цього питання.

Не виключено, що такий стан речей відобразився на результатах опитування на предмет вибору форми післядипломного навчання. Із запропонованих варіантів, 66,3 % (мінімум 60,6 %, максимум – 74,2 %) лікарі надали перевагу очній з відвідуванням усіх навчальних занять на циклах спеціалізації, а лише 23,3 % – власне ДН; інші лікарі не змогли визначитися з пріоритетною формою. Тим не менше, 59,3 % лікарів вважають себе здатними сприймати інформацію через комп’ютер без особистого контакту з викладачем (зростання показника обернено пропорційно до віку), а 40,7 % – ні (переважно в групі 40 р. і старших). Таким же розподілом і тенденціями позитивних і негативних відповідей відзначалася самооцінка про готовність пройти тестування на здатність дистанційного сприймання навчального матеріалу (за тестами Міністерства освіти і науки України) – 52,3 та 47,7 % відповідно.

Найбільшими прихильниками ДН із зв’язком через мережу Internet виявилися, як і очікувалося, лікарі до 30 р. (34,2 %), хоча і серед них найбільш популярною була очна форма післядипломного навчання (63,2 %). Проте на запитання про запровадження ДН в систему післядипломної освіти 48,3 % лікарів поставилися до цього прихильно, 25,7 % не змогли визначитися і приблизно така ж кількість (25 %) не підтримали цю ідею. Цікаво, що головними прихильниками ДН були лікарі-інтерни (63,6 %), а найбільше негативних відповідей отримано від лікарів загальної практики – сімейної медицини (38,3 %). Незважаючи на неоднакову прихильність до ДН, ми виявили, що більше 60 % усіх респондентів незалежно від віку чи спеціальності надають перевагу паперовому чи поєднаному (паперовому та будь-якому виду електронного) носію інформації, а сприйняття лише електронного носія позитивно сприймають не більше 10 % лікарів. Вкрай важливим пунктом цього блока запитань, врешті-решт, його квінтесенцією, є висвітлення сприйняття лікарями співвідношення форми і

змісту ДН з позиції мотивації. В загальній когорті респондентів розподіл виявився наступним. 19,2 % лікарів обрали би ДН лише з формальних міркувань, а саме – отриманням балів для чергової переатестації, 33,7 % – змістовними міркуваннями (підвищення кваліфікації), а 47,1 % – поєднанням обох мотивів. Цікаво, що ухил в бік формальної мотивації відбувається пропорційно віку, відповідно – і стажу практичної роботи лікарів (39,6 % в групі 51 р. і старших порівняно з 8,3 % – до 30 р.), а зростання вагомості змістовних міркувань – навпаки (42,9 % в групі до 30 р. і 18,6 % – у віці 41–50 р.). Загалом, позитивним є превалювання потреби саме змістовної складової.

Ми отримали обґрунтовані дані щодо часу, який курсант може приділяти ДН упродовж тижня. Загалом, 66,9 % опитаних могли би виділити для цього не більше 4-х годин. Займатися протягом 5–10 годин могли б 19,2 % лікарів, 11–15 годин – вдвічі менша кількість. Цікаво, що 5,2 % оцінили свої можливості в 16 і більше годин. Як і слід було би очікувати, лікарі-інтерни віддавали би ДН суттєво більше часу, ніж лікарі з досвідом роботи. Очевидно, що оцінка останніх є найбільш реалістичною. Узагальнивши її, ми виявили, що 87,5 % лікарів готові навчатися до 4-х годин на тиждень, 8,4 % – 5–10 годин і 4,1 % – 11–15 годин. Причому, 72,1 % лікарів надають перевагу асинхронному режиму навчання і лише 25,6 % – в реальному часі; для 2,3 % опитаних вибір режиму не важливий.

Таким чином, отримані нами результати анкетування відображають недостатньо сформовану у практичних лікарів інформаційну культуру, як вміння цілеспрямовано отримувати, обробляти і використовувати інформацію для потреб практики і професійного спілкування [6]. Інформаційна культура на сьогодні є обов’язковим атрибутом загальної культури, а мотивацією для її розвитку повинна бути внутрішня потреба, а не примус. Позитивним є те, що за нашими даними саме потреба у підвищенні кваліфікації є домінуючим мотивом у лікарів.

Цілком відображається в результатах нашого анкетування давно сформована точка зору психологів про те, що ДН не може бути повною заміною традиційного навчання, адже ніщо не зможе повною мірою замінити живе спілкування з викладачем ту освітню атмосферу, котра складається безпосередньо між суб’єктами навчального процесу. Тому електронне навчання повинне використовуватися як доповнення, яке збагачує традиційний освітній процес [7], як і вважають анкетовані нами лікарі. Потрібно зазначити, що є достатньо обґрунтована (рандомізоване конт-

рольоване дослідження) альтернативна точка зору, за якою ДН за ефективністю аналогічне традиційному інтерактивному [8].

Найсуттєвішим негативом результатів анкетування слід вважати недостатню компетентність в користуванні персональним комп'ютером, недостатню саме для того, щоб успішно здійснювати ДН. Враховуючи виявлену нами вікозалежність комп'ютерної грамотності, активне залучення до комп'ютерних технологій студентів навчальних закладів і со-

годнішніх лікарів-інтернів, оптимістичний прогноз належної готовності лікарів до ДН слід очікувати не раніше ніж через 5 років.

Висновки: 1. Для реалізації ДН, як форми безперервної післядипломної освіти, слід завершити законодавче її врегулювання.

2. Повноцінне функціонування системи ДН серед лікарського загалу, враховуючи вікозалежність в опануванні комп'ютерною технікою, найбільш реально очікувати в найближчі п'ять років.

Література

1. Нове положення про атестацію лікарів : перший досвід запровадження та міркування з удосконалення / М. В. Гребеник, О. М. Масик, О. Є. Самогальська [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 146–148.

2. Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / В. А. Ядов. – [3-е изд., испр.]. – Москва : Омега-Л, 2007. – 567 с.

3. Думенко Т. М. Вивчення задоволення потреб лікарів України у достовірній інформації про лікарські засоби // Укр. мед. часопис. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/3008>

4. Нестеров В. Г. Анализ использования глобальной телекоммуникационной сети информационных ресурсов врачами-терапевтами поликлиник / В. Г. Нестеров, Е. В. Нестерова // Информационные системы и технологии. – 2009. – № 6. – С. 88–93.

5. Казённов В. Е., Аминова Л. И., Федорова Н. М. Дальневосточный интернет-форум 2007. 25–27 апреля 2007 г., региональная научно-практическая конференция для специалистов в области информационных технологий [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dvif.ru/about/history/2004/doklad>

6. American Library Association. Presidential Committee on Information Literacy. Final Report. (Chicago: American Library Association, 1989. – 18 p.

7. Прокофьева Т. Ю. Становление и развитие дистанционного обучения в мире [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://www.samoupravlenie.ru/29-09.php>

8. Comparison of the instructional efficacy of Internet-based CME with live interactive CME workshops: a randomized controlled trial / M. Fordis, J. E. King, C.M. Ballantyne et al. // JAMA. – 2005. – Vol. 294, № 9. – P.1043–1051.

УДК 61:378.147.84

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕСТОВОЇ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ЗНАНЬ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

Л. М. Унгурян, М. С. Образенко

Одеський національний медичний університет

APPLICATION OF THE TEST SYSTEM OF ESTIMATION OF KNOWLEDGES IN THE EDUCATIONAL PROCESS

L. M. Unhuryan, M. S. Obrazenko

Odessa National Medical University

Тестова перевірка знань природно вписується в сучасні педагогічні концепції, дозволяє раціональніше використовувати час занять, охопити більший об'єм змісту, швидко встановити зворотний зв'язок із студентами і визначити результати засвоєння матеріалу, зосередити увагу на пропусках в знаннях і внести до них корективи. Тестовий контроль забезпечує одночасну перевірку знань студентів всієї групи і формує у них мотивацію для підготовки до кожного заняття, дисциплінує їх.

Test examination is naturally entered in modern pedagogical concepts, allows to use more rationally time of employment, to capture bigger contents volume, quickly to establish feedback with students and to define results of mastering of a material, to concentrate attention to blanks in knowledge and to introduce in them corrective amendments. Test control provides simultaneous examination of students of all group and forms at them motivation for preparation for each employment, disciplines them.

Вступ. Сучасна система вищої освіти переживає великі зміни, що відбуваються в соціально-економічній, політичній сферах країни, приводять до вдосконалення і появи нових освітніх технологій.

Сьогоднішні вищі навчальні заклади повинні активно позиціонувати свій внесок в інноваційний процес і соціальний розвиток і розробити інноваційні технології, які забезпечать формування професійних умінь у студентів.

Інноваційним процесом є сукупність засобів, за допомогою яких педагогічна ідея перетворюється на освітнє нововведення. Інноваційні технології – це система методів навчання, виховних засобів, які направлені на досягнення позитивного результату. Саме інновації визначають нові технології, які використовуються в педагогічній практиці, орієнтовані на студента і на розвиток його здібностей. У зв'язку з цим актуальність дослідження тестових технологій контролю знань у вузі очевидна.

Основна частина. Контроль або перевірка результатів навчання є обов'язковим компонентом навчального процесу і має місце на всіх стадіях навчання. Суть перевірки результатів навчання полягає у виявленні рівня засвоєння знань студентами, який повинен відповідати освітньому стандарту з тієї або іншої дисципліни.

Головна функція перевірки – це контролююча функція, що полягає в контролі знань і умінь студентів, визначення досягнень учнів базового рівня підготовки, оволодіння обов'язковим мінімумом змісту дисципліни. Розрізняють поточну, тематичну і підсумкову перевірку знань студентів. Всі види перевірки проводяться за допомогою різних форм, методів і прийомів.

Тестова перевірка має ряд переваг перед традиційними формами і методами, вона природно вписується в сучасні педагогічні концепції, дозволяє раціональніше використовувати час занять, охопити більший об'єм змісту, швидко встановити зворотний зв'язок із студентами і визначити результати засвоєння матеріалу, зосередити увагу на пропусках в знаннях і внести до них корективи. Тестовий контроль забезпечує одночасну перевірку знань студентів всієї групи і формує у них мотивацію для підготовки до кожного заняття, дисциплінує їх.

Основні вимоги до тестових завдань:

- бути включеними в одну тему;
- бути взаємозв'язаними між собою;
- бути взаємодоповнюваними і впорядкованими або по складності, або по логіці;
- форма тесту повинна бути одноманітною, уніфікованою, звичною, зручною;

– терміни, поняття, використовувані в тестах, повинні бути загальновідомі і відповідати як вимогам програми, так і першоджерелам;

– послідовність тестових завдань визначається за принципом: від простого до складнішого;

– завдання повинні бути короткими (на обдумування одного завдання повинно витратитися не більше двох хвилин).

За кількістю завдань розрізняють такі види тестів:

1. Короткі (до 20 завдань).
2. Середні (20–500 завдань).
3. Довгі (більше 500 завдань).

За рівнем засвоєння знань, умінь і навиків тести класифікують на три рівні. Тести першого рівня, у свою чергу, підрозділяються на:

– тести пізнання (пропонують питання, що вимагають альтернативної відповіді);

– тести розрізнення (разом із завданням містяться відповіді, з яких студенти повинні вибрати одну або декілька);

– тести співвідношення (пропонують знайти спільності або відмінності у вивчених об'єктах);

– тести-завдання з вибірковими відповідями (у завданні формулюється умова завдання і всі необхідні початкові дані, у відповідях представлено декілька варіантів рішення).

Тести першого рівня рекомендується проводити для проміжного контролю знань студентів в рамках вивчення одного певного курсу. Тести другого рівня – при проміжному контролі по основних розділах курсів, без знання яких розуміння дисципліни або утруднено, або взагалі незрозуміло. Тести третього рівня – при підсумковому контролі за весь курс.

Головна перевага тестів – повністю автоматизована перевірка знань студентів, яка забезпечує максимально можливу її об'єктивність (ставить всіх студентів в рівні умови в процесі перевірки знань) і виграє в швидкості перевірки.

Недоліки використання тестів для перевірки засвоєння навчального матеріалу:

– підміна навчальних цілей. Якщо перейти на загальне повне тестування, дуже швидко основною метою для студентів стає поверхневе вивчення дисципліни, не вивчаючи по-справжньому предмет;

– звуження змісту навчального предмета: є предмети, зміст яких погано охоплюється системою тестів. Та і усередині самого предмета одні розділи легко перевіряються за допомогою тестування, а інші – ні. Але майже немає тестів, за допомогою яких можна перевірити уміння міркувати, логічно мислити;

– зниження кваліфікації викладача: використання готових тестів істотно полегшує роботу. В принципі це добре. Викладач звільняється від частини рутинної роботи, з'являється вільний час і так далі. Але при цьому виникають інші проблеми, зокрема проблема підтримки рівня професійної кваліфікації. Перевірка тестових завдань і контрольних робіт відбувається в автоматичному режимі і не дає ніякого професійного навантаження. Сам навчальний простір, що охоплюється тестами, як вже було сказано, складає лише частину навчального предмета. Якщо викладач не використовуватиме спеціальних і додаткових засобів для свого професійного розвитку, він майже неминуче почне деградувати.

Проте тестування в навчанні – не тільки контроль знань студентів. Тестова перевірка знань – це форма закріплення, уточнення, осмислення і систематизації матеріалу. Чим краще організована перевірка, тим більше можливостей для такого закріплення. Таким чином, тести активізують і розвивають пізнавальну діяльність студентів.

Поточний контроль – найголовніший зі всіх перевірок. Його мета – регулярно керувати діяльністю студентів та її коректувати. Він дозволяє мати безперервну інформацію про хід і якість засвоєння навчального матеріалу, оперативно вносити зміни до навчання.

Поточна перевірка – не стільки інспекція, скільки навчання, оскільки вона пов'язана із закріпленням, повторенням і аналізом навчального матеріалу. Поточний контроль повинен проводитися регулярно, що, у свою чергу, підвищить якість вивчення студентами розділів тем дисципліни. Для виявлення ж кінцевих результатів навчання з окремої дисципліни необхідний підсумковий контроль. Підсумковий контроль – інтегруючий контроль. По ньому судять про загальні досягнення студентів.

Висновок. Застосування тестового контролю знань по спеціальних дисциплінах можливо тільки у вигляді проміжного контролю. Контроль по всьому курсу, а тим більше, підсумковий контроль за фахом найдоцільніше проводити в письмовій або усній формі.

Підсумковий контроль із загальнотеоретичних дисциплін, до яких можна віднести гуманітарні, соціально-економічні, деякі загальнопрофесійні і ряд інших, можливо проводити в тестовій формі, але тільки після того, як ці тести пройдуть через аналіз і колективне обговорення в рамках профільної кафедри і будуть нею допущені до використання в навчальному процесі.

Література

1. Бальков Н. П. Психология и педагогика. Тесты для контроля знаний студентов / Н. П. Бальков. – М., 2007.
2. Василенко Ю., Подзолков М., Тиняков А., Бологов Е. Тестовая система оценки знаний и её применение в высшей школе. – URL: ostu.ru/sekcia1.htm
3. Глузман А. Инновационные технологии обучения в системе университетского педагогического образования / А. Глузман. – URL: iee.org.ua/conf_artide39.pdf
4. Гурова Е. Психология развития и возрастная психология. Тесты : учеб. пособие для студентов вузов / Е. Гурова – М., 2005.
5. Коваленко Е. Инновационные образовательные технологии и их внедрение в вузе / Е. Коваленко. – URL: www.universitys.ru/Kovalenko.pdf
6. Педагогика : учебник / [Л. Крившенко и др.]; под ред. Л. Крившенко. – М., 2005. Применение инновационных технологий как средство активизации обучения студентов в вузе. – URL: www.bahkrabot.com/work/work_63711.html
7. Бойцова Е. Модульно-рейтинговая система на базе тестовых технологий / Е. Бойцова, В. Дроздов // Высшее образование в России. – 2005. – № 4.
8. Контроль знаний студентов / Н. Павлов, А. Артемов, Т. Сидорова, В. Фролов // Высшее образование в России. – 2000. – № 1.
9. Жуков Г. Н. Основы общей профессиональной педагогики : учебное пособие / Г. Н. Жуков, П. Г. Матросов, С. Л. Каплан ; под общ. ред. проф. Г. П. Скамницкой. – М. : Гардарики, 2005. – 382 с.
10. Образцов П. И. Информационно-технологическое обеспечение учебного процесса в вузе / П. И. Образцов // Высшее образование в России. – 2001. – № 6. – С. 46–50.

УДК 378:614.23.(436)

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ АВСТРІЇ

Г. І. Кліщ

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

PECULIARITIES OF ORGANIZATION OF PRACTICAL TRAINING OF DOCTORS IN AUSTRIA

H. I. Klishch

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

Стаття присвячена висвітленню особливостей практичної підготовки студентів у медичних університетах Австрії. Проаналізовано практичне спрямування навчальних планів, де виділено особливості у медичному університеті Відня (наскрізні лінії практичної підготовки) та Граца (модульно-трекова система), а також Інсбрука, де елементи практичного навчання включено окремими модулями. Розкрито особливості проходження медичної практики студентами різних університетів, її форми, тривалість, звітність та оцінювання. Зроблено висновки про пріоритетність практичної підготовки майбутніх лікарів у медичних університетах Австрії.

The article is about the peculiarities of practical training of students in Austrian medical universities. The practical orientation of curricula is analyzed, and the features of the practical training in the Medical University of Vienna (transverse lines of practical training), Graz (module-track system) and Innsbruck, where elements of practical training are included into separate modules are adduced. The features of medical practice of students from various universities, its form, duration, reporting and evaluation are revealed. The conclusions about the priority of practical training of future doctors in medical universities of Austria are made.

Вступ. Одним із найважливіших етапів у системі професійної підготовки майбутнього лікаря, важливою нішею формування професійних умінь і засвоєння навичок медичної професії є система практичної підготовки. Це дозволяє студенту набути досвід професійної діяльності, сформувати у нього професійні якості особистості та відповідне ставлення до професії.

Досвід підготовки лікарів у багатьох країнах світу свідчить, що в цілісній системі професійної підготовки практична підготовка виступає вагомим чинником поряд із теоретичною. При цьому значна увага приділяється формуванню практичних умінь і навичок, професійної етики та особистому розвитку і росту майбутніх фахівців.

Професійна діяльність та професійна підготовка лікарів постійно викликали інтерес українських науковців. Її досліджували: І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко, Л. Я. Ковальчук, М. Р. Мруга.

На сьогодні австрійська система підготовки працівників медичної сфери, зокрема її практична складова, є однією із найефективніших у Європі. Ця система належить до найстаріших, але, водночас, і до найбільш динамічних, здатних швидко і ефективно змінюватись.

Мета роботи полягає в аналізі особливостей практичної підготовки у вищих медичних навчальних закладах Австрії.

Основна частина. Практика – одна із найважливіших складових професійної підготовки будь-якого спеціаліста. Медична практика є однією з форм професійної підготовки студентів вищих медичних закладів Австрії, що навчаються за спеціальністю “Дипломне навчання з медицини № 202”. В Австрії функціонує наскрізна система підготовки лікарів, побудована за принципом неперервної освіти. Підготовка майбутніх фахівців організована за принципом чергування навчання, згідно з яким теоретичне навчання в навчальному закладі періодично змінюється практичним. Обидва компоненти підготовки підпорядковані єдиній навчальній програмі та єдиній меті. Це сприяє оптимальному використанню практики для формування професійних умінь і здобуття досвіду діяльності майбутніми фахівцями.

Моделі практичного навчання фахівців у галузі медицини в Австрії є дуже подібними у різних вищих навчальних закладах, але є в них і певні відмінності. Тому розглянемо практичну підготовку лікарів у різних австрійських вищих медичних навчальних закладах.

Структура професійної підготовки лікарів у Віденському медичному університеті включає в себе три рівні: перший рівень навчання (базова медична освіта) триває 2 семестри; другий (теоретична медична освіта) – 6 семестрів і третій (практично-орієнтована медична освіта) – 4 семестри [4]. Навчальний

план побудований за блоково-лінійною схемою, в якій поєднуються інтегровані тематичні блоки теоретичного навчання (модулі), що тривають від 3 до 6 тижнів, та лінії практичної підготовки, які тривають упродовж усього семестру [3, 6]. Для прикладу наводимо структуру навчального плану I рівня (табл. 1).

Таблиця 1. Структура навчального плану I рівня навчання у Віденському медичному університеті

Рівень 1				
Семестр 1	МОДУЛЬ 1 Здорова і хвора людина	МОДУЛЬ 2 Людське тіло	МОДУЛЬ 3 Від молекули до клітини	FIP I
	Лінія – Соціальна компетенція		Лінія – Практика з надання першої допомоги	
Семестр 2	МОДУЛЬ 4 Функціональні системи та біологічна регуляція	МОДУЛЬ 5 Генетика, молекулярні та клітинні зв'язки	МОДУЛЬ 6 Людина в навколишньому середовищі, сім'ї і суспільстві	SIP I
	Лінія – Фізикальні методи обстеження здорової людини			

Формування практичних умінь і навичок починається вже з першого курсу. Студенти засвоюють основи надання першої медичної допомоги, правил спілкування з хворими, зокрема правові аспекти цього питання. Модулі на першому рівні навчання формуються таким чином, що, поряд із засвоєнням теоретичних знань, студенти отримують інформацію про їх практичне застосування. Під час проходження ліній вже з першого курсу студенти вивчають теоретичні питання тих практичних ситуацій, з якими їм доведеться стикатися у практичній роботі, а також відпрацьовують на фантомах певні навички. Так, лінія “Практика з надання першої допомоги”, яка триває 12 тижнів, передбачає засвоєння 5 тем:

Тема 1: Самодопомога, зони ризику, аварійно-рятувальні роботи, невідкладні заходи, зняття захисного шолома, фіксування шийного відділу хребта, діагностика непритомності, причини непритомності, виведення зі стану непритомності.

Тема 2: Реанімація: зупинка серця, непрямий масаж серця, штучне дихання, використання апарата штучного дихання.

Тема 3: Шок (причини, перебіг), сильна кровотеча (стискальна пов'язка), проникаючі поранення. Біль у грудях, задишка, непритомність.

Тема 4: Отруєння, опіки, обмороження, хімічні опіки, переломи, розтягнення/дислокації (фіксація, накладання трикутної косинкової пов'язки). Сторонні тіла, медичні показання для лікування ран, укуси тварин.

Тема 5: Надання першої допомоги на конкретних прикладах (з одночасним закріпленням набутих навичок); зокрема непритомність, виведення зі стану непритомності, реанімація, накладання стискальної пов'язки.

На другому курсі студенти освоюють методики пальпації, перкусії та аускультатії, однак це відбу-

вається на фантомах. Напрацювання цих маніпуляцій на хворих не дозволяється.

Зокрема, проходження лінії “Фізикальні методи обстеження” у 4-му семестрі тривалістю 5 тижнів передбачає набуття практичних навичок з методів фізикального обстеження людини, а також рольові ігри та імітаційні моделі патологічних станів. Метою засвоєння цієї лінії є набуття студентами навичок клінічного обстеження – огляду хворого, пальпації, перкусії, аускультатії, а також навчитися правильно документувати ці обстеження. До студентів ставляться такі вимоги:

- правильна техніка і послідовність застосування методів клінічного обстеження;

- вміння проводити інтерпретацію нормальних результатів обстеження та проводити виявлення відхилень від норми;

- виставлення попереднього діагнозу, диференційна діагностика патології легенів, серцево-судинної системи, черевної порожнини і нервового статусу;

- правильне ведення медичної документації.

На першому і другому рівнях навчання в рамках елементів ліній тренуються клінічні навички і вміння у невеликих групах 5-6 студентів. Отримані на цих етапах знання і навички поглиблюються на третьому, клінічному етапі навчання з метою досягнення високого рівня компетенції.

Третій рівень навчання, який триває 4 семестри (5-й і 6-й навчальні роки), передбачає клінічну практику у відділеннях та амбулаторіях університетських клінік, а також у визначених університетом навчальних лікарнях. Навчальний план цього рівня побудований з використанням так званої “Tertialmodell” (один семестр ділиться на три терціали – триместри, кожний тривалістю 5 тижнів, які змінюються за ротаційним прин-

ципом). У терціалах, поряд із клінічною практикою проводяться також семінари, лекції та тематичні конференції з відповідних клінічних спеціальностей. Як лінійні елементи третього етапу проводяться інтегровані заняття з діагностичних, лікувальних і неклінічних дисциплін, а також із загальної медицини. Опрацювання тематичних обстежень і клінічних випадків, виходячи з певної клінічної проблеми і відповідно до наукової обґрунтованості, є основою проблемної клінічної підготовки.

Окрім практичної підготовки в межах навчального процесу, студенти також зобов'язані пройти обов'язкову клінічну практику у закладах охорони здоров'я. Уставом Віденського медичного університету передбачено проходження 18 тижнів обов'язкової клінічної практики. Обов'язкова клінічна практика може починатись не раніше ніж після успішного складання комплексного тестового іспиту за I рівень навчання (SIP 1) і після успішного завершення ліній "Збирання медичного анамнезу А", "Основи медичних навичок", "Фізикальне обстеження хворого" та "Famulaturpropeutikum" (3-й і 4-й семестри). Не менше восьми тижнів практики потрібно пройти, щоб перейти на третій рівень навчання. Практика в одному закладі не повинна тривати менше 2 тижнів.

Щонайменше чотири тижні обов'язкової клінічної практики студенти повинні пройти у відділенні внутрішніх хвороб. Ще 4 тижні вони мають пройти в закладах первинної медичної допомоги (Lehrpraxis із загальної медицини та/або в акредитованих закладах лікарень першої допомоги).

Обов'язкова клінічна практика з внутрішньої медицини та первинної медичної допомоги в Австрії проводиться для того, щоб отримати практичні знання про процес управління у сфері охорони здоров'я і систему охорони здоров'я в Австрії. Щонайменше 4 тижні обов'язкової клінічної практики студенти повинні пройти у відділенні хірургії. Два тижні практики повинно бути завершено у відділенні патології. Передумовою для практики з патології є успішне завершення SIP 2. Решту 4 тижні студенти можуть вільно обрати одну дисципліну (4 тижні) або дві дисципліни (по 2 тижні), рекомендується обрати їх з дисциплін з неврології, ортопедії (у тому числі реабілітаційних установ), хірургічної допомоги при нещасних випадках чи педіатрії або ж пройти структуровану практику за кордоном.

Обов'язкова клінічна практика може бути зарахована, якщо студент пройшов її в установах, де дотримуються встановлених комісією з навчального плану директив ("структурована практика") і де відповідні курси визнані дирекцією з навчального пла-

ну. Практика, пройдена у лікарнях держав-членів ЄС (максимум 10 тижнів), також може бути визнаною (крім практики з внутрішньої медицини та первинної медичної допомоги). Студенти можуть пройти практику і у лікарнях за межами ЄС (максимум 4 тижні), і вона може бути визнаною (окрім практики з внутрішньої медицини та первинної медичної допомоги!). Для визнання практики, пройденої за кордоном, необхідно подати заповнену форму "сертифікат з практики" з відповідної лікарні, де студент проходив практику. Лікарнями для проходження практики є в основному тільки університетські клініки і навчальні лікарні. Проходження ж практики в інших лікарнях повинно бути схваленим дирекцією з навчального плану і представленим у відділ з навчання та екзаменів. До того ж, потрібно представити опис установи, а також оригінальне посвідчення (підтвердження, ратифікація) установи про зміст практики.

За кожен частину обов'язкової клінічної практики виставляється оцінка для забезпечення розвитку та якості структурованої практики. Оцінка виставляється за саму практику, а також за отримані під час практики знання, виконану роботу (успіхи, досягнення), а також ставлення до пацієнтів і колег, використовуючи уніфіковану анкету. Заповнені анкети повинні бути подані до відділу реєстрації та іспитів медичного університету Відня в найближчий термін (або 31 березня, або 31 жовтня) і не пізніше. Крім того, студенти повинні вести спеціальний журнал практики (Famulaturlogbuch), в якому час проходження практики, місце її проходження, графік роботи, всі види діяльності студента і отримані ним навички повинні бути задокументовані у хронологічному порядку. Особливістю "Logbuch" є те, що він передбачає різні види сформованості навичок: перший рівень – "знає теоретично"; другий – "бачив"; третій – "зробив на манекені"; четвертий – "провів на хворому"; п'ятий – "опанував досконало" (табл. 2).

Цей журнал повинен зберігатися у студентів і є доказом проходження практичної підготовки відповідно до того, як вказано у Законі про університетську освіту і як визначено в навчальному плані. Форми, включені в журнал, повинні бути подані у відділ реєстрації та іспитів медичного університету Відня зразу ж після проходження практики або, найпізніше, перед реєстрацією на тестовий комплексний іспит (ст. 7.4.3.1.2 навчального плану).

Практична підготовка у медичному університеті Граца має багато спільного з Віденським медичним університетом. Весь навчальний курс розділений на 3 етапи: перший триває 2 семестри, другий – 8 і третій

Таблиця 2. Зразок заповнення журналу проходження практики (Famulaturlogbuch)

Дата	Вид діяльності, тема	Ступінь засвоєння				
		Знаю теоретично	Бачив, як це робиться	Виконав на манекені	Виконав під наглядом викладача	Опанував досконало
02.06.11	Забір крові	X	X			
02.06.11	Внутрішньом'язова ін'єкція		X		X	
02.06.11	RR-вимірювання					X
02.06.11	Скринінг				X	
02.06.11	Комплаєнс пацієнта					X
02.06.11	Електронна обробка даних амбулаторних карт	X	X		X	
03.06.11	Внутрішньом'язові ін'єкції			X		
03.06.11	Інфузійна терапія			X		
03.06.11	Щеплення		X			
03.06.11	Визначення рівня глюкози в крові	X	X		X	
03.06.11	Отоскопія	X	X		X	
03.06.11	Аналіз сечі	X	X		X	
03.06.11	Центрифугування сечі	X	X		X	
03.06.11	Пероральна антикоагуляція (показання, призначення)	X	X			

– також 2 семестри. Навчальний план побудований за так званою модульно-трековою системою, яка нагадує блоково-лінійну систему у Відні з тією лише

різницею, що у Граці тривалість модулів є незмінною і становить 5 тижнів, тобто за семестр студенти проходять 3 модулі (табл. 3).

Таблиця 3. Структура навчального плану I рівня підготовки у медичному університеті Граца

1 семестр		
Часовий інтервал 1	Часовий інтервал 2	Часовий інтервал 3
Трек–Вступ до медицини 1 Стажування у стаціонарі Фізичний стан. Перша допомога I	МОДУЛЬ 02 Будівельні частинки живого	Трек–Вступ до медицини 2 Стажування у стаціонарі Фізичний стан. Перша допомога I
МОДУЛЬ 01 Від законів природи до життя		МОДУЛЬ 03 Клітина, тканина, здоров'я
Трек – Вступ до медицини (лекції)		
Трек – Медичні навички (лекції)		
2 семестр		
Часовий інтервал 1	Часовий інтервал 2	Часовий інтервал 3
МОДУЛЬ 04 Структура і функції рухового апарату	МОДУЛЬ 05 Біологічні комунікативні системи	МОДУЛЬ 06 Біомолекули: синтез, функції. Обмін речовин
Трек – Медичні навички-I (спостереження)		
Трек – Вправи з набуття навичок на фантомах		

Практична підготовка здійснюється під час проходження треків. Так, вже з I курсу студенти відвідують стаціонар, де вчать оцінювати загальний стан пацієнтів, надавати першу медичну допомогу. У подальшому на фантомах вони відпрацьовують кожну маніпуляцію з методик фізикального обстеження, додаткових методів діагностики тощо. Крім цього, студенти на другому етапі навчання повинні пройти 16 тижнів (560 годин) обов'яз-

кової клінічної підготовки (у тому числі у вільний від навчання період). Рекомендується проводити 4 тижні клінічної підготовки після кожного з 2, 3, 4 та 5 років навчання. Перед початком проходження практики студенти повинні отримати спеціальний дозвіл (Famulaturlizenz) на перебування в клініці. Для його отримання необхідно прослухати 3-годинний курс відповідного теоретичного інструктажу з питань поведінки в

лікувальному закладі, правил медичної етики, заповнення журналу практики (Logbuch) тощо.

Клінічна практика повинна проводитись у відповідних клінічних відділеннях, про що студент повинен мати підтвердження (на офіційному бланку клінічного відділення, з печаткою та підписом). Під час клінічної практики студенти повинні вести журнал (Logbuch), в якому вони документують і відображають щоденну діяльність, накопичений досвід і наукові висновки. На додаток до ведення Logbuch студенти під час проходження клінічної практики повинні задокументувати три окремих випадки захворювання (гострий, хронічний, паліативний). В кінці клінічної практики лікар-викладач оцінює здобутки студента. Презентація документації відбувається на заключному семінарі, обговорюється і оцінюється в групі.

Обов'язкова клінічна практика сприяє оволодінню студентом необхідними клінічними знаннями і навичками найвищого рівня. Співвідношення 1:1 між студентом і викладачем сприяє передачі навичок та умінь, що мають важливе значення для профілактики, виявлення, лікування і моніторингу хронічних захворювань, для догляду за літніми людьми і людьми, що страждають від багатьох хронічних хвороб. Обов'язкова клінічна практика – це не тільки великий проект, що поєднує теорію і практику, а й вносить значний вклад в реалізацію процесу втілення сучасної і потужної моделі сімейного лікаря.

Окрім проходження медичної практики в лікувальних закладах Австрії, студенти медичного університету Граца мають можливість взяти участь в так званій програмі мобільності студентів “Erasmus Studierendenmobilität Praktika” (SMP). Це програма стажування в іншій європейській країні (ЄС і ЄЕП плюс Туреччина), що фінансується Erasmus SMP з стипендією. Тривалість стажування становить від 3 до 12 місяців. Це є важливим доповненням до великої клінічної підготовки на другому етапі навчання і дуже необхідним елементом переходу до третього періоду навчання – року переважно клінічно орієнтованих дисциплін.

Структура останнього навчального року (11 і 12 семестри) принципово відрізняється: студенти проходять інтенсивну практичну підготовку на клінічних базах. Усі предмети, які вони вивчають, розділені на три блоки (блок “Хірургічні хвороби”, який триває 10 тижнів, “Внутрішня медицина і неврологія” – 10 тижнів, “Інші клінічні предмети” – 5 тижнів). Крім цього, потрібно пройти обов'язкову загальну медичну практику, яка триває 5 тижнів (120 годин).

Практика із загальної медицини, як обов'язкова частина шостого навчального року, є унікальною (єди-

ною у своєму роді) в Австрії і особливо важливою частиною навчального плану з медицини. Протягом проходження цієї практики студенти мають можливість детально вивчити цей важливий аспект медицини. Студенти дізнаються, що загальна медицина – це не просто лінійна конденсація різних клінічних дисциплін, а самостійна дисципліна з конкретними проблемами і питаннями. Вони зіштовхуються з людьми різного віку і з різних соціальних верств. Вони дізнаються про різні варіанти перебігу хвороби і допомагають доглядати за окремими пацієнтами з хронічними захворюваннями протягом усього періоду своєї практики. Нарешті, не існує медичної дисципліни, в якій більше, ніж у загальній медицині, реалізується біо-психо-соціальна модель, яка лежить в основі навчального плану медичного університету Граца. Наприкінці проходження практики із загальної медицини викладач оцінює її таким чином: “пройшов практику успішно” або “пройшов практику не успішно”. Успішне завершення практики та успішна участь у супроводжувачому семінарі є передумовою для введення примітки в комп'ютерну базу даних (MEDonline).

Критерії оцінювання такі:

- затвердження практики в лікувальному закладі з оцінкою “успішно”;
- якість заповнення журналу проходження практики;
- сумлінна документація повчальних випадків;
- присутність.

Для студентів найбільш важливим є те, що вони з увагою і цікавістю в ці 5 тижнів проходження загальної практики беруть участь як асистенти у курації хворих, роботі операційних бригад і, можливо, це для них найбільш унікальний і останній шанс, щоб активно працювати з метою задоволення основних медичних потреб і особливостей пацієнтів, випробувати себе особисто в їх середовищі перебування (рис. 1). Можна



Рис. 1. Студентка медичного університету Граца під час проходження практики із загальної медицини аускультує хворого під керівництвом викладача.

припустити, що студент, незалежно від його подальшої кар'єри, адаптується і налаштовується на активну участь у наданні медичної допомоги хворим людям, що є передумовою для подальшого зростання та якісної освіти для кожного лікаря.

Таблиця 4. Структура навчального плану I рівня підготовки у медичному університеті Інсбрука

Модулі та теми	Семестр	Семестрових годин		
		лекцій	практичних/ семінарів	всього
Модуль 1.01: Поводження з хворою людиною	1	5,5	0,5	6,0
Модуль 1.02: Структурні компоненти живого організму I	1	9	–	9,0
Модуль 1.03: Демонстрація клінічних і загальномедичних випадків I	1	1	–	1,0
Модуль 1.04: Пропедевтика медицини	1 чи 2	1,5	0,5	2,0
Модуль 1.05: Перша допомога	1 чи 2	–	1	1,0
Модуль 1.06: Структурні компоненти живого організму II	2	11,5	7,5	19,0
Модуль 1.07: Демонстрація клінічних і загальномедичних випадків II	2	1,5	–	1,5
Модуль 1.08: Формативно-інтегрований іспит I	–	–	0,2	0,2

У медичному університеті Інсбрука докладають серйозних зусиль для того, щоб випускники вміли застосовувати отримані знання у конкретних видах діяльності. Тому чільне місце у навчальному плані відведено медичній практиці, яка відіграє важливу роль у підготовці кваліфікованих лікарів. Призначення практики – сформувати практичну професійну компетентність студентів, ознайомити їх зі сферою діяльності, підготувати до вирішення різнопланових професійних завдань, наблизити навчання до життя, сформувати у студентів самостійність, розвиток їхніх індивідуальних здібностей тощо.

Початкова підготовка для набуття медичних і психосоціальних навичок, вивчення деонтології та основ медичного догляду відбуваються під час вступної фази навчання. Крім того, вже на першому курсі проводяться практичні заняття в лікарняній палаті, формуються практичні уміння і навички, забезпечуючи, таким чином, контакт з пацієнтами на ранніх етапах навчання.

На додаток до 252 семестрових годин теоретичних і практичних занять студентам необхідно пройти 2 тижні обов'язкової практики із оволодіння навичками відносин з хворими людьми, 12 тижнів практики у лікарні і 32 тижні клінічної практики в рамках клінічно-практичного року.

Проходження практики із оволодіння навичками відносин з хворими людьми здійснюється відповідно до однієї з основних навчальних цілей – “Навички у роботі з хворими”. Допуск до цієї практики можливий лише після успішного складання іспиту з курсу “Робота з хворими”, а її успішне завершення є до-

Навчання у медичному університеті Інсбрука проводиться за блоковою (модульною) схемою, однак у навчальному плані відсутні лінії (чи треки), як це має місце у Відні чи Граці, а елементи практичної підготовки винесені в окремі модулі (табл. 4).

пуском до складання семестрового іспиту SIP 2. Під час цієї практичної діяльності студенти закріплюють навички, які формуються при вивченні курсу “Робота з хворими”, зокрема, адекватне спілкування, шаноблива поведінка у безпосередньому контакті з пацієнтами та членами їх сімей.

Обов'язковим є також проходження 12 тижнів медичної практики у лікарні. Розпочати обов'язкову практику можна лише після складання SIP 2. Всі 12 тижнів обов'язкової практики у лікарні слід пройти до початку клінічно-практичного року.

Перший тиждень цієї практики розпочинають з патологічної анатомії. Наступні 8 тижнів студенти повинні обрати з переліку дисциплін, які складає навчально-правовий орган. Рекомендованими для всіх дисциплінами є: неврологія, педіатрія, гінекологія, інші можна вибирати самостійно. Тривалість проходження однієї дисципліни під час практики у лікарні має бути не більше ніж два тижні. Три тижні обов'язкової практики у лікарні можуть бути вільно обрані (поза обов'язковим переліком).

Для отримання позитивної оцінки за практику студент повинен представити: звіт про проходження практики, робочу документацію, характеристику з місця проходження практики, а також пройти співбесіду з викладачем – керівником практики, провести її самоаналіз.

Як і в інших медичних університетах Австрії, під час практики студенти повинні вести щоденник практики, де наведений список практичних умінь і навичок за всіма клінічними дисциплінами, що вивчаються (“Logbuch”). Цей журнал повинен зберігатися у сту-

дентів і є доказом проходження практики згідно із Законом про університети і навчальним планом. Форми, включені в журнал, повинні бути представлені до Управління реєстрації та іспитів медичного університету Інсбрука після проходження практики або до реєстрації на усний комплексний іспит перед комітетом (Навчальний план ст. 7.4.3.1.2).

Усі форми практики тісно пов'язані з теоретичним навчанням та з семінарськими заняттями. Практика значно розширює професійну компетентність майбутніх лікарів і дає можливість обрати майбутнє місце праці в медичній сфері.

Особливістю навчального плану медичного університету Інсбрука є також клінічно-практичний рік (Klinisch-Praktischen Jahr). В рамках спеціального клінічно-практичного року, що триває протягом 11 і 12 семестрів, студенти за ротаційною схемою проводять 32 тижні в університетській або клінічній лікарні.

За цей час студенти повинні закріпити свої знання, уміння та навички і розширити професійну компетентність через: (1) практичну діяльність у різноманітних галузях медицини, у тому числі загальномедичну навчальну практику, (2) успішну участь у структурованих заняттях з відповідним колом проблем і терапевтичних понять з певної дисципліни чи загальної медицини. Клінічно-практичний рік складається з практичної діяльності в умовах клініки, структурованих занять (10 семестрових годин) та лекцій із загальної медицини. Розпочати клініко-практичний рік студенти можуть лише після успішного складання SIP 5, а також успішного проходження 12 тижнів клінічної практики.

Дисциплінами, обов'язковими для проходження під час клініко-практичного року, є внутрішня медицина (8 тижнів), хірургічні дисципліни (8 тижнів) і загальна медицина (4 тижні). Кожен з цих предметів повинен бути завершений в одній лікувальній установі. Також потрібно пройти 2 факультативи I (по 4 тижні) і 1 факультатив II (4 тижні). Факультативи I студенти повинні обрати з таких предметів, як: дерматологія, акушерство та гінекологія, оториноларингологія, педіатрія, неврологія і психіатрія. До факультативів II відноситься будь-який клінічний предмет, обраний

студентом і схвалений навчально-правовим органом університету.

Під час клінічно-практичного року на час тривалості одного модуля студенти закріплюються за певним медичним навчальним закладом. Медичні навчальні заклади перебувають в розпорядженні університетської клініки м. Інсбрука, підпорядкованої медичному університету Інсбрука. Студенти можуть проходити окремі частини лікарняної практики в закордонних установах, що не перебувають у відомстві лікарень медичного університету Інсбрука. Ця процедура відбувається в межах встановленого відповідним навчально-правовим органом терміну згідно з опублікованими критеріями. Ці критерії охоплюють правила проходження практики та містять шкалу оцінювання здібностей та досягнень у цих установах. Кінцева співбесіда у цьому випадку має проходити у медичному університеті Інсбрука.

На один тиждень клінічно-практичного року (це робочий тиждень із звичною для певного відділення, у якому проходить практика, тривалістю робочого дня) припадає відповідно 35 годин лікарняно-практичної діяльності та 5 структурованих занять. Час консультацій з наставником становить в середньому три заняття на тиждень. У лікарнях та навчальних відділеннях з невеликою кількістю студентів число структурованих занять може зменшитись на користь часу консультацій з наставником. Керівник практики є досвідченою особою, яка координує діяльність і сприяє розвитку кваліфікації практикантів. На основі своєї компетенції він може надавати фахову допомогу і може здійснювати під час практики її керівництво. Виходячи із власного досвіду і вимог, він окреслює можливі сфери діяльності і стимулює до їх використання. Завданням керівника практики є здійснення безпосереднього супроводу практикантів у роботі, підтримка, вимогливість і сприяння розвитку їхніх знань та вмінь, а також перевірка досягнення поставлених цілей, аналіз спільно зі студентами-практикантами в кінці практики набутого ними досвіду.

Висновок. Набуття практичних навичок займає чільне місце в підготовці лікарів у медичних університетах Австрії. Форми практичної підготовки відрізняються залежно від традицій.

Література

1. Aretz T., Fischer M., Kadmon M., Kulike K., Lammerding-Koppel M., Huemer H. Evaluation des Studiums Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien – „Pilotprojekt Akkreditierung“. Bericht des Review-Teams. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.aqa.ac.at/file_upload/MUW2009_Gutachterbericht.pdf> – Загол. з екрану. – Мова нім.
2. Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Graz. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <<http://www.medunigraz.at/mitteilungsblatt>> – Загол. з екрану. – Мова нім.
3. Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <<http://www.meduniwien.ac.at/studienabteilung/content/studium-lehre/studienangebot/n202/studienplan>> – Загол. з екрану. – Мова нім.
4. Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.i-med.ac.at/lehre/studium/lehrinhalte/plaene/Studienplan_Humanmedizin_2011-12.pdf> – Загол. з екрану. – Мова нім.
5. Prodinge W. Studienreform Humanmedizin Innsbruck / Wolfgang prodinger // Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. – 2008. – № 3(3). – S. 1-16.
6. Reibnegger G., Haas J., Neges H., Smolle J. Die Reform des Medizinstudiums an der Medizinischen Fakultät // Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. – 2008. – № 3(3). – S. 48-61.
7. Stoffler G., Mutz N., Striessing J. Reform des Studiums der Humanmedizin. Innsbruck: Universität Innsbruck, Medizinische Fakultät; 2000. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.i-med.ac.at/lehre/lehre/lehrinhalte/stuko_entwurf_01_2000.pdf> – Загол. з екрану. – Мова нім.
8. Trapp R., Marz R. “Die theoretische und praktische Einführung in Wissenschaft und Medizin” in einem speziellen Studienmodul // Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. – 2002. – № 19(2). – S. 238-241.
9. University Organisation and Studies Act (Universities Act 2002), University Organisation Amendment Act and Universities of the Arts Organisation Amendment Act. – № 120. – 9.08.2002. – 66 s. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <www.reko.ac.at/upload/UG_2002_Englisch.pdf> – Загол. з екрану. – Мова англ.
10. Wildner G., Gemes G., Zechner P., Prause G. Notfallmedizinische Ausbildung im neuen Grazer Studienplan Humanmedizin. Treffen der wissenschaftlichen Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin im Bereich Notfallmedizin // Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. – № 3(5). – Witten, 2008. – S. 11-12.

УДК [001+008].001.86

ДО ПИТАННЯ ОБМІНУ ДОСВІДОМ: КУЛЬТУРА І НАУКА БЕЗ КОРДОНІВ

М. Л. Кушик

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

TO THE QUESTION OF EXCHANGE OF EXPERIENCE: CULTURE AND SCIENCE WITHOUT BORDERS

M. L. Kushyk

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

У статті описано важливість обміну досвідом між навчальними закладами. Відображено досвід поширення знань у контексті історичного розвитку медичної освіти в Україні.

In the article the importance of exchange of experience is described between the educational establishments. Experience of knowledge spreading is represented in the context of historical development of the medical education in Ukraine.

Вступ. Україна активно входить в освітній та науковий простір Європи, здійснюючи модернізацію освіти в контексті європейських вимог. Основи Болонської декларації враховують цінність освітніх систем кожної з країн і мають за мету підвищення якості та конкурентоспроможності вищої освіти у світі. Інтеграція у світовий освітній простір вимагає реформування у галузі освіти, наближення університетської освіти до загальноєвропейських стандартів.

Основна частина. Участь професорсько-викладацького складу, студентства у Міжнародних проєктах, конференціях є важливою складовою у розвитку співпраці між університетами, обміну досвідом. В контексті загальнокультурного розвитку нашої держави ми повинні зберегти кращі здобутки вітчизняної освіти і культури та використовувати міжнародний досвід.

Українська делегація учасників фахової культурологічної подорожі “Культура без кордонів”, що проводилась за підтримки Міністерства освіти і науки України, Міністерства культури України, мала змогу переконатися у тому, що надбання культури та науки різних країн повинні забезпечувати обмін досвідом, перспективи щодо подальшого розвитку.

У програмі культурологічної подорожі брали участь 49 представників професорсько-викладацького складу та студентства ВНЗ України, зокрема Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, Київського інститу-

ту соціальних і культурних зв'язків Святої княгині Ольги, Волинського національного університету імені Лесі Українки, Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського, Національної музичної академії ім. П. І. Чайковського, Приазовського державного технічного університету.

Першим пунктом нашого призначення був Відень. Для нас, представників Тернопільського державного медичного університету, приїзд у Відень і відвідання університету було важливим і значимим ще й тому, що у 1872 р. Іван Горбачевський – наш земляк із села Зарубинці, Збаразького району вступив туди на медичний факультет. Іван Горбачевський став доктором медичних наук, а життя своє присвятив людям і науці. Саме він першим у світі синтезував сечову кислоту. У 1898 р. за наукові здобутки був відзначений найвищою нагородою Австро-Угорщини – Орденом Залізної корони. Іван Горбачевський був членом Палати австрійського парламенту, ініціював створення першого у світовій практиці Міністерства охорони здоров'я і був першим його міністром [1].

Наша делегація відвідала інститут філософії Віденського університету, де нам провели ознайомчу екскурсію. Віденський університет – державний університет, заснований у 1365 р., вважається одним з найстаріших університетів Центральної Європи після Карлового університету у Празі та Ягеллонського університету у Кракові. Тут навчається понад 80 000 студентів. На вибір студентів університет пропонує близько 180 курсів.

© М. Л. Кушик

Експерсія Віднем подарувала нам багато приємних вражень і цікавої інформації про це прекрасне місто – справжню культурну столицю Європи. У Відні ми оглянули основні культурні історичні пам'ятки столиці Австрії – імператорську резиденцію Хофбург, Будинок парламенту Австрії, Собор Святого Стефана, Художньо-історичний музей. Історичний центр Відня у 2001 р. внесено до переліку Культурної спадщини ЮНЕСКО [2].

Сучасний Мюнхен – це не лише сукупність культурних і музейних цінностей, а й потужний промисловий і дослідницький центр. Завдяки знаменитим університетам, зокрема Мюнхенському університету Людвіга-Максиміліана, інституту імені Макса Планка і багатьом іншим закладам Мюнхен утримує міцні позиції в європейській науці.

Відвідання Міжнародного джазового фестивалю у м. Монтре (Швейцарія), музеїв та оглядові екскурсії містами Західної Європи за маршрутом подорожі “Культура без кордонів” надали можливість учасникам проекту ознайомитись із сучасною культурою Європи. Кожного року в Монтре проводиться джазовий фестиваль, що триває близько двох тижнів, на цей час містечко перетворюється на велику музичну сцену під відкритим небом. 03 липня 2011 р. учасники української делегації відвідали Міжнародний джазовий фестиваль і мали можливість прослухати виступ університетської групи з Великобританії “Jazzmanix: Southampton University Jazz & Gospel Choir”.

Цікавим етапом культурологічної подорожі для учасників делегації було відвідання головного міста північної частини Італії – Мілана. На центральній площі Дуомо є відразу кілька визначних місць. Однойменний собор Дуомо – один із найбільших у світі готичних соборів. Своєрідним символом Мілана є театр Ла Скала. Треба відзначити, що ззовні театр виглядає не настільки грандіозним в архітектурному плані, як, наприклад, у Відні чи Будапешті. Він більше вишуканий і стриманий, проте акустика у ньому не має собі рівних. У театрі Ла Скала виступала видатна українська співачка Соломія Крушельницька, її погруддя, подароване Львівським національним театром опери та балету ім. С. Крушельницької, встановлено в музеї театру у Мілані, що свідчить про її світове визнання та досягнення у галузі культури.

Наш приїзд у Мілан не міг не завершитись знайомством із Міланським університетом. Представниця української діаспори в Мілані, Вероніка Журавель, яка є президентом Асоціації редакторів журналів, була нашим гідом і розповіла багато цікавого з історії уні-

верситету. Зокрема про те, що він був заснований у 1924 р. Ми також зустрілись зі студентами, професором Міланського університету Мартіно, викладачем філології, який розповів нам про структуру університету та особливості навчального процесу, нас ознайомили із головним корпусом університету, бібліотекою. Учасники делегації мали змогу спілкуватись англійською мовою або італійською за допомогою перекладача.

В умовах сьогодення університет має 9 факультетів, понад 130 навчальних курсів, професорсько-викладацький склад налічує близько 2500 осіб, які навчають понад 60 000 студентів. Міланський університет є найбільшим державним університетом в Мілані та Ломбардії, головний корпус якого знаходиться у колишньому Шпиталі Маджоре. Головний корпус університету має форму літери П, а всередині – величезне подвір'я – Галерея Маджоре. На перервах студенти мають змогу відпочивати і готуватися до пар не лише в затінку цілої галереї колон, а і тут – під кронами дерев, розклавши речі прямо на траві. Серед факультетів МДУ є медично-хірургічний, фармацевтичний, гуманітарних наук, юридичний тощо. Ось уже п'ятий рік як у Міланському університеті впроваджено викладання української мови та літератури. Студенти кожного року обирають предмети, які б вони хотіли вивчати: 2/3 становлять обов'язкові предмети. Викладачі зайняті в основному читанням лекційних курсів тричі на тиждень, мають також консультаційні години, проте кількість студентів, яких навчає професор, сягає від 150 за рік. Плата за навчання залежить від обраного курсу, в Італії дорогі навчальні матеріали – приблизно 50 євро за підручник [3].

Спілкування з представниками викладацького та студентського складу університетів дозволяє ознайомитись із особливостями навчально-виховного процесу в університетах Європи, обмінятись культурним досвідом із учасниками.

У програмі культурологічної подорожі “Культура без кордонів” було також передбачено оглядові екскурсії старовинних міст Західної Європи, відвідання музеїв, міжнародних фестивалів мистецтв та огляд основних культурних пам'яток за маршрутом подорожі, що надало можливість учасникам проекту ознайомитись із стародавньою та сучасною культурою Європи.

Участь у проекті – унікальній культурологічній подорожі, яка стерла багато кордонів, засвідчила: культура – це не лише те, що ми, отримуємо у спадок від наших предків, це те, що ми повинні самі виховувати в собі.

Відвідання іноземних університетів, стажування за кордоном в межах культурно-освітніх програм з обміну студентів, професорсько-викладацького складу, участь у наукових з'їздах, конференціях сприяє розширенню зв'язків між університетами, міжнародній співпраці.

Про доцільність міжнародних стажувань та важливість обміну досвідом свідчать історичні дані, архівні матеріали з історії розвитку вищої медичної освіти на території України у другій половині XIX – початку XX ст.

Варто згадати слова видатного вченого М. Пирогова під час поїздки за кордон як наставника майбутніх вчених у 60-х рр. XIX ст. М. Пирогов займався науковою діяльністю, відвідував німецькі університети, зазначав, що можна запозичити. Відвідавши 25 університетів, учений звертав увагу на підготовку молодих кадрів, на методику викладання факультетських наук та ін. Цілком виправданою мірою М. Пирогов вважав доручення молодим ученим викладати не цілу науку, а окрему її частину. В Росії, на відміну від Німеччини, науки викладались “систематично і в повному обсязі”. Систематичні курси в Німеччині хоча і були скороченими, проте викладалися наочно, за допомогою різних демонстрацій. Наочність є важливим елементом у викладанні. М. Пирогов пропонував урізноманітнити сухі читання лекцій обговоренням, давав поради щодо викладання науки, оскільки викладачі вибирають найважливіше при передачі знань, або викладають “все що знають, або не тільки все, що знають, але й те, чого не знають”. Досвідчені наставники, за словами вченого, не викладають всього, що знають, і тим самим пробуджують цікавість. Створення спеціальних комітетів для перекладу посібників могло б допомогти вирішити питання браку наукової літератури. М. Пирогов звертав увагу на розвиток і авторитет науки, свободу наукового дослідження. Хоча університети для вибраної меншості, потрібно, за словами М. Пирогова, надати можливість для більшості здобувати спеціально-наукову освіту [4].

Для ознайомлення з розвитком медичної науки за кордоном викладачі медичних факультетів мали змогу відвідувати іноземні університети та клініки. Так, у 1857 р. ординарному професорові В. Караваєву було надано закордонне відрядження на рік для оздоровлення та для ознайомлення із розвитком хірургії. Професор відвідав Париж, Дрезден, Берлін з науковою метою. Ординарний професор В. Беккер у 1858 р. відвідав Англію, Францію, Німеччину, брав участь у 34 з'їзді природодослідників і лікарів в Карлсруе

(відрядження для оздоровлення та наукової мети надано було терміном на 6 міс.). У 1860 р. екстраординарний професор Ф. Ергардт отримав відрядження на 6 міс. в Австрію, Францію, Бельгію для ознайомлення з викладанням судової медицини та інших наук, професор відвідав німецькі університети, слухав лекції у Відні [5, 6].

При наданні відрядження звертали увагу на забезпечення навчального процесу, заміну викладачів, надавали відрядження на літній період, на час канікул. У 1875 р. Рада університету Св. Володимира подала прохання стосовно відрядження професорів медичного факультету університету Св. Володимира за кордон. Так, екстраординарний професор О. Іванов мав намір відвідати з'їзд офтальмологів в Гейдельберзі, а професор В. Бец – ознайомитись з анатомічними препаратами мозку в Парижі для підготовки анатомічного атласу. У цій же справі йдеться про дозвіл на відрядження доцента кафедри загальної патології М. Афанасьєва з 6 квітня по 1 вересня 1875 р. та виділення йому 500 руб. на час поїздки [7].

В архівних даних Львівського університету заслуговує на увагу надіслане на ім'я ректора запрошення на XIII Міжнародний конгрес медицини, який проводився з 2 по 9 серпня 1900 р. у Парижі. З цієї нагоди французька медична корпорація вважала своїм завданням повідомити про це велике наукове зібрання вчених усіх країн та запросити делегатів [8].

Делегатами на XIII Міжнародному конгресі лікарів у Парижі в 1900 р. були 6 українських лікарів (В. Кобринський, Т. Гвоздецький з Галичини, І. Горбачевський з Праги, а також представники з Відня, Чикаго, Франції) [9].

Про підтвердження зв'язків між університетами свідчать архівні дані. Заслуженого ординарного професора університету Св. Володимира Ю. Кулаковського відрядили для привітання зі 100-річним ювілеєм Берлінського університету в 1910 р. Медичний факультет подав прохання щодо делегування професора С. Томашевського від університету на відкриття Одеських вищих жіночих курсів у вересні 1910 р. [10].

Висновки. Важливу роль наприкінці XIX – на початку XX ст. відігравали поїздки українських учених за кордон з науковою метою, участь у міжнародних конференціях, з'їздах. Учені університетів мали змогу відвідувати іноземні медичні навчальні заклади, клініки та обмінюватись медичним досвідом. Усе це, безперечно, сприяло професійному вдосконаленню та розвитку вітчизняної медичної науки.

Сьогодні спілкування з професорсько-викладацьким складом, студентами ВНЗ, представниками діас-

пори дозволить ознайомити наукову громадськість Європи з досягненнями та перспективами культурного та освітнього розвитку нашої держави, що, безумовно, є ще одним кроком на шляху до євроінтег-

рації України. Обмін досвідом у сфері науки, освіти, культури сприяє зміцненню наукових зв'язків між навчальними закладами, професійному вдосконаленню, подальшому розвитку.

Література

1. Українці в світі. Іван Горбачевський [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrainians-world.org.ua/ukr/peoples/a0d3217904a6e905/>
2. Uber die Universitat Wien [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.univie.ac.at/de/universitaet/>
3. Universita Degli Studi di Milano [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unimi.it/>
4. Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения / Н. И. Пирогов ; сост. А. Н. Алексюк, Г. Г. Савенок. – М. : Педагогика, 1985. – 496 с.
5. Краткі отчеты по Университету Св. Владимира въ 1858–59 и 1859–60 учебныхъ годахъ. – Киевъ : Въ Унив. типографіи, 1861. – 27, 19 с.
6. 150 лет Киевскому медицинскому институту / [Е. И. Гончарук, Н. Н. Зайко, И. И. Бобрик и др.]; под ред. Е. И. Гончарука. – К. : Здоровья, 1991. – 264 с.
7. О командировании профессором Университета Св. Владимира и других лиц за границу и другие места с ученой целью (нач. 6 февраля 1875 г.) // ЦДІАУ у Києві. – Ф. 707, оп. 41, од. зб. 59. – 62 арк.
8. Переписка с Наместничеством во Львове и другими учреждениями о научных связях с заграницей (нач. 31 октября 1898 – ок. 29 февраля 1900 г.) // ДАЛО. – Ф. 26, оп. 10, од. зб. 37. – 11 арк.
9. Пундій П. Українські лікарі : біобібліографічний довідник. Кн. 1 : Естафета поколінь національного відродження / П. Пундій ; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів ; Чикаго : Наукове товариство ім. Шевченка у Львові, 1994. – 328 с.
10. О командировании лиц служащих в Киевском учебном округе за границу и в разные места России с ученой целью и по другим случаям (1910 г.) // ЦДІАУ у Києві. – Ф. 707, оп. 78, од. зб. 7. – 106 арк.

УДК 614.23:378(07)

ВПРОВАДЖЕННЯ МАГІСТРАТУРИ З МЕДСЕСТРИНСТВА – КРОК ВПЕРЕД НА ШЛЯХУ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ

Г. Б. Паласюк

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

INTRODUCTION OF MASTER DEGREE IN NURSING – A STEP FORWARD ON THE WAY OF RESTRUCTURING OF MEDICAL EDUCATION IN AUSTRIA

H. B. Palasyuk

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

У статті висвітлено організацію навчального процесу з підготовки магістрів медсестринства. Проаналізовано навчальні програми, основні вимоги до написання магістерських робіт. Обґрунтовано важливість вивчення австрійського досвіду для вдосконалення підготовки медичних сестер в Україні.

The organization of the educational process at master's degree in nursing are considered in the article. The curricula in master's degrees, the basic requirements to Master's work are analyzed. The study of nursing training in Austria for the improvement of the system of nursing education in Ukraine is defined.

Вступ. Інтеграція України в Європейський освітній простір передбачає суттєву перебудову системи підготовки як лікарів, так і середнього медперсоналу. Насамперед це стосується підготовки медичних сестер, оскільки на даний час у нашій країні медичний працівник із середньою і вищою сестринською освітою не відповідає вимогам міжнародної конкурентоспроможності. Це зумовлено недосконалістю навчальних програм і низьким рівнем підготовки, обмеженим професійним та соціальним статусом медичної сестри, хибною орієнтацією на медичну сестру лише як на виконавця вказівок і призначень лікаря, нехтуванням зарубіжного досвіду з підготовки фахівців з медсестринства [1].

У світовій медичній практиці професійні обов'язки і функції медичної сестри значно ширші, ніж ті, які передбачені вітчизняним законодавством. Такий об'єм функціональних обов'язків вимагає ґрунтовних теоретичних знань і досконале володіння практичними навичками. Назріла необхідність вже сьогодні здійснювати практичні кроки для підготовки нової генерації фахівців, здатних виконувати свої професійні функції на рівні європейських стандартів. Тому очевидна потреба вдосконалення підготовки медичних сестер відповідно до світового досвіду.

З огляду на вищесказане, значний науковий інтерес становить досвід підготовки медсестер у країнах, де

медсестринська освіта здійснюється на рівні світових стандартів, зокрема Австрія.

Основна частина. Впродовж останнього десятиліття Австрія здійснила фундаментальні зміни в системі підготовки медичних працівників, які суттєво підвищили її якість і можуть виявитися цінними для української системи медсестринської освіти.

Пріоритетним напрямком реформування австрійської системи підготовки сестринського персоналу є її “академізація” (Akademisierung) – впровадження вищої освіти з медсестринства. Програми з магістратури і докторантури з медсестринства у 2005 році запроваджені в Грацькому, Віденському і Тірольському медичних університетах, у 2007 році – Приватному університеті Зальцбурга.

Зважаючи на це, метою статті є вивчення досвіду організації навчального процесу при підготовці медичних сестер з вищою освітою в Австрії – магістрів з медсестринства на прикладі Віденського медичного університету.

Магістратура – вищий ступінь медсестринської освіти після бакалаврату. Ступінь бакалавра в Австрії не вважається науковим. Бакалаврат розширює можливості наступного працевлаштування у практичній охороні здоров'я і є необхідною умовою для здобуття наукового ступеня магістра і доктора медсестринства.

Умовою вступу до магістратури з медсестринства є успішне закінчення бакалаврату з медсестринства або диплом дипломованої медсестри і університетські студії бакалаврського рівня з медсестринства. Можна також вступити до магістратури після закінчення бакалаврату з іншої спеціальності. У цьому випадку вимагається складання вступних іспитів.

Існують різні магістерські програми з медсестринства: медсестринствознавство, педагогіка в медсестринстві, менеджмент в медсестринстві, геріатрична і геронтологічна експертиза тощо [2].

Програма магістратури з медсестринства [3] має не тільки академічну, а й професійну спрямованість, тому, крім фундаментальних, включає також практично-орієнтовані дослідження, спрямовані на наукову організацію медсестринського процесу. Кожен університет має повну автономію щодо змісту навчальних програм з магістратури.

Навчальний процес здійснюється у формі лекцій (Vorlesung), просемінарів (Proseminare), семінарів (Seminare), науково-дослідних семінарів (Forschungsseminare), практичних занять (Übungen), університетських курсів (Universitätskurse) і магістерських колоквиумів (Mastercolloquium). На всіх заняттях, крім лекційних, здійснюється контроль знань, тому присутність студента є обов'язковою.

Лекції (VO) проходять у формі розповіді, пояснення окремих понять і термінів, аргументації фактів; лекційний матеріал охоплює найактуальніші питання медсестринської діяльності, а також спеціальні теми медсестринствознавства. Рівень засвоєння матеріалу, що подається на лекціях, перевіряється на усному чи письмовому іспиті в кінці семестру.

Завдання просемінарів (PS) – навчити студентів вести дискусію на основі опрацьованих наукових джерел фахової тематики і засвоювати методику наукового дослідження. Під керівництвом викладача студенти виконують спеціальні завдання, обговорюють їх усно або подають свої міркування у письмовій формі.

Семінари (SE) порівняно з просемінарами передбачають більшу самостійність студентів. На семінарах студенти ведуть широку дискусію на спеціальну тематику. Участь у семінарах вимагає від студентів самостійного опрацювання наукових джерел, використання спеціальних наукових методів дослідження.

На науково-дослідних семінарах (FS) здійснюється підготовка студентів до виконання власних магістерських проектів.

Завдання практичних занять (Ue) полягає в тому, щоб навчити студентів використовувати результати наукових досліджень для розв'язання практичних завдань. У своїх магістерських проектах студенти розробляють і пропонують нові підходи до вирішення актуальних професійних проблем.

Університетські курси (UK) – це заняття у малих групах, у якому поєднується лекція і просемінар. Після невеликої доповіді на задану тематику, яку виголошує студент, продовжується її далі обговорення на основі опрацьованої наукової літератури.

На магістерських колоквиумах (MASKO) проводяться фахові і методичні консультації щодо написання магістерської роботи. На них складається план магістерської роботи, студенти доповідають щодо виконання окремих її етапів, презентують окремі розділи в усній або письмовій формі.

Навчання за програмою магістратури Віденського медичного університету включає 120 ECTS, що відповідає 4 семестрам навчання, здійснюється за блоковою системою і складається з окремих модульних занять. За час навчання в магістратурі студенти засвоюють 9 модулів.

Модуль 1. Основи наукового дослідження – 13 ECTS. Мета модуля: студенти повинні вміти здійснювати інформаційний пошук з проблем медсестринства; знати особливості отримання інформації і її значення для наукової і практичної роботи; знати найважливіші для медсестринської науки науково-теоретичні положення, вміти використовувати їх у процесі отримання інформації і висловлювати свою думку щодо їх застосування в практичній діяльності; вести дискусію стосовно суспільного значення науки і зв'язку науки та суспільства; знати основні концепції наукової теорії і наукового дослідження, вміти висловити свої міркування щодо їх важливості для власного наукового дослідження; знати принципи дотримання етичних норм у наукових дослідженнях; знати шляхи і можливості розробки наукових теорій, володіти навиками їх аналізу і критичної оцінки їх значення для практичної діяльності.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Вступ до медсестринствознавства	Університетські курси	5	3
Наукові теорії	Лекція	3	2
Дослідна етика	Лекція	2	1
Побудова наукових теорій	Лекція	3	2

Модуль 2. Методи дослідження I – 15 ECTS. Мета модуля: студенти повинні знати основи дескриптивної і аналітичної статистики, вміти самостійно проводити розрахунки, використовуючи методи дескриптивної статистики; знати методики якісного і кількісного збору даних, особливо методи письмового опитування і інтерв'ювання і вміти їх практично застосувати (самостійно розробити анкети); вміти оцінити наукову значимість, психометричні власти-

вості і практичне значення наявних методик збору даних і критично аналізувати їх застосування у медсестринській практиці; знати різні напрямки наукових досліджень у медсестринстві і вміти їх охарактеризувати; бути обізнаними з найважливішими науковими проектами з проблем медсестринства, особливо тими, що стосуються експериментальних досліджень, критично оцінювати можливості їх використання в практичній діяльності.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Статистика	Лекція	3	2
Технологія збору даних кількісного дослідження	Просемінар	4	2
Технологія збору даних кількісного дослідження	Просемінар	4	2
Спеціальні методи якісного дослідження	Лекція	2	1
Клінічні методи дослідження	Лекція	2	1

Модуль 3. Методи дослідження II – 12 ECTS. Мета модуля: після закінчення модуля студенти повинні вміти використовувати у своїх власних дослідженнях статистичні програми; на основі даних проводити самостійні обчислення в рамках деск-

риптивної і аналітичної статистики, подавати дані у формі графіків; обирати необхідний вид обчислювальних операцій для різних даних; знати основні принципи обробки і аналізу даних, вміти застосувати їх на практиці.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Прикладна статистика	Практичне заняття	3	2
Наукові теорії	Семінар	5	2
Дослідна етика	Просемінар	4	2

Модуль 4. Життя з хворобою – 8 ECTS. Мета модуля: поглибити знання студентів з розділів “Життя з хворобою” і “Медсестринські втручання”, розглядаючи пацієнта як окремого індивідуума і як елемента системи “Сім'я”; використовувати результати наукових досліджень

для системного розв'язання проблемних питань з цих розділів; на основі результатів наукового дослідження сформулювати розуміння індивідуальних особливостей сприйняття людиною свого захворювання і розробити конкретні концепції медсестринської діяльності.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Спеціальний догляд	Лекція	3	2
Спеціальний догляд	Семінар	5	2

Модуль 5. Медсестринська діагностика і медсестринські втручання – 10 ECTS. Мета модуля: оволодіти навиками осмислювати медсестринський процес з наукової перспективи; знати принципи герменевтичного сприйняття клінічної ситуації і вміти застосовувати їх у рамках медсестринської діагностики; відповідно до певної клінічної ситуації вміти обрати доцільні

алгоритми діяльності і медичні інструменти, вести дискусію щодо їх практичного застосування; знати різні міжнародні системи класифікацій медсестринських діагнозів, вміти їх диференціювати, знати їх переваги і недоліки; на науковій основі здійснювати планування медсестринських втручань, аналізувати їх і оцінювати можливість і об'єм їх проведення.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Оцінка клінічної ситуації	Практичне заняття	3	2
Алгоритми діяльності (інструменти)	Лекція	2	1
Міжнародні системи класифікацій медсестринських діагнозів	Лекція	2	1
Медсестринські втручання	Лекція	3	2

Модуль 6. Проведення наукових досліджень – 10 ECTS. Мета модуля: сформувати навички дослідження актуальних для професійної діяльності проблем і вміння обирати відповідну модель і методи дослідження; вести дискусію щодо зас-

тосування різних методів дослідження, аргументувати свою точку зору і доходити спільного висновку; розробити проект наукової роботи і під керівництвом наставника трансформувати його в наукову роботу.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Проведення наукових досліджень	Науковий семінар	10	4

Модуль 7. Науково-практична інтеграція – 10 ECTS. Мета модуля: вивчити різні моделі імплементації наукових теорій в практичну діяльність і сформувати вміння оцінювати можливість їх використання в сестринській практиці на макро-, мезо- і мікрорівнях; сформувати навички вести інформаційний пошук наукових джерел стосовно специфічних, прак-

тично орієнтованих проблем, критично їх аналізувати, систематизувати і скласти резюме; використовуючи наукові теорії, спланувати заходи для вирішення простої проблеми, вибрати відповідну модель і розробити план впровадження в практику, обґрунтувати можливість її реалізації у практичній діяльності.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Теорії і моделі науково-практичної інтеграції	Університетські курси	4	2
Проект впровадження наукової теорії в практику	Науково-дослідний семінар	6	3

Модуль 8. Предмет за вибором студента – 5 ECTS.

Мета модуля: поглибити і розширити знання з тематики, пов'язаної з їх власним дослідженням і професійними інтересами.

Модуль 9. Підготовка магістерської роботи – 10 ECTS. Мета модуля: студенти опановують техніку написання наукової роботи; можуть визначити

ключові слова і розробити стратегію інформаційного пошуку з теми магістерської роботи; вміють скласти план, охарактеризувати основні проблеми, методичку і завдання своєї наукової роботи, давати вичерпні відповіді на питання і аргументовано вести дискусію щодо альтернативних шляхів вирішення проблем.

Тема заняття	Тип заняття	Кількість кредитів	Кількість годин
Науково-дослідна робота	Практичне заняття	3	2
Інформаційний пошук	Практичне заняття	2	1
Магістерський колоквиум	Магістерський колоквиум	5	2

Програма магістратури вважається виконаною і випускникові присвоюється звання магістра наук (Magister der Art, MA), коли він здав усі модулі, випускний колоквиум, написав і захистив магістерську роботу. Виконана і захищена магістерська робота є підтвердженням здатності майбутнього магістра з медсестринства самостійно здійснювати наукові дослідження з медсестринства.

Магістерська робота повинна відповідати профілю магістратури, бути самостійною творчою роботою із вивчення актуальної проблеми медсестринства, у якій розроблено і запропоновано шляхи її вирішення. Після отримання позитивної оцінки своєї магістерської роботи магістрант допускається до її захисту. Виконання магістерської роботи і її захист оцінюються 27 ECTS.

Впровадження вищої сестринської освіти є однією з умов підвищення рівня компетентності медсестринського персоналу та гарантії безпеки пацієнтам. В Ук-

раїні здійснені перші, найважливіші кроки в цьому напрямі. На сьогодні в Україні функціонують два навчальних заклади, в яких навчають магістрів медсестринства – Науково-навчальний інститут медсестринства Тернопільського державного медичного університету і Житомирський інститут медсестринства.

Відкриття у вищих медичних навчальних закладах магістратури зі спеціальності “Сестринська справа” є фундаментальним кроком у розвитку медсестринської освіти в Україні на засадах неперервної ступеневої освіти. Ступінь магістра з медсестринства можуть отримати найталановитіші випускники, які отримали диплом бакалавра з медсестринства. В програму введені навчальні дисципліни, які дозволяють готувати не тільки висококваліфікованого фахівця, але й організатора сестринської справи, викладача з медсестринства тощо. Ґрунтовно вивчаються дисципліни, які закладають основу для продовження освіти медсестри-бакалавру до рівня

магістра – методологія наукової роботи, основи педагогіки, основи адміністрування та управління.

Висновок. Реформи спрямовані на підготовку медичної сестри світового рівня, вихованої на філософії сестринства, орієнтованої на збереження здоров'я людини, профілактику захворювань, якісну та ефек-

тивну медичну допомогу хворим. Однак потреби часу, пов'язані з входженням України в Болонський процес, вимагають продовження цих реформ, чому сприятиме запозичення міжнародного досвіду підготовки медичних сестер при збереженні і примноженні кращих вітчизняних традицій.

Література

1. Банадига Н. В. Сестринський процес в умовах реформування медичної освіти / Н. В. Банадига, Н. Я. Ходорчук, І. О. Рогальський // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 58.

2. Kriegl M. Akademisierung der Pflege in Osterreich / Marianne Kriegl // Bildung und Professionalisierung in der

Pflege. – Wien, 2009. – S. 7–21.

3. Curriculum fur das Masterstudium Pflegewissenschaft. Universitat Wien: Mitteilungsblatt UG 2002 vom 27. 01. 2010, 9 Stuck, Nummer 48. – Wien, 2011. – 10 S.

УДК 614.2:617

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІМІТАЦІЙНИХ СИСТЕМ НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ СПЕЦІАЛІСТІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

В. Д. Скрипко, П. І. Шев'як, О. Ю. Атаманюк, Ю. В. Гринів

*Івано-Франківський національний медичний університет,
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"*

PECULIARITIES OF SIMULATION TRAINING SYSTEMS USE DURING POST-GRADUATE EDUCATION OF SPECIALISTS OF SURGICAL TYPE

V. D. Skrypko, P. I. Shevyak, O. Yu. Atamanyuk, Yu. V. Hryniv

*Ivano-Frankivsk State Medical University,
SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"*

У статті представлений досвід покращення навчання мануальних навичок лікарів-інтернів хірургічного профілю та аналіз щодо підвищення його якості.

The article presents the experience of methodological approaches to improve teaching manipulative skills of surgical profile interns and the analysis to improve its quality.

Вступ. На сьогодні хірургічна спеціальність залишається найбільш масовою та необхідною в практичній охороні здоров'я, через це підготовка спеціаліста-хірурга на сучасному рівні є актуальною. Методологія післядипломної освіти базується на традиційних принципах навчання і включає сучасні новітні технології навчального процесу, ціль якого – підготовка висококваліфікованого спеціаліста, всебічно освіченого лікаря з гуманістичним та науковим кругозором, належною загальною культурою, орієнтованого на роботу в сучасних умовах швидкого розвитку науково-технічного прогресу. Такий спеціаліст здатний провести диференційно-діагностичний пошук, з успіхом вирішувати професійні завдання, вміти надати допомогу в повному об'ємі та провести всі необхідні профілактичні та реабілітаційні заходи щодо збереження життя і здоров'я людини. Від якості організації процесу навчання в інтернатурі залежить подальше комфортне перебування людини в майбутній професійній діяльності, а також його суб'єктивні взаємовідносини з іншими людьми [1, 2, 3].

Основна частина. Перед сьогоднішнім педагогічним процесом стоїть складне завдання – всебічно навчити молодих спеціалістів мануальних навичок хірургічної діяльності, які вони повинні отримати під час навчання в інтернатурі. На жаль, ще будучи сту-

дентами медичного вузу, молоді майбутні лікарі зіштовхуються з реаліями складних взаємовідносин із хворими, коли пацієнти часто відмовляються від найпростіших маніпуляцій, тим більше від виконання хірургічних втручань. В той же час, кожен пацієнт хоче, щоб, у випадку необхідності, його оперував висококласний спеціаліст. Отже, для того щоб вдало розпочати свою професійну діяльність, молодий хірург протягом навчання в інтернатурі повинен отримати та закріпити мануальні навички. Безперечно, базові елементи хірургії молоді спеціалісти можуть практикувати у вузівському віварії та морзі, після чого під керівництвом досвідченого хірурга працюють в операційній. Проте навички високотехнологічних хірургічних втручань, наприклад, ендоскопічних операцій, таким чином, в силу багатьох причин, засвоїти важко.

На базі нашої кафедри дану проблему ми вирішуємо шляхом використання у процесі навчання тематичних відеоматеріалів та тренажерів. Такий підхід дає можливість, при багаторазовому наполегливому відпрацюванні, якісно засвоїти основні ендоскопічні елементи хірургічної техніки.

Підготовка інтернів-хірургів на очному циклі, побудована за класичним типом: участь в ранковій лікарській конференції, обході, огляд хворих, робота у перев'язочній та операційній. Теоретична підготовка

проводиться на семінарському занятті, обов'язковим елементом якого є перегляд відеоматеріалів на тему, яка обговорюється. На кафедрі створено відеотеку з класичними та малоінвазивними оперативними втручаннями, більшість з яких є власними розробками, які максимально наближені до режиму реального часу. Використання відеофільмів на заняттях, в умовах можливостей сучасного цифрового запису, дозволяє викладачу здійснити як зупинку, так і збільшення окремих епізодів із подальшим коментарем, що є важливим в навчальному процесі. Однак використання відеоматеріалів не в стані замінити практичні навички, які можна отримати при особистому виконанні маніпуляцій. Тому важливою складовою процесу навчання на базі нашої кафедри є практичне відпрацювання мануальних навичок на сучасному еноскопичному інструментарії та обладнанні. Для цього на базі кафедри хірургії факультету післядипломної освіти створений тренажер, обладнаний ендовідеохірургічною оптикою, лапароскопічними портами та інструментарієм змонтованих на муляжі черевної порожнини. Робота на тренажері виконується двома лікарями-інтернами (хірург та асистент), які відпрацьовують базові лапароскопічні навички під контролем викладача. Наближення заняття до реальної практики та аналіз

власних помилок дозволяють досконало оволодіти методикою виконання різних маніпуляцій. Серед них базовими є: методика уведення та розташування троакарів залежно від виду оперативного втручання, методика препарування тканин, техніка накладання інтракорпорального шва та енопетлі. Результати досліджень вказують на те, що використання віртуальних тренажерів у навчальному процесі значно знижує кількість помилок, які допускають молоді хірурги при виконанні ендовідеохірургічних операцій.

Безперечно, відпрацювання лапароскопічних маніпуляцій на тваринах має суттєві переваги, однак навчання на тренажерах із використанням комп'ютерних технологій значно дешевше та має ряд своїх методичних переваг. Кожен молодий спеціаліст, який пройшов навчання на тренажері та оволодів базовими навичками, може асистувати під час проведення лапароскопічних втручань, а при подальшому наповленню удосконаленні своєї хірургічної техніки – виконувати їх самостійно.

Висновок. Використання імітаційної системи навчання в процесі післядипломної підготовки спеціалістів хірургічного профілю дозволяє покращити засвоєння теоретичних знань та досягти високої ефективності відпрацювання практичних навичок.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні / [П. Є. Булах, О. П. Волосовець, В. Ф. Москаленко та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – С. 384.
2. Управление качеством подготовки специалистов : программно-целевой поход на примере высшего и послевузов-

ского медицинского образования / Казаков В. Н., Селезнева Н. А., Талалаенко А. Н. – Москва–Донецк, 2003. – С. 5–75.

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

УДК 378.046.4:614.253.1/2:616-073.7

РОЛЬ ДІАГНОСТИЧНИХ АЛГОРИТМІВ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ

Р. Я. Абдуллаєв, С. О. Пономаренко, В. Г. Марченко, Л. А. Сисун
Харківська медична академія післядипломної освіти

A ROLE OF DIAGNOSTIC ALGORITHMS IN POST-GRADUATE TRAINING OF DOCTORS-SPECIALISTS OF ULTRASONIC DIAGNOSTICS

R. Ya. Abdullayev, S. O. Ponomarenko, V. H. Marchenko, L. A. Sysun
Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті вивчено роль алгоритму діагностики та його ефективність на кінцевий рівень знань у підготовці лікарів-ультрасонографістів в системі післядипломної освіти.

In the article the role of algorithm of diagnostics and its efficiency is studied on the eventual level of knowledges of a doctor of ultrasound in the system of post-graduate education.

Вступ. Післядипломну освіту розглядають як форму освіти дорослих, виходячи з їх індивідуальних потреб у здобутті певних знань, виробленні навичок і умінь, особистому і професійному зростанні. В основу перепідготовки фахівців закладаються прогресивні технології, які стимулюють зацікавлене ставлення слухачів до теоретичних знань та передового досвіду, відбивають у формах і методах навчання цілісний і загальний зміст професійної діяльності, сприяють засвоєнню ефективних способів вирішення фахових проблем.

Успішність навчання багато залежить від мотивації до навчання, необхідно активізувати лікарів, стимулювати їх до отримання знань, розвивати в них повагу до самих себе.

До сучасних інноваційних технологій навчання можна віднести метод конкретних ситуацій (кейс-метод). За визначеними правилами розробляється модель конкретної реальної ситуації й відображається необхідний комплекс компетенцій. Метод конкретних ситуацій дозволяє приймати правильні рішення в умовах невизначеності, розробляти алгоритми прийняття рішення, оволодівати навичками дослідження ситуації, використовувати отримані теоретичні знання на практиці та інше. Головне, що цей метод сприяє розвитку уміння лікаря аналізувати ситуацію, оцінювати альтернативу, прищеплює навички розв'язання практичних задач.

Безперервний розвиток медицини як науки супроводжується появою різних підходів в навчанні фахівців, що більшою чи меншою мірою ґрунтуються на позиціях стандартизації (алгоритмізації). Безперечні переваги індивідуального підходу як в навчанні фахівців, так і в подальшій лікарській діяльності. Проте при базовій підготовці фахівців до практичної діагностичної роботи в умовах обмеження (недоліку) часу цікавим є використання алгоритмів діагностики різних патологічних станів.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності використання алгоритму УЗ-діагностики захворювань щитоподібної залози на циклі спеціалізації в післядипломній освіті лікарів.

Основна частина. Алгоритм, що вивчався, був розроблений співробітниками кафедри на підставі регіональних методичних розробок і рекомендацій і включав семіотичний аналіз всіх елементів щитоподібної залози. У дослідженні взяли участь 54 курсанти циклу спеціалізації ультразвукової діагностики. Навчання складалося з лекційного матеріалу і самостійної підготовки за темою "Ультразвукова діагностика захворювань щитоподібної залози".

Для оцінки отриманих знань на семінарському занятті на початку було запропоновано 10-хвилинний тестовий контроль, що складався з 10 питань і мав 4 варіанти відповіді на кожне питання. Після заняття

курсантам запропонували повторно відповісти на питання тесту, але вони могли використовувати запропонований алгоритм діагностики захворювань щитоподібної залози. Під помилкою мали на увазі як неправильну відповідь, так і відсутність правильної.

Статистичні розрахунки проводили за допомогою пакета програм "STATISTICA 6.0", статистично достовірними вважали відмінності $p < 0,05$.

Всі курсанти справилися із запропонованими тестами, час роботи над ними був однаковий і склав 10 хвилин. Кількість помилок при першому тестуванні коливалася від 3 до 5 (в середньому 4), частка правильних відповідей – від 50 до 70 % (в середньому 60 %). Значна кількість помилок була пов'язана як з особливостями їх реєстрації (неправильна відповідь і відсутність правильної враховувалися як самостійні помилки), так і з об'єктивною складністю теми, що вивчалася.

Використання діагностичного алгоритму при повторному тестуванні привело до достовірного ($p < 0,01$) зменшення числа помилок у всіх курсантів (від 1 до 3, в середньому 2); частка правильних відповідей склала від 70 до 99 %. Наявність невеликої кількості помилок при тестуванні з використанням діагностичного алгоритму може свідчити про невеликі індивідуальні відмінності між баченням інформації розробників завдань і тестованих курсантів, а їх низький відсоток дозволяє рекомендувати використовувати дані тести для оцінки заключних знань курсантів.

Література

1. Дидактичні проблеми післядипломної освіти радіологів діагностів : навчальний посібник для викладачів кафедр променевої діагностики закладів післядипломної освіти / І. О. Крамний, М. І. Спужак, Р. Ю. Чурилін, І. О. Вороньжєв. – Харків : ХМАПО, 2011. – 107 с.

2. Перестройка учебного процесса на последипломном этапе соответственно Болонскому процессу / А. Н. Хвилюк, В. Г. Марченко, И. Е. Крамной, Н. А. Бортный // Мед.

Значне поліпшення результатів тестів при використанні діагностичного алгоритму дозволяє припустити спрощення сприйняття інформації і підвищення якості діагностики патологічних станів (зокрема захворювань щитоподібної залози) як в навчанні лікарів-фахівців, так і в їх подальшій практичній діяльності в кабінетах ультразвукової діагностики.

Специфіка надання медичної допомоги загалом і діагностичний процес в умовах первинної ланки закладів охорони здоров'я (поліклініки, лікарні) диктує необхідність не тільки правильного, але і часто швидкого ухвалення рішення. У зв'язку з цим в підготовці лікарів, зокрема ультразвукових діагностів, важливим є використання алгоритмів, допоміжних схем, таблиць, здатних скоротити час діагностичного пошуку. Ефективним в цій ситуації може бути створення подібних алгоритмів з активною участю слухачів циклів, впровадження інноваційних технологій навчання (кейс-метод), що сприяє поліпшенню засвоєння матеріалу, який вивчається, і, ймовірно, приведе до створення індивідуальних допоміжних матеріалів (алгоритмів, таблиць і ін.), що полегшують і прискорюють проведення диференційної діагностики патологічних станів в подальшій практичній діяльності кожного лікаря.

Висновок. Використання алгоритмів в післядипломному навчанні лікарів-фахівців сприяє поліпшенню якості діагностики, що проводиться, полегшенню проведення диференційної діагностики, зменшенню вірогідності помилок.

образование XXI века : сб. мат. V международ. Научно-практической конференции, посвященной 75-летию ВГМУ и 50-летию фармацевтического факультета. – Витебск, 2009. – С. 431–434.

3. Ультразвуковая диагностика нетиреоидных заболеваний щитовидной железы : навч. посіб. / [Р. Я. Абдуллаєв, Е. И. Гречаник, А. В. Руденко и др.]. – Х. : Нове слово, 2008. – 44 с. : іл.

УДК 378.046.4: 614.253.1/2]618.146-006-072.1

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КОЛЬПОСКОПІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

О. О. Акуліна

Харківська медична академія післядипломної освіти

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL PECULIARITIES OF TEACHING OF COLPOSCOPY ON THE STAGE OF POST-GRADUATE EDUCATION

O. O. Akulina

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Процес навчання на циклі “Кольпоскопія в ранній діагностиці передпухлинних і пухлинних станів шийки матки, піхви і вагіни” складається з 3-х різних методик викладання: пасивних, активних, інтерактивних, а також самостійної підготовки курсантів з використанням усних і комп’ютерних тестів, відеокольпоскопічних знімків. Сформовані на кафедрі підходи до організаційно-методичного забезпечення навчального процесу дозволяють лікарям-курсантам підвищити свою кваліфікацію, поглибити і розширити свої знання з діагностики і лікування злоякісних новоутворень шийки матки.

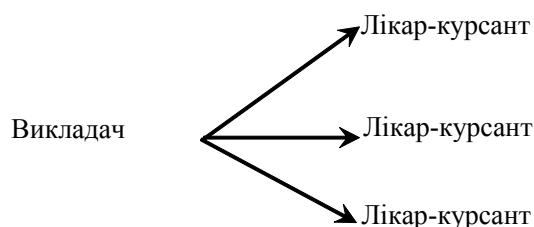
The instruction on the cycle “colposcopy” in early diagnostics of the pretumorous and tumor pathology of the neck of the womb, sheath and vulva consists of 3 different procedures of the teaching: passive, active, interactive, and also self-study of cadets with the use of oral and computer tests, videocolposcopic photographs. The approaches to the organizational and procedural guarantee of a training process formed in the department make possible for doctor- cadets to increase their qualification, to deepen and to broaden their knowledge on diagnostics and treatment of the malignant new formations of the neck of the womb.

Вступ. Післявузівська медична освіта дає можливість ознайомитися з сучасними лікувально-діагностичними методами, освоїти необхідні для лікаря-спеціаліста практичні навички, брати активну участь у семінарах, розборах клінічних випадків.

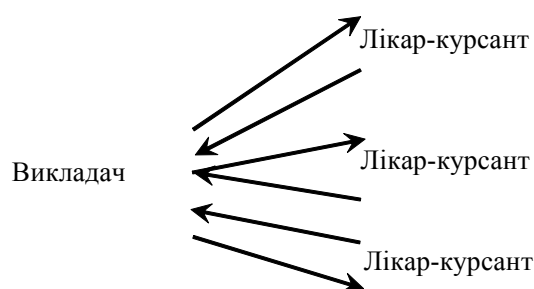
Рівень знань і нової медичної інформації є лише початковим етапом в навчанні (хоча і обов’язковим, базовим).

Дослідженням, проведеним у 80-х рр. Національним тренінговим центром (США, штат Меріленд) [2], було встановлено, що найменший відсоток засвоєння мають пасивні методики викладання (лекція – 5 %, читання – 10 %), а найбільший – інтерактивні (дискусійні групи – 50 %, практика через дію – 75 %, навчання інших, або негайне застосування на практиці – 90 %). Відомо, що пасивні методи навчання орієнтовані, як правило, лише на рівні знання і розуміння, інтерактивні ж – задіють усі рівні навчання і дозволяють різко збільшити відсоток засвоєння матеріалу.

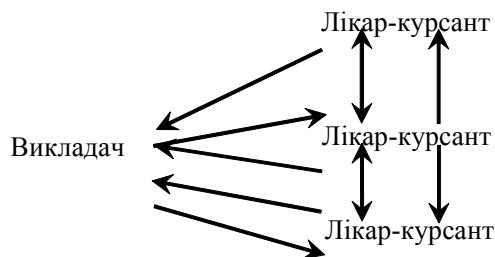
1) Пасивні: де лікарі-курсанти виступають в ролі “об’єкта” навчання, які повинні засвоїти і відтворити матеріал, що передається їм викладачем – джерелом знань. Основні методи – це лекція, тестування, опитування.



2) Активні: де ті, хто навчається, є “суб’єктом” навчання, виконують завдання, вступають в діалог з викладачем. Основні методи – це завдання (реферати, доповіді), питання від лікаря-курсанта до викладача, і від викладача до лікаря-курсанта.



3) Інтерактивні: від англ. *inter* – “між”, *act* – “дія”, таким чином, дослівний переклад позначає інтерактивні методи – які дозволяють вчитися взаємодіяти між собою, а інтерактивне навчання – навчання, побудоване на взаємодії всіх учнів, включаючи викладача. Ці методи найбільш відповідають особистісноорієнтованому підходу, оскільки вони передбачають взаємонавчання (колективне, навчання у співпраці), причому і той, хто навчається, і викладач є суб’єктами навчального процесу. Викладач частіше виступає лише в ролі організатора процесу навчання, лідера групи, творця умов для ініціативи лікарів-курсантів. Крім того, інтерактивне навчання засноване на прямій взаємодії лікарів зі своїм досвідом і досвідом своїх колег, оскільки більшість інтерактивних вправ звертається до досвіду самого слухача, причому не тільки клінічного. Нові знання, навички та вміння формуються на основі такого досвіду.



Безумовно, для якісного і системного навчання повинні бути задіяні всі види організаційно-методичної роботи та важливі всі рівні пізнання.

Основна частина. Організаційно-методичні особливості викладання кольпоскопії у ВНЗ післядипломної освіти обумовлені двома глобальними причинами: 1) діагностика фонові, передпухлинної патології та раннього раку шийки матки є, мабуть, однією з найбільш значущих медичних, а в останнє десятиліття, і соціально-економічних проблем, і отже, без знання кольпоскопії лікар акушер-гінеколог не може вважатися грамотним і компетентним фахівцем; 2) у медичному вузі кольпоскопії, як провідного діагностичного методу при патології шийки матки, не навчають, і лікарі, потрапляючи на кафедру онкогінекології, через 5–10 або 15 років своєї роботи, вперше стикаються з величезним масивом науково-практичної інформації, від якісного засвоєння і подальшого застосування якої буде залежати життя їх пацієнток.

Тому для викладачів кафедри основним завданням є – максимальна систематизація великої за обсягом кількості клінічного матеріалу з метою створення певної послідовності – від простого до складного, з використанням всіх видів навчання, роблячи, безу-

мовно, наголос на інтерактивних методиках, що справді дозволяє лікарям-курсантам швидше і якісніше засвоювати пропонований матеріал, виробляючи і розвиваючи при цьому своє клінічне мислення.

На кафедрі за останні роки проведена робота щодо поліпшення змісту та інформаційно-методичного забезпечення освітніх програм, зокрема:

- відповідно до сучасних вимог МОЗ України було розроблено новий навчальний план 78-годинного курсу тематичного удосконалення “Кольпоскопія в ранній діагностиці передпухлинної та пухлинної патології шийки матки, піхви і вульви”, який був затверджений на засіданні Методичної ради в квітні 2008 р.;

- розроблений ряд комп’ютерних тестів, ситуаційних завдань, знімаються відеофільми;

- збільшена забезпеченість лікарів-курсантів навчальною літературою; електронними підручниками;

- здійснено підключення до інформаційної мережі INTERNET;

- в навчальний процес активно впроваджуються нові технічні засоби навчання, розпочато розвиток дистанційного навчання.

Відеосистема кольпоскопа МК-400 [1] дозволяє проводити діагностичні дослідження, здійснювати контроль за лікувальними процедурами, навчати методик у галузі онкогінекології. Апарат може використовуватися для точної діагностики різних станів шийки матки, вульви і піхви. Прилад значно полегшує проведення різного роду мініопераційного втручання, у тому числі біопсію тканин, працюючи з максимальним наближенням. Наявність зеленого фільтра дає можливість розглянути капілярну сітку, поширення і розширення кровоносних судин, а також фрагментарні знебарвлення досліджуваних ділянок тканин.

Наявність відповідних програм “MEDVISOR” дає можливість створювати свою власну базу даних, досліджуючи зразки, порівнювати і редагувати відповідним чином зображення, одержувати свого роду архіви і звіти, які надалі можна використовувати в науковій і практичній діяльності, для консиліумів та конференцій. Наявність програми дає також унікальну можливість виявляти приховані, невидимі раніше дефекти на підставі порівняння всіх наявних архівованих зображень і знімків, що, безумовно, заслуговує уваги.

Кольпоскопія надає (при необхідності) можливість участі в процесі обстеження декількох лікарів одночасно.

Відеокольпоскопія надає унікальну можливість пацієнці безпосередньо брати участь у процесах діагностики і, відповідно, обдуманно, з інформаційною зго-

дою у виборі методів лікування. А також дозволяє побачити результат на екрані, що значною мірою полегшує контакт лікаря з пацієнткою. І при цьому група з 5–10 лікарів курсантів вільно присутня при обговоренні клінічного випадку, розглядаючи картинку шийки матки на екрані монітора, що дуже важливо з позиції медичної деонтології, оскільки оглядати одну пацієнтку такої кількості курсантів, безумовно, неможливо.

Цифрова відеосистема високої роздільної здатності (USB-Digital) дає (в режимі трансляції) телевізійне зображення 640x480 пікселів з частотою 30 кадр / с і дозволяє, за допомогою зручно розташованої кнопки відеозахоплення, робити знімки високої роздільної здатності з якістю 1280 \ 1024 пікселів. Відеосистема не погіршує оптичних характеристик кольпоскопа і дає зображення, що повністю збігається з візуальним зображенням.

Велика глибина регулювання кольоровості, контрасту, яскравості і балансу білого дозволяє отримувати високоякісні фотознімки з ідеальною кольоропередачею.

Незаперечною перевагою є можливість фіксування отриманого на екрані монітора збільшення. Програма "MEDVISOR" використовує стандартний відеосигнал аналогової камери, сканерів. А також має можливість запису відеороликів процесу обстеження у вигляді файлу, дозволяє зберігати, порівнювати, редагувати і виводити зображення на друк.

Основні переваги відеокольпоскопії:

- можливість одночасної участі в процесі обстеження декількох лікарів;
- легкість виявлення патології навіть при незначних змінах форми і кольору досліджуваних тканин;
- наявність у кольпоскопа S-VIDEO, VIDEO, USB виходів дозволяє передавати зображення на будь-який побутовий телевізор, комп'ютерний монітор або комп'ютер для його відображення, запам'ятовування і друку;
- регульоване збільшення, ручне фокусування зображення, стоп-кадр легко управляються мишкою.

Програмне забезпечення дозволяє створювати і вести базу даних пацієнтів і дає такі можливості:

- створення каталога обстежуваних пацієнтів;
- автоматичний пошук по базі даних;
- архівування та друк отриманих зображень;
- формування звітів за результатами обстежень;
- можливість виведення цих звітів на друк;
- використання візуальних звітів для наукової та клінічної роботи, для консультацій з колегами, для перегляду і обговорення з лікарями-курсантами.

Висновки. Таким чином, вивчення і закріплення нового інформаційного масиву матеріалу для лікарів-курсантів відбувається так:

1. Інтерактивна лекція.
 2. Лікар-курсант в ролі викладача.
 3. Робота з відеокольпоскопом.
 4. Кожен слухач навчає кожного, ділиться своїм клінічним досвідом.
 5. Робота з історіями хвороби.
 - 5.1. Вивчення амбулаторних карт, збір анамнезу, аналіз направлення в стаціонар.
 - 5.2. Письмова робота з обґрунтування встановленого діагнозу, вибору методу обстеження та подальшої адекватної тактики лікування.
 - 5.3. Розбір лікарських помилок на догоспітальному етапі (якщо такі були).
 6. Обговорення складних клінічних випадків на клінічному розборі.
 - 6.1. Дискусія.
 - 6.2. Дебати.
 - 6.3. Реферати.
 - 6.4. Симпозіум.
 7. Розв'язання проблем (а також).
 - 7.1. Мозковий штурм.
 - 7.2. Алгоритм рішень.
 - 7.3. Заключне слово викладача. Аналіз проведеної роботи, хто був найбільш близький до правильного вирішення поставленого завдання, хто розібрався з даним клінічним випадком краще за всіх. Заслужена оцінка діяльності кожного лікаря-слухача.
- Підводячи підсумок, можна сказати, що навчитися кольпоскопії може кожен, хто цього дійсно хоче.

Література

1. Лазерные хирургические аппараты. Кольпоскоп МК-200. – <http://www.medlas.ru/ru/kolposkop/mk200.html>
2. Маслова Л. В. Активные и интерактивные методы преподавания на уроках истории и обществознания /

Л. В. Маслова // Активные и интерактивные методы преподавания на уроках истории и обществознания. Статьи Фестиваля "Открытый урок".mht. 2011 г.

УДК 378.14:616,31(477.74).096.61

ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ОНМЕДУ

Є. Д. Бабов, М. А. Новікова, С. В. Кленовська, В. В. Могилевський
Одеський національний медичний університет

INTRODUCTION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM OF ORGANIZATION EDUCATIONAL PROCESS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL DENTISTRY OF ODESSA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Ye. D. Babov, M. A. Novikova, S. V. Klenovska, V. V. Mohylevskyi
Odessa National Medical University

У статті представлено впровадження кредитно-модульної системи на кафедрі загальної стоматології Одеського національного медичного університету. Відображено основні вимоги до педагогічного складу у взаємовідносинах зі студентами при модульному навчанні. Надано цільовий план дій для студентів щодо освоєння модуля. Показані особливості ведення практичних занять з обов'язковою курацією пацієнтів із усіх розділів стоматології. Показано цілеспрямованість удосконалення теоретичних і практичних знань на етапах освоєння модуля.

The paper presents the introduction of credit-modular system at the Department of General Dentistry of Odessa National Medical University. It displayed main requirements for teaching staff in interaction with students in a modular education. There is presentation of objective plan of action for students who are mastering the module. There are shown peculiarities of conducting practical lesson with mandatory Supervision of patients from all divisions of dentistry. Also the paper displays the tenacity of theoretical and practical and practical knowledge on the stages of module development.

Вступ. З урахуванням вимог сучасності, що висуваються до освітнього процесу, в рамках пошуку стимулів розвитку та з метою інтеграції вітчизняної системи освіти в міжнародний освітній простір вища школа України увійшла в “Болонський процес”. Це дворівнева система вищої освіти: після чотирьох років навчання студент отримує ступінь бакалавра і стає фахівцем-практиком, а той, хто хоче займатися наукою чи викладанням, повинен захистити ступінь магістра.

Основна частина. Головна мета “Болонського процесу” – навчання протягом усього життя. Накопичені знання вимірюються у “кредитах” – залікових одиницях. Один “кредит” (30 годин) включає в себе курс лекцій, практичні заняття та години, відведені на самостійну роботу. Завершує навчання контрольний захід – іспит чи залік.

Кредити зберігаються довічно і дозволяють без зусиль переходити з одного університету до іншого, і на новому місці не доведеться перескладати дисципліни – зарахуються зароблені заліки. Враховуючи прискорення темпів прогресу, багато сьогоденних

випускників вузів протягом життя зіткнуться з професіями, яких ще навіть не навчають: нові спеціальності виникнуть на стику декількох старих. Але фахівцеві не буде необхідності заново вступати до університету або втрачати роботу. Досить буде піти на курси при вузі і додержати необхідні кредити, удосконалюючи свою професійну компетентність.

Модульне навчання являє собою перехід від інформаційно-рецептурних систем навчання до розвиваючого самокерованого навчання. Модульне навчання надає студенту можливість самостійно працювати зі спеціально створеною програмою, що складається з цільового плану дій, банку інформації та методичного керівництва: можливість використати її повністю або замінюючи окремі елементи відповідно до своїх потреб.

Цільовий план дій – це послідовність освоєння окремих навчальних елементів, модулів, всередині цілісної модульної програми, що дозволяє спланувати досягнення результату. Під методичним керівництвом у модульному навчанні розуміються варіанти шляхів освоєння навчального матеріалу.

Кредитно-модульна система істотно відрізняється від інших систем навчання, що полягає в наступному: зміст навчання представлено в закінчених, самостійних комплексах-модулях, які одночасно є і банком інформації, і методичним керівництвом по її засвоєнню. Дидактична мета формується для студента і містить в собі вказівку не тільки на обсяг досліджуваного, але і на рівень засвоєння. Взаємодія викладача та студента здійснюється в навчальному процесі на основі модулів і таким чином забезпечується усвідомлене самостійне досягнення тих, хто навчається, певного рівня підготовленості до кожного заняття. Таким чином суть модульного навчання вимагає дотримання паритетних взаємин між викладачем і студентом у навчальному процесі.

Виходячи з вищевикладеного, можна сказати, що модульний підхід реалізує гуманістичні педагогічні принципи, а метою вищої освіти стає не тільки передача знань, а й розвиток особистості майбутнього фахівця, реалізація її здібностей, які, як в іншому і вміння, формуються в процесі діяльності. Зокрема, можна сказати про впровадження кредитно-модульної системи на кафедрі загальної стоматології ОНМедУ. Кредитно-модульна система навчання почала застосовуватися для студентів V курсу медичного факультету з 2009 року.

Модуль “Основи стоматології” заснований безпосередньо на вивченні студентами основ стоматології: терапевтичної стоматології, дитячої стоматології, ортодонції, ортопедичної стоматології, хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дітей і дорослих. При цьому акцент ставиться на вивчення профілактики стоматологічних захворювань, вивчення етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики основних і поширених зубо-щелепно-лицевих захворювань.

Основна мета нашого курсу – ознайомити студентів з різними аспектами основ стоматології. Особлива увага приділяється збору анамнезу, проведенню обстеження пацієнтів, диференційної діагностики, вмінню постановки діагнозу найбільш поширених клінічних проявів.

Література

1. Андреев А. А. Педагогика высшей школы (Прикладная педагогика): учебное пособие / А. А. Андреев. – М.: МЭСИ, 2000. – Кн.1. – 141 с.
2. Богословский В. И. Информалогические аспекты интеграции науки и образования в педагогическом университете / В. И. Богословский, М. Н. Потемкин // Матер. XII Международной конференции-выставки “Информацион-

Крім теоретичних занять студенти беруть активну участь у лікувальному процесі амбулаторних і стаціонарних пацієнтів під керівництвом асистентів і доцентів кафедри. Передбачено ознайомлення з профілактичними та діагностичними процедурами, які найбільш часто зустрічаються в стоматології, та освоєння їх.

Практичні заняття та клінічні обходи з асистентами і доцентами кафедри є найголовнішою частиною даного циклу. Студенти також курують хворих з основними стоматологічними захворюваннями, різним клінічним перебігом хвороб та їх ускладненнями, на практиці вивчають сучасні методи діагностики, диференційної діагностики, принципи лікування та профілактики основних захворювань зубо-щелепно-лицьової системи і синдромів у кожному розділі стоматології, а також існуючі стандарти діагностики і лікування, невідкладні стани в стоматології.

Система вивчення “Основ стоматології” побудована таким чином, щоб дати можливість студентам якомога більше брати участь у діагностиці випадків і невідкладних станів, що найбільш часто зустрічаються в стоматологічній практиці. Кожен студент має можливість поліпшити свої базові клінічні навички, ознайомитися і вивчити нові процедури, які доступні в клініці щелепно-лицевого стаціонару, техніку, необхідну для обстеження, а також оцінити ефективність клінічних втручань.

Обов’язкова курація пацієнтів закінчується доповіддю провідного студента та обговоренням під керівництвом куратора правильності встановлення діагнозу, диференційної діагностики, обсягу призначеного обстеження, лікувальної тактики, оцінки прогнозу і т. д.

Висновок. Отримані вміння і навички, спільно з потужною теоретичною базою, дозволяють студентам стати конкурентоспроможними на ринку праці. Серед очевидних позитивних моментів кредитно-модульної системи освіти – активізація роботи студентів, бажання і прагнення набрати найбільшу кількість “балів”, що впливають на підсумкову оцінку за курс.

ные технологии в образовании” (“ИТО-2002”). – М., 2002.

3. Болонский процесс : проблемы и перспективы. – <http://www.dsmu.edu.ua>

4. Болонський процес : перспективи і розвиток у контексті інтеграції України в європейський простір вищої освіти : монографія / за ред. В. М. Бебика. – К. : МАУПІ, 2004. – 200 с.

УДК371.3:614.2

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ПРАВА СЕРЕД КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ З ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Г. В. Бесполудіна, К. В. Болотчева, В. І. Козюберда, А. В. Жила, А. В. Щербакова,
В. А. Щербаков, Гош Супратім

Луганський державний медичний університет

CONCEPTUAL FOUNDATIONS OF TEACHING METHODS OF THE LAW AMONG STUDENTS OF PRE-CERTIFICATION COURSES ON ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH

H. V. Bespoludina, K. V. Bolotcheva, V. I. Koziuberda, A. V. Zhyla, A. V. Shcherbakova,
V. A. Shcherbakov, Hosh Supratim

Luhansk State Medical University

Проведено аналіз ключових дидактичних позицій і принципів організації процесу викладання основ права в рамках післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я, зокрема, розглянуто зміст курсу правознавства та методики, що використовуються в процесі навчання.

The key didactic positions and principles of organization of the teaching process of law's basics in the case of post-graduate training of organizers of public health are analyzed, especially the content of jurisprudence course and methods, which are used in the process of study, are examined.

Вступ. В умовах розбудови громадянського, демократичного і правового суспільства та переходу до відкритої економіки перед охороною здоров'я і суб'єктами медичної діяльності різних форм власності стоять вимоги щодо дотримання ними правових норм, як невід'ємної складової цивілістичного підходу.

У цьому контексті особливого значення набуває рівень правової обізнаності керівників органів та закладів охорони здоров'я, котрим доводиться в силу специфіки функцій та відведених повноважень постійно звіряти свої дії з чинним законодавством і нести відповідальність за наслідки прийнятих управлінських рішень.

Адже саме від організаторів охорони здоров'я значною мірою залежить дотримання правових норм трудовим колективом, як наприклад, правил внутрішнього трудового розпорядку, положень колективного договору, посадових інструкцій, а також інших регламентуючих документів, що визначають роботу медичного персоналу, включаючи відносини з пацієнтами. І тому якраз організатори охорони здоров'я повинні виступати модераторами і провідниками

примату права в діяльності медичного закладу і кожного медичного робітника.

Все це дає підстави розглядати питання викладання основ права в рамках післядипломної підготовки управлінських кадрів для охорони здоров'я як надзавдання, котра повинна вирішуватися на належному дидактичному рівні.

Втім реальність доводить, що основні концептуальні засади щодо побудови методики викладання права серед керівників органів охорони здоров'я та медичних закладів на передатестаційних циклах все ще залишаються одним з вузьких місць і нагальних проблем, котрі вимагають негайного розв'язання, оскільки від цього буде залежати, якою мірою система підготовки керівних кадрів відповідає вимогам часу та сучасним суспільним викликам. Тому дане питання стоїть на порядку денному як першочергове, котре вимагає відповідного науково-методичного обґрунтування.

Основна частина. Зважаючи на це, нами піддано аналізу ключові дидактичні позиції та принципи організації процесу викладання основ права в рамках післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я,

© Г. В. Бесполудіна, К. В. Болотчева, В. І. Козюберда та ін.

на підставі чого систематизовано і конкретизовано окремі дефінітивно-диспозитивні аспекти самої доктрини та окреслено основні методологічні засади формування теоретико-прикладних характеристик, що складають базовий рівень навчальних елементів при підготовці до атестації та підвищення освітньо-кваліфікаційного рівня в питаннях організаційно-правової діяльності серед управлінського корпусу медичної сфери.

Згідно з загальноприйнятим визначенням *методика навчання* – це наукова дисципліна, що відображає спосіб педагогічної діяльності, спрямований на формування теоретичного і практичного світогляду у вигляді спеціальних знань і вмій у конкретній сфері діяльності і виступає як важливий засіб досягнення чітко встановленої мети в процесі навчання [2]. Тим часом головним призначенням методики викладання права (МВП) є чітке визначення задач і змісту курсу, методів та форми навчання в галузі правознавства. В якості *об'єкта* МВП виступає процес навчання основ правознавства, а *предметом* – відповідно зміст курсу та методики викладання права як основи формування правового світогляду та відповідних навчально-орієнтаційних установок у суб'єктів навчання [5].

I етап Проектування освітньо-кваліфікаційної моделі організатора охорони здоров'я, що володіє основами правознавства	
II етап Мета викладання основ правознавства серед організаторів охорони здоров'я	
III етап Задачі навчання основ правознавства організаторів охорони здоров'я	
IV етап Вибір методики навчання основ правознавства	
	V етап Організація навчального процесу з основ правознавства
	VI етап Оцінка успішності засвоєння організаторами охорони здоров'я знань і навичок з основ правознавства

Головна мета викладання права на передатестаційних циклах та циклах спеціалізації організаторів охорони здоров'я полягає у практичній підготовці даних контингентів до правомірного використання правових знань при вирішенні конкретних ситуацій у процесі своєї діяльності, будь-то типова або проблемна, тобто складна організаційно-управлінська ситуація.

Суть задач курсу правознавства в рамках післядипломної підготовки курсантів на циклах за спе-

На початковому етапі викладання правознавства серед слухачів (курсантів) необхідно спочатку визначитися з метою навчання, оскільки від цього значною мірою залежать принцип організації та побудова змістового контенту курсу права.

Під змістом навчання слід розуміти навчальний матеріал, який підлягає засвоєнню суб'єктом навчання на різних рівнях навчального процесу згідно з навчальною програмою.

Організація навчання включає методи викладання (способи комунікації викладача і слухача (курсанта), котрі реалізуються у формах навчання, прийомах і засобах навчання [7].

Все це відіграє неабияку роль у формуванні кінцевого результату навчання, тобто мети в ідеалі. І поміж усіма цими компонентами процесу навчання існують стійкі та цілком закономірні зв'язки, що мають науково об'єктивний характер, котрі, в свою чергу, виступають та визначають предмет МВП.

Якщо методику викладання права розглядати як цілісну систему, то її логістичну структуру можна представити у наступному вигляді, де існує цілий ряд послідовно розташованих операційних процедур, котрі в сукупності утворюють єдиний навчальний комплекс [4].

ціальністю “Організація та управління охороною здоров'я” зводиться до такого:

1. Закласти основи системи правового світогляду та переконань.
2. Ознайомити з основами медичного, трудового, цивільного, адміністративного і кримінального права.
3. Сформувані навички правомірної поведінки, навчити діяти у типових життєвих ситуаціях відповідно

до норм права, виконуючи соціальну роль громадянина, робітника, керівника, підприємця тощо.

4. Виховати переконання у необхідності суворого дотримання законів та непримиримості до антиправної поведінки.

5. Сформувані вміння аналізувати конкретні життєві ситуації, події, факти, спираючись на правові знання, вміло користуватися правовими актами і юридичною літературою.

Особливість нинішнього навчання на передатестаційних циклах організаторів охорони здоров'я полягає в тому, що нині діюча структура курсу з правознавства не передбачає послідовного і систематичного висвітлення першооснов усіх головних юридичних дисциплін, а включає лише обмежений обсяг інформації, котра необхідна курсантам тільки для життя і роботи. Саме в силу цієї причини доволі часто керівники в процесі своєї роботи не знають і далеко не завжди вміють знайти правильне рішення, особливо в тих випадках, коли мова йде про зіткнення керівника медичного закладу з більш складною і неординарною проблемною ситуацією, коли формат інформації з права, отриманої під час передатестаційного циклу, виявляється недостатнім, що ставить керівника у вкрай складне становище.

З нашої точки зору як орієнтовний тематичний план щодо викладання курсу основ правознавства в процесі передатестаційної підготовки керівників органів і закладів охорони здоров'я може бути запропоновано такий варіант:

1. Етико-деонтологічні нормативи діяльності сучасного лікаря.

2. Поняття “пацієнт та його права”. Права пацієнтів в окремих напрямках медичної діяльності.

3. Право на охорону здоров'я і право на особисту недоторканність. Дозволені межі медичного втручання.

4. Право на охорону здоров'я і право на невтручання в особисте і сімейне життя. Медична таємниця.

5. Юридична відповідальність медичних працівників за професійні правопорушення.

6. Правова кваліфікація дефектів при наданні медичної допомоги.

7. Процесуальні аспекти щодо відшкодування моральної шкоди і матеріальних збитків, завданих в результаті неналежної медичної допомоги.

8. Діяльність керівника медичного закладу щодо профілактики правопорушень в організаційно-господарській діяльності та у сфері надання медичних послуг [6].

З точки зору дидактичних підходів як методи при викладанні правознавства можуть виступати: мов-

но-словесний, словесно-друкований, наочний, практичний (самостійна діяльність курсантів), комбінований [1]. Вибір відповідного методу цілком залежить від етапу, форми і змісту викладання того чи іншого матеріалу, а також від цілеспрямованості навчального процесу.

Складовою методу викладання є окремі прийоми, котрі представляють конкретний спосіб взаємодії викладача і суб'єкта навчальної підготовки та застосовуються для вирішення будь-якого фрагмента або поточної задачі навчання. Прийоми навчання у вигляді пояснення, обговорення, розмірковування, доказування, узагальнення певних характеристик, бесіди та інші у сукупності з засобами навчання – документи, наочні факти, демонстративні матеріали тощо – утворюють загальну методику навчання [3].

Що стосується моделі освітньо-навчальних вмінь, котрі мають бути прищеплені при вивченні курсу основ правознавства серед курсантів-організаторів охорони здоров'я на циклах післядипломної підготовки, то їх характер має зводитися до володіння наступним:

- вміння орієнтуватися в системі законодавства;
- вміння користуватися джерелами права, здійснювати аналіз їх змісту;
- володіння елементарною юридичною термінологією;
- вміння змістовно, конкретно і логічно викладати матеріал з морально-правових проблем;
- вміння користуватися юридичною літературою, складати тези, конспекти, готувати доповіді і повідомлення, виступати і обґрунтовувати відповіді на поставлені запитання;
- вміння брати участь в обговоренні, дискусіях і диспутах, аргументовано висловлювати і відстоювати власну позицію, робити висновки;
- використовувати правові знання для пояснення фактів з оточуючого життя та для вибору варіантів правомірної поведінки при різних життєвих ситуаціях, котрі виникають у побуті, на роботі, в особистому житті.

Висновки. Таким чином методика викладання основ правознавства на циклах післядипломної підготовки керівних кадрів охорони здоров'я є складною та невід'ємною частиною формування сучасної парадигми медико-правової культури в системі медичного менеджменту.

Одним з напрямків реалізації даної задачі повинні стати комплексний підхід та логістична побудова методології викладання з чітким визначенням операційних процедур, котрі в сукупності утворюють єдиний навчальний комплекс.

Саме такий дидактичний принцип дає можливість сучасному керівнику охорони здоров'я оволодіти навичками використання чинного законодавства, ціле-

спрямовано застосовувати правові технології у своїй повсякденній роботі та дотримуватися правомірної поведінки.

Література

1. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології : навчальний посібник / І. М. Дичківська. – К. : Академвидав, 2004. – 352 с.

2. Мартиненко С. М. Загальна педагогіка : навчальний посібник / С. М. Мартиненко, Л. Л. Хоружа. – К. : МАУП, 2002. – 176 с.

3. Махмутов М. И. Теория и практика проблемного обучения / М. И. Махмутов. – М. : Высш. шк., 1972. – 267 с.

4. Методические рекомендации для преподавателей и студентов по основам педагогического мастерства и прак-

тическим занятиям. – Полтава, 1987. – 155 с.

5. Певцова Е. А. Теория и методика обучения праву: учеб. для студ. высш. учеб. заведений / Е. А. Певцова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 400 с.

6. Сенюта І. Я. Медичне право : право людини на охорону здоров'я : монографія / І. Я. Сенюта. – Львів : Астролябія, 2007. – 224 с.

7. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник / М. М. Фіцула. – К. : Академвидав, 2006. – 352 с.

УДК 616-089:371.388.

ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

І. Є. Бородаєв, І. В. Шарапов, О. Б. Зубков, В. М. Качанов, П. Т. Муравйов,
В. Г. Шевченко, А. Ю. Коритна

Одеський національний медичний університет

TEACHING OF SURGERY IN CREDIT-MODULAR SYSTEM

I. Ye. Borodayev, I. V. Sharapov, O. B. Zubkov, V. M. Kachanov, P. T. Muravyov,
V. H. Shevchenko, A. Yu. Korytna

Odessa National Medical University

Особливості модульного навчання полягають у тому, що студент частково або повністю самостійно може працювати із запропонованою йому навчальною програмою, що містить у собі цільову програму дій, бази інформації й методичні посібники для досягнення поставленої дидактичної мети. У цьому випадку функції викладача можуть змінюватися від інформаційно-контролюючих до консультаційно-координуючих. Модульно-рейтингова програма освіти відкриває студентам доступ до нетрадиційних джерел інформації, підвищує ефективність самостійної роботи, дає нові можливості для творчості, набуття й закріплення професійних навичок.

Peculiarities of modular training consist in that the student partly or completely can independently work with the curriculum offered to him which comprises the target program of actions, bases of the information and a methodical manual for achievement of the set didactic purposes. In this case functions of the teacher can change from information supervising up to advisory coordinating. The modular-rating program of education opens to students access to non-conventional sources of the information, raises efficiency of independent work, gives completely new opportunities for creativity, findings and fastenings of various professional skills.

Вступ. Хірургія – одна з галузей медицини, де питання якості та її оцінки мають найголовніше значення. Той рівень медичних знань, який сьогодні закладається у вузі, назавтра буде наданий пацієнтам. Згідно з положеннями Болонського процесу, у наш час у вищій школі впроваджується рейтингова система навчання. Як відомо, рейтинг – це кількісна оцінка якості навчання студентів конкретної дисципліни. Впровадження рейтингової системи сприяє підвищенню творчого підходу у навчанні та контролю знань. Індивідуалізація процесу викладання, інтенсифікація та активізація самостійної роботи дозволяють підвищити об'єктивність оцінки. Це потребує від студента регулярної копіткої роботи протягом усього періоду навчання. При викладанні клінічних дисциплін у медичному вузі звичайно використовуються класичні методи навчання практичних навичок: виконання навчальних операцій на кафедрі оперативної хірургії, знайомство з плановими та невідкладними операціями на кафедрах загальної, хірургії № 1, № 2, № 3, акушерства та гінекології, взяття участі у деяких з

них; аускультация, перкусія, пальпація на кафедрах внутрішніх хвороб та ін.

Використання нових сучасних технологій (мультимедійна система навчання, дистанційне навчання, телемедичне консультування, комп'ютерні програми, відеотехніка з системою “зворотного зв'язку”) дозволяє розширити дидактичні можливості при навчанні студентів, таким чином метою роботи є оцінити ефективність викладання хірургії в умовах кредитно-модульної системи.

Основна частина. На кафедрі хірургії № 2 Одеського національного медичного університету кредитно-модульна система навчання та кількісна оцінка контролю знань (рейтинг) використовується з 2008 року. Робота ведеться за трьома напрямками. Перший з них – рейтингова оцінка засвоєння обов'язкової програми (поточний рейтинг). Увесь курс хірургії розбито на два окремих логічно завершених підмодулів. Заняття проводяться у вигляді тренінгів, розборів клінічних ситуацій з переглядом та аналізом відеофільмів. Залежно від якості відповіді та кількості

контрольних завдань з кожного модуля студент набирає визначену кількість балів. Сума балів, отриманих студентом за два змістових модулі, визначає його поточний рейтинг. Другий напрямок – рейтинг мотивації та самостійної діяльності студента. При переліку балів рейтингу мотивації враховується дисциплінованість, навчально-дослідницька та науково-дослідницька робота студентів. До самостійної роботи студентів відносять навчально- та науково-дослідницьку. За кожну з цих форм студент отримує додаткову кількість балів. Третій напрямок рейтингової системи – формування професійних вмінь та практичних навичок. Відповідно до програми студент має освоїти тридцять практичних навичок.

Підвищення вимог до самостійної роботи, засвоєння (тренінг) методик виконання найбільш розповсюджених лікарських дій визначає необхідність всебічного використання можливостей сучасних технологій:

– використання комп'ютерних технологій, спрямованих на покращення якості персонального навчання за допомогою “електронних підручників”;

– введення технічних засобів навчання до навчального процесу, що дозволяють ефективно вивчати питання обстеження хворих, проводити диференційний діагноз, визначати протокольний (типовий) варіант лікування;

Література

1. Гликман И. З. Основные подходы к образованию / И. З. Гликман // Инновации в образовании. – 2008. – № 5. – С. 4–17.
2. Кочетова Л. В. Методические подходы к преподаванию курса общей хирургии / Л. В. Кочетова, Ю. С. Винник // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 2. – С. 42–43.
3. Медведенко Н. В. Модульно-рейтинговая технология оценки достижений студентов вуза / Н. В. Медведенко // Стандарты и мониторинг в образовании. – 2008. – № 1. – С. 18–22.

– створення та втілення інтерактивних навчаючих програм таких типів:

- навчаючі;
- контролюючі;
- навчально-контролюючі (найбільш відповідають принципам економічної доцільності та ефективності).

Крім цього, накопичувальна система оцінки навчального процесу дозволяє ефективно виявляти недостатність знань та вмінь, засвоєння яких проводилось на попередніх курсах. Виявлені недоліки є предметом розгляду на засіданнях циклової методичної комісії “Хірургія”, яка узгоджує та коригує спадкоємність викладання даної дисципліни у медичному університеті.

Висновок. Таким чином, рейтингова система навчання дає можливість впроваджувати додаткові етапи контролю якості знань, інтенсифікувати та більш рівномірно розподіляти навантаження впродовж усього навчального року. Впровадження модульно-рейтингової технології дає можливість оцінити стан навчально-пізнавальної роботи студентів за циклом “Абдомінальна хірургія”, а також – ефективність якості навчання студентів професорсько-викладацьким складом кафедри, мотивувати студентів систематично займатися впродовж навчального року.

4. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах: метод. посібник / В. Є. Мілерян. – К. : Хрещатик, 2004. – 80 с.

5. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах : зб. наук. пр. / [Т. І. Сущенко та ін.]. – Запоріжжя, 2010. – Вип. 6 (59). – 452 с.

6. Хірургія (практичні заняття). Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації / під ред. Я. С. Березницького. – Дніпропетровськ, 2006. – 127 с.

УДК 616.1/4:378.147.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ У СТУДЕНТІВ 4 КУРСУ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Є. О. Воробйов, Т. І. Шевченко, С. І. Сорокіна, І. П. Кудря, О. А. Шапошник

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

THE WAYS OF OPTIMIZATION OF INTERNAL MEDICINE OF PHYSICIAN'S INDUSTRIAL PRACTICE FOR STUDENTS OF THE 4TH COURSE OF MEDICAL UNIVERSITIES ACCORDING TO BOLOGNA PROCESS

Ye. O. Vorobyov, T. I. Shevchenko, S. I. Sorokina, I. P. Kudrya, O. A. Shaposhnyk

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

Проведення виробничої практики на 4 курсі вищих медичних навчальних закладів України є важливим етапом у формуванні та становленні майбутнього лікаря. В умовах переходу до Болонського процесу розроблена нова програма виробничої лікарської практики, основні положення якого не завжди мають перевагу порівняно з досвідом минулих років. Згідно з новою програмою, обсяг необхідних практичних навичок, якими повинен оволодіти студент, був значно скорочений.

Виробнича практика студентів 4 курсу проводиться після закінчення семестру, частіше у період відпусток. Тому навантаження на одного викладача значно збільшується, але аудиторні години при цьому не виділяються. Також вдвічі скоротилась тривалість роботи у відділеннях терапевтичного профілю, що негативно відбивається на рівні опанування професійних навичок та вмінь.

На нашу думку, організація проведення виробничої практики минулих років була більш оптимальною. Тісна співпраця лікарів практичної охорони здоров'я і викладачів медичних вузів мала позитивний вплив на якість підготовки майбутніх фахівців.

Потребують перегляду організаційні питання проведення підсумкового контролю засвоєння модуля лікарської виробничої практики.

Internal medicine physician's industrial practice for 4 course in higher educational institutions of Ukraine is an important stage in the formation of future doctors. According to the Bologna process it was developed a new program of medical practice, the main provisions do not always have an advantage in comparison with the experience of past years. Under the new program required amount of practical skills that students must master, was significantly reduced.

The industrial practice of students of the 4th course is held after the semester, often during the holidays. Therefore, the load per teacher increases, but the classroom hours will not be allocated. Also, twice reduced the duration of the therapeutic profile in the offices, which negatively affects at the level of mastery of skills and abilities.

In our opinion, the organization of the manufacturing practices of the past was more comfortable. Close cooperation of practical public health doctors and teachers of medical schools had a positive impact on the quality of future specialists. It is needed to review arrangements for the final control module learning medical practice.

Вступ. Сьогодні перед вищою медичною освітою стоїть найважливіше завдання – забезпечити високу професійну підготовку фахівців, тому що якість медичної допомоги безпосередньо залежить від рівня підготовки випускників медичних вузів.

В теперішній час організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульною системою, метою впровадження якої у вищих медичних навчаль-

них закладах України є підвищення якості вищої освіти фахівців і забезпечення на цій основі конкурентоспроможності випускників та престижу української вищої освіти у європейському і світовому освітньому просторі. Основними завданнями кредитно-модульної системи є:

– адаптація ідей Європейської кредитно-трансферної системи до системи вищої освіти України для

© Є. О. Воробйов, Т. І. Шевченко, С. І. Сорокіна та ін.

забезпечення мобільності студентів у процесі навчання та гнучкості підготовки фахівців, враховуючи швидкозмінні вимоги національного та міжнародно-ринків праці;

– надання та забезпечення можливості навчання студента за індивідуальною варіативною частиною освітньо-професійної програми, що сформована за вимогами замовників та побажаннями студента і сприяє його саморозвитку і відповідно підготовці до життя у вільному демократичному суспільстві;

– стимулювання учасників навчального процесу з метою досягнення високої якості вищої освіти;

– унормування порядку надання можливості студенту отримання професійних кваліфікацій відповідно до ринку праці.

Основна частина. Проведення виробничої практики на 4 курсі вищих медичних навчальних закладів України є важливим етапом у формуванні та становленні майбутнього лікаря.

Програма з виробничої практики студентів 4 курсу вищих медичних закладів III–IV рівнів акредитації складена для спеціальностей “Лікувальна справа” 7.110101, “Педіатрія” 7.110104, “Медико-профілактична справа” 7.110105 напрямку підготовки 1101 “Медицина” відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) та освітньо-професійної програми (ОПП) підготовки фахівців, затверджених наказом МОН України від 16.04.2003 р. № 239, та навчального плану, затвердженого наказом МОЗ України від 23.07.2007 р. № 414. Навчання за вищевказаними спеціальностями здійснюється протягом 6 років, з них перші 5 років – загальнолікарська підготовка [3]. Останні директиви по зміні положень виробничої лікарської практики для студентів 4 курсу вищих медичних закладів III–IV рівнів акредитації затверджені 1 червня 2009 р.

Мета проведення лікарської практики полягає у закріпленні практичних навичок в межах цілей, визначених в освітньо-професійній програмі підготовки фахівця:

– проводити опитування і фізикальне обстеження хворих та аналізувати їх результати;

– скласти план обстеження конкретного хворого залежно від особливостей клінічного перебігу захворювання;

– аналізувати результати основних лабораторних і інструментальних методів дослідження;

– визначати провідні патологічні симптоми і синдроми при найбільш поширених захворюваннях;

– проводити диференційну діагностику та визначати попередній діагноз найбільш поширених захворювань;

– планувати тактику ведення вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду;

– ставити попередній діагноз ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду;

– трактувати загальні принципи лікування, реабілітації і профілактики найбільш поширених захворювань;

– брати участь у наданні невідкладної медичної допомоги при ургентних станах;

– виконувати необхідні медичні маніпуляції;

– засвоїти знання морально-деонтологічних принципів медичного фахівця та принципів фахової субординації у клініці.

Завданням практики є закріплення знань і умінь, одержаних при вивченні основних клінічних і теоретичних дисциплін (обстеження хворого, встановлення клінічного діагнозу, призначення лікування) і подальше удосконалення практичних навичок, ознайомлення з організацією лікувальної справи та умовами роботи лікаря в місті і районі, а також закріплення навичок санітарно-просвітницької роботи.

Керівники виробничої практики аналізують роботу студентів у відділеннях, враховуючи їх дисципліну (студент не повинен мати пропусків днів практики), якість ведення Щоденника (обґрунтування і формулювання діагнозу, визначення плану обстеження і тактики лікування), якість оволодіння навичками клінічної, лабораторної та інструментальної діагностики, участь у наданні невідкладної медичної допомоги, застосування принципів етики та деонтології у практиці лікаря [3].

Згідно з новою програмою виробничої практики обсяг необхідних практичних навичок, якими повинен оволодіти студент, порівняно з минулими роками [1, 2, 5, 6, 7] був значно скорочений. Так, до обов’язкового переліку з терапії не потрапили визначення групи крові та резус-фактора, уміння переливати кров та її компоненти, кровозамінники, промивання шлунка, присутність на секціях померлих, внутрішньовенне введення розчинів, асистування при проведенні плевральної та абдомінальної пункцій, надання невідкладної допомоги при легеневій і шлунково-кишкової кровотечі, гострому отруєнні, анафілактичному шоці.

Відповідно до навчального плану, проходження лікарської практики передбачено у VIII семестрі, коли студентом набуті відповідні знання з основних клінічних дисциплін: внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії та акушерства.

Відповідно до наказу МОЗ України № 414 від 23.07.2007 р. обсяг практики студентів IV курсу складає 6,0 кредитів ECTS. Кількість годин – 180.

Виробнича практика (лікарська) студентів 4 курсу в обсязі професійних обов'язків у якості помічника лікаря стаціонару триває 4 тижні – по 1 тижню в терапевтичному, хірургічному, дитячому відділеннях і пологовому будинку (відділенні) [1, 2, 5, 6, 7]. Отже, згідно з новою програмою вдвічі зменшилась тривалість роботи (з 2-х до 1 тижня) у відділеннях терапевтичного профілю, що негативно відбивається на рівні опанування професійних навичок та вмінь. Важко уявити можливість гідного набуття практичних медичних знань студентами за такий короткий проміжок часу, коли в перший день вони лише знайомляться з роботою клініки, а через 3 дні вже необхідно підбивати підсумки.

Програма практики представлена одним модулем і структурована на 4 змістові модулі: внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії та акушерства.

Виробнича практика студентів 4 курсу проводиться після закінчення семестру і тому не має аудиторних годин. Як бази виробничої практики можуть виступати відділення районних і міських лікарень. Відповідно до нового навчального плану до складу модуля-1 з внутрішньої медицини включені цикли “Гастроентерологія”, “Ендокринологія”, “Гематологія”, “Пульмонологія” [4, 8, 9, 10, 11]. Під час виробничої практики немає реальної можливості закріпити всіх студентів за профільними відділеннями і навіть включно з відділеннями загальнотерапевтичного профілю, бо, як ми згадували раніше, термін практики скорочено, а отже кількість студентів у кожному з відділень відповідно збільшується.

Увесь час практики є самостійною роботою студентів. Поточна навчальна діяльність студентів контролюється керівниками – викладачами профільних кафедр від вищого навчального закладу та керівниками виробничої практики від бази.

Викладач – керівник практики від вузу кожного дня повинен контролювати і оцінювати роботу студентів відповідно до розрахункової шкали балів, що за період практики становить в сумі значення поточного модульного контролю.

Поточний контроль здійснюється відповідно до конкретних цілей на кожному змістовому модулі. Одним із видів діяльності студента та його контролю з боку керівника практики є ведення Щоденника

виробничої практики, який заповнюється студентом після кожного дня проходження практики та підписується керівником виробничої практики від бази та від навчального закладу [3].

З урахуванням того, що виробнича лікарська практика проводиться після закінчення навчального року, частіше у період відпусток, навантаження на одного викладача значно збільшується. На нашу думку, організація проведення виробничої практики минулих років була більш оптимальною. Керівники практики мали певні заохочення: матеріальні – від клінічної бази (начмеди, завідувачі відділень), куратори від вузу – додаткові педагогічні години. Подібні заходи сприяли більшій ефективності проведення цього важливого етапу навчання студентів-медиків. Тісна співпраця лікарів практичної охорони здоров'я і викладачів медичних вузів мала позитивний вплив на якість підготовки майбутніх фахівців.

Підсумковий контроль засвоєння модуля лікарської виробничої практики відбувається в останній день практики після її завершення. Контроль модуля проводиться викладачами профільних кафедр у присутності керівника виробничої практики від бази практики [3].

Але при додержанні вищевказаних вимог по проведенню підсумкового модульного контролю одночасно у всіх студентів з усіх профільних дисциплін значно знижується якість оцінювання набуття та засвоєння практичних навичок та вмінь по кожному з 4-х змістових модулів.

Висновки. З метою оптимізації проведення лікарської виробничої практики у медичних вузах вважаємо за доцільне:

1. Удосконалити принципи організації роботи студентів з урахуванням позитивного досвіду минулих років по тісній співпраці кураторів від вузів та керівників від клінічних баз.
2. Розширити перелік обов'язкових навичок та умінь, якими повинні оволодіти студенти.
3. Збільшити тривалість проходження практики з внутрішньої медицини з одного до двох тижнів.
4. Переглянути організаційні питання проведення модульного контролю студентами із складанням графіка підведення підсумків із кожної з профільних дисциплін.

Література

1. Алгоритми діагностики і лікування невідкладних станів у терапевтичній практиці / [Є. М. Стародуб, О. Є. Самогальська, Б. І. Рудик та ін.]. – Т. : ТДМУ, 2008. – 195 с.
2. Алгоритми практичних навиків у педіатрії : навч. посіб. / [О. С. Федорців, Т. О. Воронцова, У. М. Цідилко та ін.]. – Т. : Укрмедкнига, 2006. – 166 с.
3. Виробнича лікарська практика. Програма для студентів 4 курсу вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації. – Київ, 2009.
4. Внутрішні хвороби / [І. Ганджа, В. Коваленко, Н. Шуба та ін.]. – К. : Здоров'я, 2002. – 992 с.
5. Еталони практичних навиків з терапії : науково-методичний посібник / [Н. І. Швець, А. В. Підаєв, Т. М. Бенца та ін.]. – К. : Главмеддрук, 2005. – 540 с.
6. Посібник з еталонів техніки лікарських маніпуляцій і практичних навичок із загальної хірургії / [В. В. Скиба, В. В. Поканевич, О. В. Іванько та ін.]. – К., 2007. – 141 с.
7. Роздольський І. В. Невідкладні стани в хірургії : підручник / І. В. Роздольський. – К. : Медицина, 2009. – 144 с.
8. Синдромная диагностика в гастроэнтерологии / [А. Э. Дорофеев, В. М. Березов, Н. Н. Руденко и др.]. – Д. : Вебер, 2008. – 263 с.
9. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю. М. Мостового. – [Вид. сьоме, доп. і перероб.]. – Вінниця : ДП ДКФ, 2005. – 480 с.
10. Хворостинка В. Н. Клиническая эндокринология : учебник / В. Н. Хворостинка, В. Н. Лесовой, Т. А. Моисеенко. – Х. : Факт, 2008. – 541 с.
11. Хірургічні хвороби : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / П. Я. Чумақ, А. Я. Кузнецов, М. О. Рудий, О. П. Ковальов. – Т. : ТДМУ, 2006. – 487 с.

УДК 378.046.4:614.253.1/2.: [616-089.844+616.5-003.92]

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ІЗ КОМБУСТИОЛОГІЇ ТА ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Т. Г. Григор'єва, С. В. Коркунда, Г. А. Олійник, С. А. Голобородько

Харківська медична академія післядипломної освіти

MODERN ASPECTS OF POST-GRADUATE DOCTORS' TRAINING ON COMBUSTIOLOGY AND PLASTIC SURGERY

Т. Н. Hryhorieva, S. V. Korkunda, H. A. Oliynyk, S.A. Holoborodko

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Сучасна економічна ситуація вимагає розробки нових підходів в організації та проведенні післядипломного навчання в медицині. Підготовка до Євро-2012 в Харківському регіоні обумовила створення удосконалених планів та їх реалізацію щодо надання медичної допомоги при масових ураженнях. Післядипломне навчання з питань термічної травми представлено досвідом роботи кафедри комбустіології, реконструктивної та пластичної хірургії ХМАПО. Використання кредитно-модульної системи потребує постійного удосконалення викладачами свого професійного рівня та дозволяє проводити навчальний процес на сучасному інформаційно-технологічному рівні.

Economic situation today requires the development of new approaches of organization and implementation of post-graduate medical education. Preparation for Euro 2012 in Kharkiv region has led to the creation and realization of development plans of medical care at mass lesions. Post-graduate training for thermal trauma is introduced by experience of the Department Combustiology, Reconstructive and Plastic Surgery of KhMAPGE. The use of credit-modular system requires continuous improvement of teachers professional level and allows the realization of learning process in the modern information and technological level.

Вступ. В умовах економічної кризи, в тому числі в медицині, значно ускладнюється задача забезпечення відповідної матеріально-технічної бази для підвищення кваліфікації лікарів лікувально-профілактичних закладів. В той же час, слід визнати, погіршуються умови викладання клінічних дисциплін на тлі скорочення кількості ліжкового фонду базових клінік, погіршення умов реалізації педагогічного процесу, в тому числі і за рахунок нехтування складовими положення про клінічний лікувальний заклад, та неможливості або затримки з матеріально-технічним переоснащенням лікувального процесу тощо. В цих умовах значно підвищується роль і відповідальність профільних кафедр закладів післядипломної освіти в питаннях забезпечення своєчасного та якісного проведення навчальних заходів для працівників практичної охорони здоров'я [1].

Основна частина. Першочергове значення в сучасних умовах набувають нові підходи до організаційних принципів у проведенні циклів підвищення кваліфікації лікарів, а викладачам – переосмислення своєї ролі в удосконаленні професійного рівня відповідних фахівців. Значний внесок в стимулювання особистих

запитів фахівців до постійного підвищення ними теоретичних знань та практичних умінь створив наказ МОЗ України № 484 "Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах" [2], в якому закріплені організаційні заходи, оцінювані в балах, на період поміж атестаціями лікарів.

Нове слово в підвищенні якості післядипломної освіти мають сказати дистанційне навчання, кредитно-модульна система (КМС) програм підготовки і перепідготовки фахівців, яка активно втілюється в Україні [3]. Але досягнення на шляху реалізації цих програм цілком залежать від взаємодії організаторів системи охорони здоров'я, керівників лікувальних закладів та закладів післядипломної освіти, у тому числі їх професорсько-викладацького складу.

В умовах підготовки до проведення в 2012 році в Україні Чемпіонату Європи з футболу виникли додаткові проблеми, пов'язані з географічним розташуванням Харківської області і проходженням потужних транспортних артерій через райони області на Київ, Крим, Ростов, Белгород та інші напрямки. Разом з Головним управлінням охорони здоров'я Хар-

© Т. Г. Григор'єва, С. В. Коркунда, Г. А. Олійник, С. А. Голобородько

ківської облдержадміністрації були розроблені і сплановані заходи щодо поліпшення надання медичної допомоги потерпілим при ДТП, масових ураженнях, комбінованих, сполучених і термічних травмах на Харківщині. Головна роль кафедр ХМАПО в межах цих заходів – планове проведення циклів тематичного удосконалення з питань масових уражень для лікарів ЦРЛ, у тому числі з термічної травми.

Проблема опіків не втрачає своєї актуальності і сьогодні, до того ж набула міждисциплінарного поширення. Становлення і розвиток комбустіології в Україні відносяться до 60–70 років минулого сторіччя і пов'язані з іменами відомих вчених О. О. Шалімова, В. Д. Братуся, А. А. Федоровського, М. Ю. Повстяного, Д. Є. Пекарського, С. А. Поліщука та інших. Розроблені ними загальні принципи лікування опікової та холодової травми, поняття опікової хвороби – все це має клінічне значення, а нові сучасні розробки доповнюють та удосконалюють існуючі системи лікування. Більш того, світові технології комбустіологічної служби вже адаптовані в системі охорони здоров'я України і тому головне завдання профільної кафедри – донести ці знання до лікарів первинної ланки надання медичної допомоги [4]. Особливе значення це має тому, що перспективи щодо життя взагалі або якості життя в подальшому постраждалого від опіків значно залежать від кваліфікації медичної допомоги у перші години після отримання травми, коли пацієнт знаходиться в ЦРЛ. Особливості стадії реконвалесценції при опіковій хворобі також відображаються в необхідності у подальшому медичному обслуговуванні пацієнта по місцю його мешкання, і тому знання лікарів різних спеціальностей з питань відновлення опікових реконвалесцентів мають велике значення для забезпечення їх медичної і соціальної реабілітації.

Відповідно до розроблених планів проведення навчальних циклів тематичного удосконалення з питань термічної травми сумісно з Головним управлінням охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації та кафедрою комбустіології, реконструктивної та пластичної хірургії ХМАПО в 2009–2011 рр. було організовано навчальний процес по системі виїзних циклів. Така система організації навчального процесу дозволяє охопити велику кількість лікарів одного лікувального закладу одночасно, не вимагаючи при цьому їх перебування в ХМАПО. З економічної точки зору такий спосіб навчання є більш обґрунтованим в умовах скорочення витрат з бюджету на післядипломне удосконалення. Під час проведення занять викладачі використовують сучасні методики викладання – мультимедійні лекції дозволяють наочно

представляти теоретичну частину начального процесу та підтверджувати клінічними ілюстраціями в режимі фото та відео. Розроблені на кафедрі електронні посібники дозволяють більш ефективно проводити семінарські заняття та тестування, також ці посібники дозволяють лікарям ЦРЛ постійно мати на робочому місці допоміжну методичну інформацію в електронному або роздрукованому вигляді. Для проведення практичних занять також створені мультимедійні посібники, проводяться клінічні розгляди пацієнтів в ЦРЛ. Організовано відвідання операційної та перев'язочної Харківського опікового центру. Використання електронних посібників дозволяє проведення самостійної роботи лікарів-курсантів з подальшим контролем отриманих знань, що є відповідним до вимог КМС.

Така система організації та проведення навчального процесу підвищує вимоги щодо професорсько-викладацького складу: розробка нових, адаптованих до сучасних потреб закладів практичної охорони здоров'я навчальних програм, створення інформативних та ілюстрованих лекцій, електронних посібників, тестів, володіння комп'ютерними технологіями, вміння користуватися медичною літературою – усе це повинно базуватися на багатому власному клінічному досвіді. Інтенсивні зміни в організації лікувального процесу термічної травми в спеціалізованих центрах та відділеннях потребують створення методичних посібників для лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, і це також завдання викладачів профільної кафедри.

Висновки: 1. Сучасна економічна ситуація змінює умови організації післядипломного навчання як з боку лікувальних закладів, також і з боку закладів медичної післядипломної освіти.

2. На тлі скорочення бюджетних матеріально-технічних витрат на забезпечення лікувального та навчального процесу відповідальність лікарів та викладачів не зменшується.

3. Впровадження КМС дозволяє адаптувати навчальний процес до сучасних умов як з точки зору методології, також і технічного оснащення.

4. Організація кафедрою комбустіології, реконструктивної та пластичної хірургії ХМАПО планових виїзних циклів тематичного удосконалення дозволяє цілеспрямовано донести потрібну інформацію з питань термічної травми, не потребуючи при цьому значних бюджетних витрат. Така система організації навчального процесу дозволяє здійснювати співробітництво закладів практичної охорони здоров'я та навчальних закладів.

5. Впровадження КМС вимагає постійного удосконалення свого професійного та інформаційного рівня з

боку професорсько-викладацького складу профільних кафедр, що є позитивним та стимулюючим фактором.

Література

1. Хвисьок О. М. Шляхи оптимізації післядипломної освіти в Україні / О. М. Хвисьок // Післядипломна медична освіта : досвід і перспективи : тези наук.-метод. конфер. – Харків, 2008. – С. 3–5.
2. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ МОЗ України № 484 від 07.07.2009.
3. Більченко О. В. Тестовий контроль знань в кредитно-

- модульної системі підготовки лікарів-інтернів / О. В. Більченко // Післядипломна медична освіта : досвід і перспективи : тези наук.-метод. конфер. – Харків, 2008. – С. 26.
4. Коркунда С. В. Организационно-методические аспекты обучения коммерческим специальностям в медицине / С. В. Коркунда, Т. Г. Григорьева // Проблемы современной медицинской науки та освіти. – 2009. – № 2. – С. 8–9.

УДК 378.147.–0073–053.1–075.7

ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ СЛУХАЧІВ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

О. В. Грищенко, В. В. Бобрицька, Л. В. Дудко, Н. В. Лісіцина, С. В. Коровай,
В. Л. Дудко

Харківська медична академія післядипломної освіти

TECHNOLOGY PECULIARITIES OF LISTENERS'S PROFESSIONAL PREPARATION IN THE SYSTEM OF POST-GRADUATE EDUCATION

O. V. Hryshchenko, V. V. Bobrytska, L. V. Dudko, N. V. Lisitsyna, S. V. Korovay,
V. L. Dudko

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Педагогічна технологія – сукупність педагогічних та психологічних установок, що визначають спеціальний підбір і компонування форм, методів, способів, прийомів, виховних засобів. Технологічними утвореннями забезпечується можливість досягнення ефективного результату в засвоєнні слухачів, що набувають знань, умінь і навиків, розвитку їх особових властивостей і етичних якостей в одній або декількох суміжних галузях науково-виховної роботи, що є особливо актуальним у системі післядипломного навчання.

Pedagogical technology is an aggregate of the pedagogical and psychological settings, which determine the special selection and arrangement of forms, methods, method's receptions, educator facilities. Technological educations provide possibility of achievement of effective result in mastering of listeners, which acquire knowledges, abilities and skills, development of their personal properties and ethics qualities in one or a few contiguous areas of education-training work, which are especially actual in the system of post-graduate studies.

Вступ. Технологія навчання є сферою застосування системи наукових принципів до програмування процесу навчання і використання їх в освітній практиці з орієнтацією на детальні цілі навчання. Вона орієнтована більшою мірою на слухачів, а не на предмет, що вивчається; на перевірку практики (методів і техніки навчання), що склалася, в ході емпіричного аналізу і широкого використання різноманітних засобів у навчанні, визначає практику в тісному зв'язку з теорією навчання. Системний підхід у викладанні дозволяє вирішувати дидактичні проблеми, що відповідають заданим цілям, досягнення яких повинне піддаватися чіткому опису і визначенню. “Педагогічна технологія – це системний метод створення, вживання і визначення всього процесу викладання та засвоєння знань з урахуванням технічних і людських ресурсів та їх взаємодії, що ставить своїм завданням оптимізацію форм освіти” (ЮНЕСКО).

Педагоги всього світу відчувають особливу потребу в надійних педагогічних технологіях, здатних зробити освіту гнучкою, комбінованою, проблемною, направленою на активізацію і підвищення якості навчання.

Основна частина. Стрімкі зміни в сучасному суспільстві вимагають нових продуктивних підходів в підготовці кваліфікованих працівників. Розвиток науки створив ситуацію, коли інформаційний об'єм подвоюється кожні 18 місяців. Період, в якому існує сучасна наука та практика в усіх галузях, в тому числі і медичній, має назву інформаційної епохи [1]. Здобути освіту за один період і на все життя стає неможливим, тому педагоги всього світу мають особливу потребу в надійних педагогічних технологіях, здатних зробити освіту гнучкою, комбінованою, проблемною, направленою на активізацію і підвищення якості навчання.

На сьогодні модульне навчання у вищій школі розглядається як одна з головних умов успішного вживання активних форм навчання, що посилено розвиваються останніми роками. Єство модульного навчання полягає в тому, що зміст навчання структурується в автономні організаційно-методичні блоки – модулі, зміст і об'єм яких можуть варіювати залежно від дидактичних цілей, профільної і рівневої диференціації тих, що вчать, бажань тих, що вчаться, по вибору індивідуальної траєкторії руху по навчальному курсу. При

© О. В. Грищенко, В. В. Бобрицька, Л. В. Дудко та ін.

вивченні студентами модулів за кожен з них повинна нараховуватися певна кількість кредитів (залікових одиниць), виступаючих як міра трудомісткості навчальної роботи. Саме ці етапи виражають сукупність всіх складових навчального процесу. Обов'язковою складовою навчального модуля є оцінювання рівня його освоєння слухачем, що дає можливість розосередити протягом навчального періоду контрольні заходи, стимулюючи слухачів до регулярної роботи впродовж всього періоду навчання.

Одне з головних завдань модульного навчання у вищій школі – забезпечити багатоаспектність подачі навчального та наукового матеріалу і підвищити академічну мобільність та компетентність кожного слухача на основі індивідуальної навчальної програми й індивідуального темпу її освоєння. Використання модульної системи планування і організації навчального процесу сприяє розвитку навиків творчої і аналітичної роботи студентів, уміння самостійно шукати і організувати інформацію з метою конструювання нових знань.

В останні десятиріччя поняття “модуль” достатньо інтенсивно досліджується в плані розгляду і розробки вмісту самого поняття, його структурної організації, характеристик. Фахівці сходяться на тому, що в поняття модуля як необхідні компоненти значення входять закінченість, самостійність і комплексність. Під “модулем” в системі післядипломної освіти визначається самостійна навчальна одиниця знань, об'єднаних певною метою, методичним керівництвом освоєння цього модуля і контролем за його освоєнням.

Педагогічна техніка – це використання в рамках даної моделі навчання засобів і прийомів в їх взаємодії.

Досягнення вимог рівня знань під час вивчення тих чи інших спеціальних дисциплін вимагає урізноманітнення методів їх досягнення, та проведення занять в тій чи іншій взаємно-активній формі. В технології педагогіки можливо визначити конкретні види занять, що мають найбільшу ефективність [2].

Бесіда – форма організації заняття, при якій обмежена дидактична одиниця передається в інтерактивному інформаційному режимі для досягнення локальних цілей виховання і розвитку. Залежно від зміни напрямів інформаційних потоків в часі розрізняється декілька різновидів бесіди: з паралельним контролем, з передконтролем, з контролем після заняття та інші.

У формі бесіди проводяться семінарські заняття та семінари-конференції.

Лекція – форма організації заняття, в якій укрупнена дидактична одиниця передається в екстраактивному інформаційному режимі для досягнення гло-

бальних цілей виховання і локальних цілей розвитку. Передбачає одночасну роботу викладача з великою аудиторією, хоча лекційне заняття може бути дуже ефективним і в малих групах (до 10 осіб).

Плановані результати навчання – що визначаються і методично виражені – зокрема можуть бути представленими у вигляді систем завдань.

Практикум (практичне заняття) – форма організації заняття, в якій склад слухачів ділиться на групи (можливі варіанти з гомогенними і з гетерогенними групами за стажем, кваліфікаційними категоріями). Групи отримують завдання на певний час, після закінчення якого звітують про результати, а потім завдання циклічно міняються від групи до групи. Теми занять відповідають програмі та затвердженому навчальному плану.

Семінар – форма організації заняття, в якій укрупнена або обмежена дидактична одиниця передається в інтерактивному інформаційному режимі для досягнення локальних цілей освіти і глобальних цілей розвитку.

Система завдань – сукупність завдань до блоку модулів по темі, що вивчається, та задовольняє такі вимоги [3].

1. Повнота. Наявність завдань на всі поняття, що вивчаються, факти, способи діяльності, включаючи мотиваційні, такі, що підводять під поняття, на аналогію, вихід з фактів і інше.

2. Наявність ключових завдань. Групування завдань довкола об'єднуючих центрів – завдань, в яких розглядаються факти або способи діяльності, що вживані при вирішенні інших завдань і мають принципове значення для засвоєння предмета.

3. Зв'язність. Вся сукупність завдань представляється зв'язним комплексом, в основі якого – ключові завдання, вище за них – підготовчі і допоміжні, нижче – похідні дані, узагальнення і так далі.

4. Зростання важкості в кожному рівні. Система складається з трьох підсистем, відповідних мінімальному, загальному і просунутому рівням планованих результатів навчання. У кожній з підсистем важкість завдань безперервно збільшується. Оцінка проводиться в балах, чи у відсотках правильних відповідей.

5. Цільова орієнтація. Для кожного завдання визначено його місце і призначення в блоці завдань.

6. Цільова достатність. Достатня кількість завдань для удосконалення знань і умінь, аналогічних завдань для закріплення методів рішення, завдань для індивідуальних і групових занять, завдань для самостійної (у тому числі дослідницької) діяльності, для поточного і підсумкового контролю з урахуванням різноманітних варіантів.

7. Психологічна комфортність. Система завдань враховує наявність різних темпераментів, типів мислення, видів пам'яті. Наприклад, є завдання для усних вправ, для письмового виконання, для читання.

Освітня технологія – система, що включає демонстрацію планованих результатів навчання, засобів діагностики поточного стану слухачів, безліч моделей навчання і критерії вибору оптимальної моделі освіти для даних конкретних умов.

Тип заняття визначається провідною метою, тобто відповідним до неї модулем. Тип заняття не залежить від часу, займаного провідним модулем. Один модуль може бути комплексом різноманітних за технологією проведення занять.

Висновки. Технологія навчання є сферою застосування системи наукових принципів до програму-

вання процесу навчання і використання їх в освітній практиці з орієнтацією на детальні і допускаючі оцінку цілі навчання; вона орієнтована більшою мірою на слухача, а не на предмет, що вивчається; на перевірку практики (методів і техніки навчання).

Одне з головних завдань модульного навчання у вищій школі – забезпечити багатоаспектність подачі навчального та наукового матеріалу і підвищити академічну мобільність та компетентність кожного студента на основі індивідуальної навчальної програми й індивідуального темпу її освоєння. Використання модульної системи планування і технологій організації навчального процесу сприяє розвитку навиків творчої і аналітичної роботи слухачів, уміння самостійно шукати і організовувати інформацію з метою конструювання нових знань.

Література

1. Каптерев А. И. Информатизация социокультурного пространства / А. И. Каптерев. – М. : ФАИР-ПРЕСС, 2004. – 507 с.
2. Педагогика : учебник / под ред. Л. П. Крившенко. – М. :

Прспект, 2004. – 429 с.

3. Олейник Н. М. Тест как инструмент измерения уровня знаний и трудности заданий в современной технологии обучения : Уч. пособие. / Н. М. Олейник. – Донецк, 2009.

УДК 661.31:614.253.4:378.147:336.77

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПІСЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

О. В. Громов, П. Г. Герасимчук, М. О. Коваленко, Р. А. Котелевський

Дніпропетровська державна медична академія

THE WAYS OF PRACTICAL PREPARATION IMPROVEMENT OF STUDENTS-STOMATOLOGISTS AFTER THE INTRODUCTION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM

O. V. Hromov, P. H. Herasymchuk, M. O. Kovalenko, R. A. Kotelevskyi

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті розглянуто об'єм і перелік практичних навичок, які відпрацьовуються на практичних заняттях і виробничій практиці, відповідно до вимог Болонської декларації.

The peculiarities of practical skills that students have to know and be able to do are presented in this article. The volume and enumeration of the student's skills are written according to the requirement of the Bologna declaration.

Вступ. Відповідно до положень Болонської декларації, важливим завданням є значне підвищення якості освіти та формування навичок до самостійної роботи. Це надає можливість стоматологічним дисциплінам адаптуватися до процесів, які відбуваються в Європі. На додипломному рівні необхідно студенту надати широку теоретичну і практичну підготовку, навчити оновлювати свої знання і практичні навички. При впровадженні кредитно-модульного навчання дуже перспективною для викладачів є можливість обмінюватися досвідом з викладачами інших ВНЗ України та інших країн Європейського Союзу. Аналогічні можливості надаються і студентам, це забезпечується впровадженням єдиних теоретичних та практичних вимог до них.

Через зміни форми проведення виробничої практики важливо розробити методики засвоєння і відпрацювання практичних навичок згідно з вимогами Болонської декларації та документа "Профіль і компетентність сучасного європейського стоматолога" [1, 2, 3].

Основна частина. В останні роки з впровадженням тестування "Крок-2" покращилися теоретичні знання студентів-стоматологів, але збільшилась кількість студентів, які майже не працювали на фантомах. Випускники повинні вміти обстежити хворого, встановити діагноз, скласти план лікування і вилікувати нескладну патологію зубощелепної системи. Один із шляхів вирішення вказаної проблеми може

бути організація індивідуальних робочих місць, оснащених зуботехнічними бормашинами, та наявність тематичних фантомів на практичних заняттях студентів 2–5 курсів.

Стоматологічні поліклініки, на базі яких займаються студенти, не мають фантомів для відпрацювання необхідних практичних навичок, а їх керівники не знайомі з бальною оцінкою. Згідно з вимогами Болонської декларації студенти не можуть виконувати лікувальні маніпуляції на пацієнтах. Важливим моментом у підготовці майбутніх лікарів буде ліквідація виїзної практики за місцем проживання, яка в більшості випадків проходить без контролю викладачів.

Для уніфікації практичних навичок під час навчання (переліку їх кількості) головним кафедрам потрібно розробити і затвердити робочі програми. Години, які виділяються на виробничу практику, необхідно розподілити по семестрах залежно від кількості практичних навичок, які треба відпрацювати. Розподіл практичних навичок по семестрах дозволяє студентам при переводі в інший навчальний заклад продовжувати навчання без додаткових відпрацювань цих навичок.

Дуже важливим є розробка та випуск недорогих тематичних фантомів з різними видами патології зубощелепної системи, які підлягають протезуванню. Можливо, на кафедрах пропедевтики або в зуботехнічних школах вони вже є в наявності та ними широко користуються.

© О. В. Громов, П. Г. Герасимчук, М. О. Коваленко, Р. А. Котелевський

Процес формування практичних навичок включає в себе оволодіння необхідних теоретичних знань і відпрацювання на практичних заняттях мануальних навичок, які так необхідні стоматологу-ортопеду в майбутньому при розв'язанні професійних задач.

Ми пропонуємо варіант для обговорення переліку практичних навичок для студентів під час навчання та виробничої практики.

1. Обстеження ортопедичного хворого – 30
 - 1.1. Суб'єктивні методи
 - 1.2. Об'єктивні методи
 - 1.3. Інструментальні та апаратні методи дослідження
 - 1.4. Оцінка слизової оболонки
 - 1.5. Оцінка стану пародонта зубів
 - 1.6. Занесення даних обстеження в амбулаторну карту
 - 1.7. Складання плану підготовки хворого до ортопедичного лікування
 - 1.8. Визначення конструкцій зубних протезів
2. Препарування зубів під коронки – 20
3. Отримання анатомічних відбитків для виготовлення вкладок, вінірів – 10
4. Отримання анатомічних відбитків для виготовлення штучних коронок – 20
5. Отримання анатомічних відбитків для виготовлення часткових знімних протезів – 10
6. Отримання анатомічних відбитків для виготовлення повних знімних протезів – 2
7. Визначення центральної оклюзії та співвідношення щелеп – 10
8. Припасування штучних коронок та мостоподібних протезів – 10
9. Підготовка та фіксація незнімних протезів – 5
10. Припасування індивідуальних ложок – 5
11. Накладання та корекція знімних протезів – 10

Література

1. Згуровський М. З. Стан та завдання вищої освіти України в контексті Болонського процесу / М. З. Згуровський. – К.: УВЦ – Вид. “Політехніка”, 2004. – 76 с.
2. Баркалова Е. Л. Організація навчального процесу в контексті впровадження кредитно-модульної технології /

12. Припасування шинуючих конструкцій – 5
13. Виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками – 2
14. Ортопедичне лікування патологічної стертості – 5
15. Ортопедичне лікування захворювань ВНЩС – 2
16. Ортопедичне лікування при вторинній деформації зубних рядів – 2
17. Встановлення абатментів – 1
18. Зняття відбитків з імплантатів: звичайний, за допомогою ковпачків та трансферів – 2

Висновки: 1. Вирішення даної проблеми адаптує методику відпрацювання практичних навичок у кожному навчальному закладі до вимог Болонської декларації та документа “Профіль і компетентність сучасного європейського стоматолога”.

2. Проведення виробничої практики на практичних заняттях під керівництвом викладача надає можливість диференційної оцінки якості засвоєння практичних навичок згідно з вимогами кредитно-модульної системи.

3. Використання індивідуальних робочих місць для студентів, оснащених зуботехнічними бормашинами, та наявність тематичних фантомів при відпрацюванні мануальних навичок на клінічних базах зменшують витрати вузів на оснащення і збільшують їх можливості незалежно від площі.

4. Налагодження випуску тематичних фантомів допоможе уніфікувати практичні навички та зробити їх сучасними.

5. Покращення практичної підготовки спеціалістів знайде гідну оцінку в країнах, звідки приїжджають навчатися студенти, і приведе до їх збільшення.

Запрошуємо всі зацікавлені сторони в покращенні відпрацювання практичних навичок студентами до обміну досвідом та своїми пропозиціями.

- Е. Л. Баркалова // Медична освіта. – 2007. – № 4. – С. 13–15.
3. Косенко К. М. Методичні аспекти формування у студента-стоматолога практичних навичок та умінь / К. М. Косенко // Вісник стоматології. – 2006. – № 3. – С. 89–90.

УДК 378.147.88+616].001.89

ЗНАЧЕННЯ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ В БОЛОНСЬКІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ ОРГАНІЗАЦІЯ НА КАФЕДРИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Н. В. Грона, В. В. Коломієць, К. А. Бобришев, Н. В. Ванханен, Б. А. Півнів

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

SIGNIFICANCE OF RESEARCH WORK IN STUDENTS' EDUCATION AND ITS ORGANIZATION AT INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT IN BOLOGNA EDUCATION SYSTEM

N. V. Hrona, V. V. Kolomiyets, K. A. Bobryshev, N. V. Vanhanen, B. A. Pivniev

Donetsk National Medical University by M. Horky

У статті йдеться про значення науково-дослідної роботи в навчанні студентів 6-го курсу та її організацію на кафедрі внутрішньої медицини в умовах Болонської системи.

This article shows the significance of research work in 6-year course students' study and its organization at internal medicine department in Bologna education system.

Вступ. Розвиток науки, досягнення в галузі біології та медицини, поява нових напрямків фундаментальних досліджень збільшують потребу у висококваліфікованих лікарських кадрах, вимагають зміни концепції медичної освіти в цілому [1]. Болонська система навчання припускає передусім активну участь студентів в науково-дослідній роботі кафедр спільно з викладачами, як найважливішу складову усього процесу підготовки молодих фахівців у вищому навчальному закладі. Європейські країни, що підписали Болонську декларацію, узгодили спільні вимоги, загальні критерії та стандарти національних систем вищої освіти і домовилися про створення єдиного європейського освітнього і наукового простору. Спільною метою європейської інтеграції в освіті в рамках Болонського процесу є підвищення якості освіти. Одним з найважливіших засобів досягнення цієї мети є організація самостійної творчої роботи студентів. Внаслідок приєднання до Болонського процесу Українська доктрина розвитку медичної освіти повинна повністю відповідати прийнятим в Болонській системі критеріям [3]. Професійна підготовка лікаря тим більше повинна включати його участь в творчій науковій діяльності, оскільки вся лікувальна діяльність лікаря є свого роду науковою творчістю, з одного боку, і молодий лікар повинен, з іншого боку, зрозуміти і засвоїти ту істину, що впродовж усієї його професій-

ної діяльності він зобов'язаний поповнювати і удосконалювати свої уміння.

Метою цієї роботи є обговорення доцільності і шляхів залучення студентів 6 курсу під час навчання терапії на кафедрі внутрішньої медицини до виконання самостійних наукових досліджень під керівництвом викладачів кафедри.

Основна частина. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького за свою більш ніж 70-річну історію підготував тисячі учених-лікарів і має великий практичний досвід підготовки наукових кадрів, солідну науково-дослідну базу для проведення наукових досліджень, друковані видання для публікації їх результатів і відпрацьовану систему організації науково-дослідної роботи студентів з проведенням щорічної підсумкової наукової конференції. Таким чином, наукова робота студентів університету цілком може бути забезпечена науково-технічною базою і високопрофесійним керівництвом. Кафедра внутрішньої медицини, що здійснює підготовку студентів на випускному курсі, базується в трьох найбільших клінічних лікарнях м. Донецька – центральній міській лікарні № 3, Дорожній лікарні та центральній міській лікарні № 2. Оснащення університету, кафедри і базових лікувальних установ дозволяє проводити сучасні дослідження в галузі кардіології, гастроентерології, ревматології, пульмонології, нефрології та

ендокринології, а поліклініки є базою для досліджень в галузі профілактичної кардіології, впровадження результатів наукових досліджень – нових методів діагностики і лікування, а також оцінки ефективності прогностичних програм.

На початку навчального року всі студенти, що бажають виконувати наукові дослідження, отримують тему наукових досліджень. Залучення студентів випускного курсу до наукової роботи сприяє їх професійній підготовці, вибору з їх числа найбільш здібних і обдарованих студентів і вихованню творчого підходу до діагностичного, лікувального, профілактичного процесу. Звичайно, навчальні плани і лекції містять матеріали, що відбивають сучасний стан світової науки. Проте, враховуючи темпи отримання нової інформації і оновлення наших уявлень про етіологію, патогенез, діагностику, лікування і можливості профілактики захворювань, необхідно навчити студентів постійно самостійно оновлювати свої знання, виховати в них творчий підхід до своєї майбутньої роботи. У зв'язку з цим доречно згадати давній крилатий вислів про те, що студент – це не посудина, яку треба наповнити, а факел, який треба запалити. Провідною метою навчання є розбудити у молоді прагнення до творчості, бажання і уміння вчитися на рівні сучасних вимог. І, безумовно, залучення студентів до виконання науково-дослідної роботи кафедри, їх спілкування в процесі її планування і виконання з викладачем, доцентом, професором може служити досягненню цієї мети.

Залучення студентів до наукових досліджень є обов'язковою складовою Болонської системи освіти [3]. Болонська декларація підкреслює, що наукові дослідження є рушійною силою вищої освіти. В той же час саме Болонська система з її жорсткою організацією, регулюванням заняття створює певні труднощі в організації наукової роботи. Дійсно, велика увага приділяється тестовому контролю, який проводиться на початку і в кінці заняття. Навчання будується відповідно до принципів алгоритмізації, стандартизації і відпрацювання практичних навичок до автоматизму [4]. Саме в цих умовах особливо важливе залучення студентів до наукової роботи, оскільки науково-дослідна діяльність трансформує знання, що отримуються на заняттях, в ідеї, гіпотези, концепції і практичні рішення, що робить навчання набагато привабливішим і результативнішим.

Заняття науковою роботою дозволяють студентам освоювати методи дослідження – інструментальні і лабораторні – вільніше трактувати їх результати і глибше розуміти їх значення для постановки діагнозу, вибору лікування і оцінки прогнозу.

Сама професійна діяльність лікаря ставить особливі вимоги до підготовки випускників медичного університету. Вони повинні уміти працювати з новою медичною літературою, користуватися бібліотеками, електронними виданнями, уміти отримувати нову інформацію в Інтернеті, і розуміти значення наукової інформації для лікаря. Доведено, якщо в середині ХХ століття знань, отриманих в медичному інституті, вистачало лікареві майже до кінця його професійної діяльності, до кінця минулого століття – приблизно на 10 років, то нині знання застарівають в середньому за три роки. Тому лікар має бути зацікавлений в постійному поповненні і оновленні своїх знань, навчитися поглиблювати свої уявлення про патофізіологічні механізми розвитку захворювань, нові діагностичні прийоми і орієнтуватися у величезному арсеналі фармацевтичних засобів з урахуванням даних доказової медицини [1].

Науково-дослідна робота спрямована на формування у студентів творчих здібностей, виховання здатності до саморозвитку не лише під час навчання в університеті, але і в подальшій професійній діяльності. В той же час виконання науково-дослідної роботи збільшує привабливість навчання і сприяє його інтенсифікації і результативності [2].

Прагнення до наукового пошуку органічно для сучасного студента. Останніми роками інтерес студентів до наукової роботи зростає – все більше студентів звертається на кафедру з питаннями про можливість займатися науковими дослідженнями, причому це студенти різних курсів, а не лише випускного. Проте на 6 курсі, коли вони знаходяться на кафедрі, повний робочий день впродовж двох місяців, безпосередньо беруть участь в лікувальному процесі, самостійно куруючи хворих в якості помічників лікаря, безпосередньо працюючи з історіями хвороб, в яких вони щоденно пишуть щоденники спостереження за хворим, первинні огляди і епікризи, чергуючи разом з черговим лікарем вночі, потім працюючи в поліклініці на прийомі і викликах, можливість виконати наукову роботу збільшується. Кожного тижня проводяться клінічні і клініко-анатомічні конференції з обов'язковою участю студентів, що навчаються на кафедрі. Студентська група готує представлення історії хвороби одного або двох пацієнтів з включенням результатів поглиблених лабораторних і інструментальних досліджень, з аналізом сучасної наукової медичної літератури. Студенти охоче виконують як самостійні роботи, так і беруть участь в дослідженнях співробітників кафедри і, у тому числі, включаються у виконання науково-дослідної роботи кафедри.

Активне залучення студентів до наукової роботи ставить підвищені вимоги і до викладачів, які повинні використовувати результати досліджень при проведенні заняття, зіставляючи їх зі світовими досягненнями.

Як правило, для виконання наукових досліджень студенти об'єднуються в маленькі творчі групи – по 3–5 чоловік. Це навчає їх колективної роботи і одночасно підвищує відповідальність кожного за результати її виконання. Результати досліджень обговорюються на засіданнях наукового студентського гуртка і на підсумковій студентській конференції, в роботі якої беруть участь усі студенти курсу, і кожен може виступити в обговоренні доповідей. Найважливішим результатом є здатність більшості студентів легко справлятися з рішенням тестових завдань, у тому числі при складанні державного ліцензійного іспиту “Крок-2”, де наші студенти впродовж ряду років показували кращі в Україні результати.

В умовах глобальної економічної і науково-технічної конкуренції, у тому числі в медицині, здатність українського народу створювати нові технології і ефективно впроваджувати їх в практику стає сьогодні головним чинником підвищення благополуччя нації і незалежності України в Європі і світі. Інтелектуальна власність і наукові розробки є у сучасному світі найважливішим чинником економічного і соціального зростання [5].

Участь в наукових дослідженнях допомагає націлити студентів на безперервну освіту, система якої має бути пріоритетною в медицині, на прагнення вчитися впродовж усього життя, підвищувати кваліфікацію відповідно до вимог ринку праці і інтересів власної професійної кар'єри.

Література

1. Безюк Н. Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи / Н. Н. Безюк // Медична газета “Здоров'я України XXI сторіччя”. – 2008. – № 5. – С. 36–37.
2. Гальтон Ф. Наследственность таланта : законы и последствия / Ф. Гальтон; пер. с англ. – М. : Мысль, 1996. – 387 с.
3. Про затвердження Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004–2005 роки: наказ МОЗ України № 49 від

Виконання науково-дослідної роботи в студентські роки під керівництвом вчених забезпечує великому числу майбутніх лікарів можливість користуватися сучасними досягненнями науки і передових технологій, сприяє виробленню навичок аналізу результатів обстеження і лікування хворого, ухвалення рішень в складних нетипових ситуаціях, розширює професійний і загальний кругозір.

В умовах Болонської системи, коли зростає роль самостійної роботи студентів, залучення студентів випускного курсу до виконання науково-дослідної роботи набуває особливо важливого значення, дозволяючи управляти їх самостійною професійною підготовкою.

Підготовка студентами наукових публікацій (статей, тез, доповідей) вимагає від них ознайомлення із статистичними методами аналізу, що дозволяє їм інакше з цікавістю сприймати соціальну медицину і організацію охорони здоров'я, що переважно базуються на вивченні статистичних методів.

Доповіді на конференціях привчають студентів до публічних виступів, дискусій, уміння послідовно і чітко викласти суть проблеми, відповідати на питання, знаходити і використовувати переконливі аргументи. Студенти, проявивши себе в наукових дослідженнях певним чином, залучаються до написання в співавторстві з викладачами наукових статей, монографій, посібників, підготовці матеріалів для патентування.

Висновок. Таким чином, науково-дослідна робота є важливим компонентом Болонської системи навчання студентів випускного курсу на кафедрі внутрішньої медицини.

23.01.04.

4. Сивакова О. В. Уровень сформированности логического мышления студентов-медиков / О. В. Сивакова // Вестник Московского университета. Серия 20: Педагогическое образование. – 2010. – № 3. – С. 125–138.

5. Уваркіна О. В. Системний підхід в організації наукової роботи студентів / О. В. Уваркіна // Сучасні проблеми науки та освіти : матер. 7-ї міждисциплінарної наук.-практ. конф. – Сімеїз, 2006. – С. 231.

УДК 371.322+376.66+378.147+617

ДОСВІД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ

I. М. Гудз, С. М. Геник, Д. С. Михальчук, І. В. Дмитрів, А. В. Симчич
Івано-Франківський національний медичний університет

STUDENTS' STUDY EXPERIENCE ON THE FACULTY OF FOREIGN CITIZENS TRAINING AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM OF EDUCATION

I. M. Hudz, S. M. Henyk, D. S. Myhalchuk, I. V. Dmytriv, A. V. Symchych
Ivano-Frankivsk National Medical University

Проведено аналіз стану вивчення загальної хірургії в Івано-Франківському національному медичному університеті студентами 2 і 3 курсів факультету підготовки іноземних громадян за спеціальностями “Лікувальна справа” і “Педіатрія”. Перехід на систему навчання відповідно до засад кредитно-модульної системи є прогресивним і ефективним, проте зобов’язує зберегти всі позитивні надбання та досягнення в галузі медичної освіти, які здійснено в нашому університеті за 65 років функціонування.

The analysis of study of general surgery at Ivano-Frankivsk National Medical University by students of the 2nd and the 3rd courses of the faculty of foreign citizens training on specialties “Medicine” and “Pediatrics” was performed. Transition to the training system in accordance with the principles of credit-modular system is progressive and efficient, but it is the requirement to preserve the all positive achievements and advances in medical education, which are made in our university during 65 years of its functioning.

Вступ. У зв’язку з вимогами часу світова спільнота робить все більший поступ у напрямку взаємної інтеграції в дуже багатьох аспектах життєдіяльності суспільства. Один з найвагоміших серед них є адаптація та інтеграція в освітній галузі. В Україні, як одній з держав пострадянського простору, наявний унікальний багатолітній досвід, всесвітньо відомі школи, в яких отримує фахову підготовку величезна кількість учнів, студентів тощо. Тому, рухаючись в напрямку адаптації, інтеграції з європейськими і світовими освітніми закладами, ми зобов’язані зберегти всі позитивні досягнення в галузі освіти і відкинути все, що перешкоджає інтеграційним процесам.

Івано-Франківський національний медичний університет в жовтні 2010 року перетнув 65-літній рубіж у своєму функціонуванні з моменту заснування. Завдяки плеяді визначних постатей (керівників, науковців, викладачів) в університеті сформована високоєфективна система навчання студентів (а сьогодні – ще й післядипломної освіти: магістратура, інтернатура, аспірантура, клінічна ординатура, докторантура, курси тематичного удосконалення, передатестаційні цикли тощо).

Випускники університету працюють як в Україні, так і за її межами. Рівень їхньої професійності, як пра-

вило, завжди є таким, що доводить високу якість освіти, отриманої в нашому ВНЗ. Все це та багато інших факторів визначають необхідність передбачуваної, виваженої і обдуманної поведінки при здійсненні інтеграційних процесів. Перш за все, це стосується переходу на систему навчання відповідно до засад кредитно-модульної системи освіти.

Основна частина. На кафедрі загальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету відповідно до типової навчальної програми здійснюється викладання у студентів 2, 3 і 6 курсів за спеціальностями “Лікувальна справа” і “Педіатрія” медичного факультету (громадяни України) та факультету підготовки іноземних громадян (громадяни інших держав).

Навчальна програма є єдиною як для студентів-українців, так і для студентів-іноземців. Викладання в останніх проводиться протягом останніх 6 років українською, російською і англійською мовами.

Студенти 2 курсу на нашій кафедрі вивчають змістовий модуль “Особливості догляду за хворими хірургічного профілю”, що фактично являє собою проходження практики по догляду за хворими. Модуль в цілому складає 50 годин (2 кредити ECTS). 3

© I. М. Гудз, С. М. Геник, Д. С. Михальчук та ін.

них 27 годин практичних занять та 23 години самостійної роботи. Навчання відбувається в IV (весняному) семестрі.

Поряд з циклом догляду за хворими хірургічного профілю студенти також проходять ще два цикли практики по догляду за хворими – терапевтичного профілю та педіатрії, відповідно, на кафедрах пропедевтики внутрішніх хвороб і пропедевтики дитячих хвороб. Це в цілому складає дисципліну “Догляд за хворими (практика)”.

Студенти 3 курсу під час V (осіннього) семестру на нашій кафедрі вивчають дисципліну “Загальна хірургія з оперативною хірургією та топографічною анатомією” та паралельно проходять змістовий модуль сестринської виробничої практики “Основні обов’язки та професійні дії медичної сестри хірургічного відділення”. Остання, як і практика по догляду за хірургічними хворими, є однією з трьох складових (поряд з циклами сестринської практики в терапії і педіатрії) єдиної дисципліни. Модуль по сестринській виробничій практиці “Основні обов’язки та професійні дії медичної сестри хірургічного відділення” складає 40 годин (1,25 кредиту ECTS), з яких 27 годин практичні заняття та 13 годин самостійної роботи студентів.

За програмою вивчення загальної хірургії в V (осінньому) семестрі студенти вивчають модуль “Введення в хірургію. Невідкладні хірургічні стани. Основи анестезіології і реанімації”. Він складає 82 години (2,5 кредити ECTS), з яких 16 годин лекцій, 36 годин практичних занять та 30 годин самостійної роботи студентів.

Під час VI (весняного) семестру студенти 3 курсу вивчають модуль “Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи клінічної онкології. Курація хірургічних хворих”, закінчуючи цим вивчення дисципліни “Загальна хірургія з оперативною хірургією та топографічною анатомією”. Модуль складає 96 годин (3 кредити ECTS), з яких 14 годин лекцій, 44 години практичних занять та 38 годин самостійної роботи студентів. Всі вищеописані модулі завершуються оцінюванням рівня знань, практичних навичок і вмінь студентів, яке проводиться у вигляді підсумкового модульного контролю.

Студенти 6 курсу вивчають модуль “Симптоми і синдроми в хірургії”, який складається із 4 змістових модулів: з них змістові модулі “Загальні питання хірургії” та “Клінічні прояви хірургічних хвороб” вивчаються на кафедрі загальної хірургії. Це складає 243 години (8 кредитів ECTS) і включає 132 години практичних занять та 111 годин самостійної роботи.

Таким чином, наявні суттєві зміни в навчальній програмі як другокурсників, так і студентів третього

року навчання у порівнянні з навчальною програмою, за якою викладалася дисципліна “Загальна хірургія” до переходу на засади кредитно-модульної системи освіти. Слід проаналізувати всі сторони цього процесу, оскільки викладання у студентів факультету підготовки іноземних громадян доповнюється ще деякими важливими обставинами.

Отже, надбаннями, які вже зарекомендували себе як ефективні, вважаємо такі:

- рейтингова система оцінювання рівня знань студентів;

- збільшення тривалості літніх канікул в зв’язку з проходженням виробничих практик на 2 і 3 курсах під час навчання;

- зростання контролю з боку викладачів за процесом вивчення і засвоєння студентами практичних навичок і вмінь.

Питання, які, на нашу думку, потребують подальшого доопрацювання, є:

- ущільнення навчальної програми та зумовлене ним зменшення часу викладення окремих тематик;

- відсутність лекційних годин на 2 курсі з дисципліни “Догляд за хворими (практика)”;

- ущільнення лекційного матеріалу на 3 курсі з циклу “Загальна хірургія”;

- необхідність оцінювання рівня знань студентів на кожному занятті при проходженні ними виробничих практик зменшує час їхньої практичної діяльності в клінічних відділеннях;

- збільшення кількості нормативних документів, обов’язкових до заповнення;

- поділ етапу оцінювання кінцевого рівня знань студентів з дисципліни “Загальна хірургія” на підсумкові модульні контролю (в кінці V і VI семестрів), що певною мірою розриває цілісність засвоєння студентом дисципліни, яка була раніше при підготовці до одного іспиту. Зважаючи на вищенаведені аргументи, можна підсумувати, що організація підготовки студентів як на виробничих практиках 2 і 3 курсів, так і по циклу “Загальна хірургія” потребує вдосконалення. І обов’язковим є, на нашу думку, зберегти той рівень організації навчання, який був до переходу на засади кредитно-модульного навчання, та сприяти його постійному зростанню.

Надання освітніх послуг для студентів факультету підготовки іноземних громадян на кафедрі загальної хірургії ІФНМУ здійснюється аналогічно, як і для студентів громадян України та у повній відповідності до затверджених державних нормативних документів в цій галузі. Всі необхідні засоби методичного забезпечення педагогічного процесу переведені

на російську і англійську мови, доступні для опрацювання викладачами і студентами. База для проведення оцінювання рівня знань студентів (тести I і II рівня складності, типові і нетипові ситуаційні задачі тощо) також переведена на російську і англійську мови. Вона постійно оновлюється та доповнюється. З метою покращення оволодіння студентами тематичних практичних навичок і умінь для кожної теми заняття (незалежно, чи це виробнича практика, чи заняття з загальної хірургії) викладачами кафедри створені алгоритми практичних навичок і умінь. В них “крок за кроком” описана техніка виконання всіх тематичних практичних навичок.

Аналізуючи підготовку студентів громадян інших держав, вважаємо за необхідне звернути увагу на такі моменти, які потребують доопрацювання:

1. Зважаючи на різну ментальність, традиції, правила поведінки, роботу з іноземними студентами часто необхідно розпочинати з викладання їм правил навчальної дисципліни, форми одягу, правил поведінки, які є єдиними і обов'язковими для всіх, хто працює в клініці.

2. Викладання клінічної дисципліни передбачає тісну співпрацю між викладачем, студентом, пацієнтом та працівниками клініки – іноді не завжди є бажання до такої співпраці з боку пацієнтів чи медперсоналу клініки в силу різних обставин.

3. Як було зазначено раніше, перехід на кредитно-модульну систему навчання зумовив збільшення часу самостійної роботи студентів, і зрозуміло, потребу в знанні ними мови спілкування з пацієнтами та роботи з клінічною медичною документацією – на сьогодні це ще є проблемним питанням, особливо для студентів з англійською мовою навчання.

4. Потребує обговорення і питання викладання лекційного матеріалу для студентів з російською і англійською мовами навчання:

– більшість студентів потребують тезисного подання тексту лекцій на презентаційному матеріалі, оскільки недостатньо володіють мовою, їм важко сприймати текст лекцій на слух та занотовувати його;

– ущільнення лекційного матеріалу, інколи об'єднання тематик двох лекцій (як це було до внесення змін в навчальну програму) в одну не дозволяє в повному об'ємі подати тематичний матеріал за час однієї лекції.

Слід звернути увагу також, на нашу думку, на фактори, які б змогли вирішити багато з наведених вище проблемних питань та вдосконалити і підвищити рівень викладання загальної хірургії.

Насамперед це те, що стандарти навчання повинні бути затверджені державними відомчими органами та єдиними для всіх освітніх закладів того чи іншого профілю, незалежно від його положення на географічній мапі України. Зрозуміло, що ці стандарти мають бути адаптованими до європейських та світових аналогів і мати визнання в цих країнах. Вважаємо за доцільне затвердження (при потребі – розробку і наступне затвердження) єдиних базових підручників та їх переклад на російську, англійську чи іншу мову, тиражування і забезпечення в необхідних кількостях навчальних закладів.

На нашу думку, слід активізувати зусилля в напрямку сприяння держави у започаткуванні виробництва та оснащення медичних закладів освіти уніфікованими, на рівні європейських і світових стандартів, допоміжними засобами навчання – муляжами, тренажерами, фантомами тощо.

Технічні можливості сьогодення, розвиток електронних засобів навчання, зв'язку, Інтернет-ресурсів спонукають перш за все відповідні державні органи, відомства сформувати для всіх медичних навчальних закладів (з їх безпосередньою участю) уніфіковану, юридично і методично обґрунтовану базу електронних адрес, посилань тощо, за якими студенти на будь-якій мові змогли б самостійно отримати необхідну інформацію з будь-якої теми заняття.

В цілому, перехід на навчання за кредитно-модульною системою на кафедрі загальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету вважаємо успішним, рівень надання освітніх послуг не знизився, а навпаки, має тенденцію до постійного зростання.

Висновки: 1. Перехід на кредитно-модульну систему освіти є вимогою часу і невідворотним, проте повинен бути ретельно виваженим і обґрунтованим в кожній зробленій зміні, у порівнянні з попередньою системою навчання.

2. Навчання студентів факультету підготовки іноземних громадян вимагає високого професійного рівня викладачів і постійного його вдосконалення.

3. Організація педагогічного процесу в цієї категорії студентів має свої особливості, на які обов'язково слід звертати увагу та своєчасно вирішувати.

4. В зв'язку з необхідністю постійної самостійної роботи студентів з пацієнтами, роботи з клінічною медичною документацією, починаючи з 2-го року навчання в університеті, потребує подальшого вдосконалення питання оволодіння студентами мовою спілкування пацієнтів та ведення медичної документації.

УДК 378.046.4.001.76:616.8

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАТИВНОГО ПІДХОДУ В УДОСКОНАЛЕННІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ “НЕВРОЛОГІЯ”

І. Б. Даценко, Т. А. Літовченко

Харківська медична академія післядипломної освіти

POST-GRADUATE EDUCATION OF DOCTORS ON SPECIALITY “NEUROLOGY” IMPROVEMENT PECULIARITIES

I. B. Datsenko, T. A. Litovchenko

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

У роботі представлено сучасні тенденції та особливості інноваційних підходів у сфері післядипломної освіти лікарів за фахом “Неврологія” відповідно до реформи медичної освіти, що проводиться в Україні. Автори визначають базові напрямки удосконалення освіти та фактори забезпечення її якості. Представлено власний досвід традиційних та використання сучасних методів оволодіння теоретичними та практичними знаннями.

Peculiarities and modern trends of innovation approaches in the sphere of post-graduate education of doctors on specialty “Neurology” according to the reform of medical education taking place in Ukraine are presented in the work. The authors define base trends of education improvement and factors of its quality supply. Personal experience of modern and traditional methods use of theoretical and practical knowledge acquiring are presented.

Вступ. Нині активно і нагально обговорюється проблема постійного удосконалення лікарями своїх професійних знань, що обумовлено широким впровадженням у медицині новітніх методів діагностики і лікування. Післядипломна освіта лікаря у світлі вимог міжнародних стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО) повинна здійснюватися у формі безперервного професійного розвитку для підтримки відповідного рівня знань та навиків [1]. В нашій країні стандарт безперервної медичної освіти може бути реалізованим через введення системи кредитів [2], відповідно до чого лікар може набирати необхідну кількість балів шляхом підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення та іншими видами професійного навчання (дистанційне навчання, участь у конференціях та майстер-класах, написання статей та ін.) [3].

Згідно із запропонованими основними педагогічними інноваціями в системі медичної освіти [1] важливими сучасними тенденціями розвитку післядипломного навчального процесу є:

- об’єктивне оцінювання професійної компетентності;
- стандарти тестування;
- об’єктивні структуровані методи оцінки практичних навиків;
- проблемно-орієнтоване навчання та ін.

Основна частина. Важливим підґрунтям та напрямком викладацьких інновацій у процесі післядип-

ломної освіти стає розвиток інтегративного підходу в здійсненні навчального процесу, впровадження новітніх методів його організації та введення кредитно-модульної системи побудови підготовки лікарів.

Контроль та валідне оцінювання знань та умінь в період навчання значно визначають успішність навчальної роботи і її завершальний етап. Впровадження кредитно-модульної системи передбачає застосування рейтингового підходу до оцінки знань лікарів, який дає змогу розвивати якість підготовки, підвищувати мотивацію до системної самостійної роботи, дозволяє встановити зворотний зв’язок для коригування засвоєння знань на кожному занятті.

Післядипломна медична освіта сьогодні створюється на підставі єдності теоретичного і практичного курсів. З нашої точки зору, інтегративний підхід в структурі післядипломної медичної освіти, використання методів як традиційного, так і інтерактивного навчання значно більше сприяють набуттю та поглибленню знань і навичок з метою підвищення кваліфікації лікарів, ніж заходи стандартного викладання. Комплекс сучасних вимог до забезпечення якісного навчального процесу, як теоретичного курсу, так і практичних навиків, повинен складатися, на наш погляд, з двох важливих напрямків:

- забезпечення якісного оволодіння практичними навиками;
- забезпечення якісного рівня викладання теоретичного курсу за фахом.

©І. Б. Даценко, Т. А. Літовченко

Забезпечення проведення якісної практичної підготовки з оволодінням практичними навичками можливе в умовах клінічних академічних лікарень сучасним діагностичним обладнанням та впровадженими новітніми напрямками лікування. Клінічні бази повинні бути [1] достатніми для проведення клінічної (практичної) підготовки, повинні мати відповідне сучасне спеціальне діагностичне обладнання, мати достатню кількість пацієнтів з широким переліком нозологічних форм, можливість надання фахових знань не тільки в умовах стаціонару, але й в амбулаторних (поліклінічних) відділеннях.

Відповідно до цього, клінічною базою кафедри невропатології та дитячої неврології (зав. каф. – проф. Т. А. Літовченко) Харківської медичної академії післядипломної освіти, на якій здійснюється післядипломна підготовка інтернів і лікарів за фахом “Неврологія”, є Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці (ЦКЛ УЗ). ЦКЛ УЗ є багатопрофільною лікувально-діагностичною і консультативною установою, науково-організаційним і методичним центром у галузях неврології, кардіології, нейрохірургії, психотерапії, базою підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу з різних медичних установ, клінічною базою чотирьох кафедр Харківської медичної академії післядипломної освіти: невропатології і дитячої неврології, психотерапії, фізіотерапії і курортології, терапії і кардіології та функціональної діагностики, а також факультету фундаментальної медицини ХНУ ім. Каразіна.

Лікарня забезпечена можливостями проведення поглибленої діагностики і лікування пацієнтів, захворювання яких вимагають складного комплексного підходу.

У структурі ЦКЛ УЗ основне положення займає стаціонар. Стаціонар розраховано на 470 ліжок. Крім кардіологічного та нейрохірургічного відділень у стаціонарі є 3 спеціалізовані неврологічні відділення:

- перше відділення – неврологічне для хворих з порушеннями мозкового кровообігу на 70 ліжок; з 6 ліжками для інтенсивної терапії;
- друге відділення – неврологічне для хворих з захворюваннями периферичної нервової системи на 85 ліжок;
- третє відділення – неврологічне для хворих з травматичними та запальними захворюваннями нервової системи на 80 ліжок.

У структурі лікарні також є рентгенодіагностичне відділення, в складі якого кабінет спіральної комп’ютерної томографії, кабінет рентгенівської комп’ютерної томографії, рентгенхірургічний блок, а також відділення функціональної діагностики, фізіотерапевтичне відділення, відділення лікувальної фізкультури, консультативне відділення, відділення реанімації та

інтенсивної терапії з кабінетом гіпербаричної оксигенації й екстракорпоральних методів детоксикації.

Для забезпечення новітнього лікувально-діагностичного процесу важливе значення мають сучасні додаткові методи обстеження, особливо методи функціональної діагностики. Відділення функціональної діагностики ЦКЛ УЗ обладнано сучасною діагностичною апаратурою: діагностичні ультразвукові системи експертного та преміум-класів, електроенцефалографічні (ЕЕГ) діагностичні комп’ютерні системи, електронейроміограф (ЕНМГ), який окрім традиційних методів дослідження голкової, поверхневої, стимуляційної ЕМГ та викликаних зорових, слухових та сомато-сенсорних потенціалів дозволяє проводити транскраніальну магнітну стимуляцію. Слухачі кафедри мають широкі можливості в оволодінні навичок як проведення, так і інтерпретації результатів такого комплексу допоміжних діагностичних заходів. Оскільки тільки компетентна та адекватна професійна оцінка результатів проведення доплерографії судин головного мозку, ЕЕГ, ЕНМГ в сукупності з результатами клінічного обстеження пацієнта забезпечує слухачеві простір для поглибленого диференційно-діагностичного мислення, що забезпечує можливість встановлення топіки патологічного процесу, допомагає правильно спланувати тактику лікування та проводити динамічне об’єктивне спостереження за станом хворого.

Залучання фахівців суміжних спеціальностей (психіатрів, психотерапевтів, фізіотерапевтів) в діагностично-лікувальний процес сприяє розширенню та поглибленню професійних можливостей слухачів, виховує інтегративний підхід у виробленні стратегії і тактики діагностичного пошуку та лікувальних заходів, сприяє формуванню широчині лікарського мислення.

У неврологічному відділенні для хворих з порушеннями мозкового кровообігу слухачі нашої кафедри знайомляться з сучасним комплексом діагностично-лікувальних заходів надання допомоги хворим з судинною патологією:

- медикаментозне лікування, включаючи тромболітичну терапію;
- оперативне лікування судинних мальформацій;
- реабілітація хворих в ранньому відновному періоді (масаж, логопедична корекція, кінезотерапія тощо).

Досвід навчання в умовах такого клінічного відділення забезпечує слухачам умови оволодіння цілим рядом практичних навичок: оцінка тяжкості перебігу захворювання з застосуванням сучасних шкал рівня порушення свідомості, визначення тактики ведення хворого в гострому та ранньому відновному періодах. Важливим напрямком набуття практичних знань в

такому спеціалізованому відділенні є можливість ознайомлення з методикою застосування тканинного активатора плазміногену, а також читання ангіограм судин головного мозку в певних клінічних випадках.

Таким чином, наявність багатопрофільного стаціонару, який обладнано на рівні сучасного лікувально-діагностичного процесу, є основною умовою якості надання практичних знань і навичок відповідно до вимог Болонської системи.

Другим напрямком інтегративного підходу в підвищенні якості післядипломної освіти лікарів є забезпечення якісного рівня викладання теоретичного курсу за фахом. З нашої точки зору, на сучасному етапі важливе значення треба надавати інноваційним методам навчання. Згідно з сучасними вимогами в педагогічному процесі на кафедрі використовуються наступні інноваційні варіанти:

- лекції та семінари з використанням мультимедійної демонстрації;
- семінари-тренінги;
- семінари-дискусії;
- семінари у вигляді ділової ігри;
- реферативні конференції-семінари;
- лекції та семінари з застосуванням перегляду відеоматеріалів (наприклад, відеозапис різних варіантів епілептичних та неепілептичних нападів).

Для самостійної роботи слухачів співробітниками кафедри зроблено електронні навчальні посібники. Одним з напрямків самостійної роботи та оцінювання рівня засвоєння теоретичних знань є рішення тестових завдань. Набори тестових завдань (для визначення вихідного рівня знань та підсумкового контролю) розроблено для більшості розділів навчально-тематичних планів з метою формування здатності слухачів до самостійної діяльності і прийняття самостійних професійних рішень.

Особливе значення ми надаємо проведенню тематичних реферативних конференцій-семінарів з розбором та ретельним обговоренням складних клінічних випадків, які готують і проводять сумісно слухачі і викладачі. Такий методологічний підхід стимулює творчу активність лікарів, дає можливість слухачам оцінити й обміркувати власні знання та досвід. Вра-

ховуючи сучасні вимоги медичної освіти стосовно інтерактивного навчання, проведення таких конференцій реалізує один із таких видів педагогічного процесу – навчання на основі практики.

Одним з інформативних та перспективних напрямків навчального процесу на кафедрі з застосуванням телекомунікаційних технологій є участь викладачів і слухачів в проведенні тематичних міжнародних Інтернет-конференцій, мета яких представити свій власний досвід в діагностиці і лікуванні захворювань нервової системи та залучити фахівців інших країн представити свій погляд на проблему. Велике значення такого спілкування в тому, що є можливість одночасного обговорення наукової проблеми чи особливостей клінічного випадку в режимі on line.

Принципово важливим ми вважаємо на фоні викладання основних розділів за фахом показати курсантам клінічні розробки та основні досягнення кафедри в галузі неврологічної науки. Відповідно до цього кафедра знайомить слухачів з основними напрямками наукових розробок кафедри, серед яких:

- діагностика метаболічних порушень при епілепсії,
- диференційована нейрометаболічна терапія епілепсії,
- особливості імунологічних порушень у хворих з артеріальною гіпотонією,
- алгоритм корекції імунологічних і гормональних порушень у хворих з артеріальною гіпертензією,
- комплексна програма діагностики емоційно-поведінкових розладів у підлітків з мозковою дисфункцією,
- комплексна програма реабілітації підлітків з емоційно-поведінковими й особистісними розладами та мозковою дисфункцією (медикаментозне лікування, психотерапевтична та медико-психологічна допомога).

Висновок. Сучасний рівень викладання згідно з вимогами Болонського процесу здебільшого визначається наявністю відповідної клінічної бази, яку оснащено сучасним обладнанням і яка має достатню кількість хворих даного профілю. Процес викладання має включати інноваційні методи навчання. Обов'язковим моментом викладання є ознайомлення слухачів з науковими розробками кафедри. Такий інтегративний підхід підвищить ефективність процесу проведення післядипломної медичної освіти.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні : навчальний посібник. / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 383 с.
2. Кредитно-модульна система організації навчального процесу в додипломній підготовці лікарів-педіатрів : досвід та проблеми / В. Ф. Москаленко, В. Г. Майданник,

О. Л. Ковальчук [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 5–9.

3. Атестація лікарів як логічний етап безперервного професійного розвитку / О. М. Хвисьок, В. Г. Марченко, К. І. Бодня [та ін.]. // Проблеми сучасної мед. науки та освіти. – 2010. – № 1. – С. 15–19.

УДК 612(07)

ОЦІНКА НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

В. Г. Дубініна, А. І. Рибін, О. В. Кузнецова

Одеський національний медичний університет

ESTIMATION OF STUDIES OF FOREIGN STUDENTS IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM

V. H. Dubinina, A. I. Rybin, O. V. Kuznetsova

Odessa National Medical University

Пріоритетним завданням національного медичного університету на сучасному етапі є розширення прямих зв'язків із зарубіжними країнами на основі взаємних договорів, спрямоване на подальшу інтеграцію в європейські й всесвітні медичні структури, а отже, залучення більшого числа іноземних студентів. Для того щоб оцінити ставлення іноземних студентів до існуючої системи освіти, нами було проведено незалежне анонімне анкетування, на основі результатів якого можна зробити деякі висновки про стан системи освіти з точки зору студентів. Методика проведення занять за кредитно-модульною системою освіти знайшла свою підтримку в 93 % усіх опитаних іноземних студентів обох груп.

The priority task of national medical university on the modern stage is expansion of direct connections with foreign countries on the basis of mutual agreements, sent to further integration in the European and world medical structures, and bringing in of greater number of foreign students. To estimate attitude of foreign students to the existent system of education, we made an independent anonymous questionnaire on the basis of results of which it is possible to do some conclusions about the state of the system of education from the point of view of students. Methodology of realization of employments on the credit-modular system of education found the support in 93 % of all polled foreign students of both groups.

Вступ. Сьогодні Україна стоїть на порозі впровадження всесвітньої освітньої системи, згідно з положеннями Болонської конвенції в країнах-учасницях повинні працювати єдині навчальні стандарти. У зв'язку з цим першочергове завдання для нашої країни в цілому, а отже, і для кожного ВНЗ зокрема – знайти компроміс між традиційними формами навчання і новими еталонами. Перше, що повинно бути змінено, – це устрій ВНЗ, організація навчального процесу і програми. Як відомо, ці речі взаємозв'язані. Устрій – це передусім відношення між студентами, а також між студентами і викладачами. Пріоритетним завданням національного медичного університету на сучасному етапі є розширення прямих зв'язків із зарубіжними країнами на основі взаємних договорів, спрямоване на подальшу інтеграцію в європейські і всесвітні медичні структури, а отже, залучення більшого числа іноземних студентів (що навчаються англійською, російською і французькою мовами).

У вищій школі, успадкованій від радянського часу, велику роль від грає студентська група. Вона об'єднується і організацією занять – єдиною програмою, спільною роботою в семінарах і практикумах,

спільним проживанням частини групи в гуртожитку. Для іноземних студентів група має ще велике значення і іноді замінює сім'ю на 5–7 років вимушеного перебування за межами батьківщини. Група діє як важливий соціальний організм, який забезпечує і взаємну підтримку, і взаємодопомогу студентів в навчанні, і виховну дію колективу. Завдяки цьому студент набуває навичок колективної роботи в лабораторії, відділенні будь-якої лікувально-профілактичної установи. Відмінність в здатності до такої роботи між студентами українського ВНЗ і їх однолітками в європейському університеті разюча. Тому середній за здібностями іноземний випускник нашого ВНЗ, працюючи в колективі, виявляється на голову вище, ніж його західний одноліток приблизно таких же потенційних здібностей.

Для оцінки кредитно-модульної системи в Україні, звичайно, недостатньо думки міністрів, політиків і учених, а також знань про те, що припускають декларація та інші законодавчі акти на її основі. Одним з важливих чинників, що визначають успіх реформ, є відношення до них тих, хто безпосередньо залучений у процес освіти, а то є в першу чергу студентів і викладачів.

Мета – з'ясувати відношення іноземних студентів до існуючої системи освіти в Одеському національному медичному університеті та на підставі удач і помилок визначити подальші шляхи вдосконалення.

Для того щоб оцінити відношення іноземних студентів до існуючої системи освіти, нами було проведено незалежне анонімне анкетування, на основі результатів якого можна зробити деякі висновки про стан системи освіти з точки зору студентів. В ході дослідження за допомогою анкетування за 2 роки було опитано 97 студентів п'ятого і шостого курсу міжнародного факультету Одеського національного медичного університету, що проходили навчання на базі Університетської клініки ОНМедУ. Усі учасники анкетування були розділені на 2 групи: 1 група (41 людина) представлена іноземними студентами, що навчаються англійською мовою, 2 група (56 чоловік) представлена іноземними студентами, що навчаються російською мовою. Рівень викладання і загальною проінформованості студентів однаковий для усіх опитаних.

Основна частина. Відповідно до умов незалежного анонімного анкетування і мети нашого дослідження для оцінки ефективності викладання на базі Університетської клініки ОНМедУ, іноземним студентам були запропоновані такі питання:

1. Чи досить Ви проінформовані про особливості системи, за якою навчаєтесь?
2. Чи відповідає рівень освіти у ВНЗ Вашим очікуванням?
3. Виберіть оптимальну для Вас форму відношення викладача і студентів:
 - “вчитель-учень”, тобто “майстер-підмайстер”;
 - “викладач-студент”.
4. Оцініть надані Вам можливості для активної роботи і самоосвіти на кафедрі (кафедральна бібліотека, вихід в Інтернет, достатня кількість комп'ютерів та ін.).
5. Чи влаштовує Вас обов'язковий на кожному занятті усний/письмовий тестовий контроль?
6. Чи задоволені Ви якістю практичної частини навчання (курація хворих у відділенні, асистенція в операційній, оформлення медичної документації)?
7. Однією з переваг кредитно-модульної системи є можливість отримати декілька вищих освіт, чи бажаєте Ви скористатися цією можливістю?
8. Чи вважаєте Ви за доцільне збереження надалі Болонської системи освіти в медичному ВНЗ?
9. Чи збираєтесь Ви працювати за фахом після закінчення ВНЗ?
10. Чи розглядаєте Ви варіант залишитися працювати в Україні після закінчення ОНМедУ (чи влаштовують Вас зарплата і умови роботи наших лікарів)?

Розробляючи питання для анкетування, ми виходили з основних завдань кредитно-модульної системи освіти, а також існуючої схильності більшості іноземних студентів до тестової форми опитування.

Після обробки отриманої анонімної інформації ми отримали такі результати. 84,5 % студентів обох груп підтвердили, що рівень освіти в ОНМедУ цілком відповідає їх очікуванням, інші не замислювалися над цим. Студенти, що навчаються англійською мовою, виявилися критичніші, 17 % невдоволені рівнем отримуваних знань і рівно стільки ж вказали на невідповідність рівня освіти їх очікуванням. На нашу думку, це пов'язано, передусім, не з рівнем викладання тієї або іншої дисципліни, а з володінням англійською мовою і умінням дохідливо викласти матеріал іноземною мовою. 61 % опитаних студентів 1 групи і 28,5 % опитаних студентів 2 групи при нагоді продовжили б освіту за кордоном, але, швидше за все, це пов'язано не з якістю викладання, а з перспективою отримати роботу і знаходитися ближче до батьківщини. Проте 63 % респондентів 1 групи і 12,5 % 2 групи вказали на свою невизначеність в тому, в якій країні вони збираються працювати, але 95 % іноземних студентів обох груп збираються працювати за фахом після закінчення ОНМедУ. 34 % і 30 % іноземних студентів 1 і 2 групи відповідно висловили бажання скористатися можливістю кредитно-модульної системи отримати декілька вищих освіт, 10 % із загальної кількості іноземних студентів ще не замислювалися над цим питанням.

У радянському ВНЗ відношення викладачів із студентами будувалися за принципом “вчитель-учень” та “майстер-підмайстер”. Це були стосунки з сильним особовим началом і інтенсивними особистими контактами – подібні до стосунків в середньовічному ремісничому цеху. Болонська конвенція припускає обов'язковий перехід на знеособлені стосунки “викладач-студент” за принципом купівлі-продажу послуг. 76 % опитаних студентів 1 групи і 57 % студентів 2 групи віддали перевагу варіанту стосунків “викладач-студент”. На нашу думку, це легко пояснити тим, що частина іноземних студентів, що навчаються російською мовою, є вихідцями з країн СНД і Ізраїлю, що виростили на радянській школі викладання. 29 % іноземних студентів 1 групи і 14 % 2 групи не задоволені матеріальним забезпеченням кафедр, а отже, можливістю для активної роботи і самоосвіти на кафедрі (кафедральна бібліотека, вихід в Інтернет, достатня кількість комп'ютерів).

Методика проведення занять за кредитно-модульною системою освіти, що наполягає на тому, що го-

ловне – контроль за виконанням студентами програми (звідси – обов'язковий на кожному занятті письмовий/усний тестовий контроль), знайшла свою підтримку в 93 % усіх опитаних іноземних студентів обох груп. В той же час 36,5 % і 16 % опитаних 1 і 2 групи відповідно не задоволені практичною частиною навчання, аргументуючи це тим, що заняття перетворюється на опитування, за рахунок чого скорочується час на спілкування з хворими, асистенцію в операційній, ознайомлення з медичною документацією. Незважаючи на це, 77 % усіх іноземних студентів, що беруть участь в анкетуванні, не вважають мовний бар'єр причиною, що перешкоджає їх спілкуванню з хворими і присутності на прийомі в поліклініці.

Література

1. Про Програму інтеграції України до Європейського Союзу: Указ Президента України від 14 вересня 2000 року.
2. Байденко В. И. Болонский процесс : курс лекций / В. И. Байденко. – М. : Логос, 2004. – 207 с.
3. Бобров В. В. Болонский процесс : вопросы и ответы /

Висновки: 1. Основними проблемами викладання іноземним студентам за кредитно-модульною системою освіти є недостатня матеріальна забезпеченість навчальних закладів, тобто нестача підручників англійською мовою, комп'ютерної апаратури.

2. В ході проведення соціологічного дослідження з'ясувалося, що іноземні студенти недостатньо проінформовані про особливості системи освіти, за якою вони вчаться, також викликає невдоволення невідповідність української кредитно-модульної системи західному зразку. Проте більшість студентів вважають необхідним впровадження кредитно-модульної системи освіти, швидше за все це пов'язано з перспективами працевлаштування в країнах Європи.

В. В. Бобров // Философия образования. – 2005. – № 2. – С. 33–41.

4. Макарова М. Н. Болонский процесс : мнения и ожидания / М. Н. Макарова // Социологические исследования. – 2007. – № 6. – С. 106–109.

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 імені 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 практичним навичкам 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 with students' mastering of practical skills at credit-modular system implementation at Donetsk National Medical University was made. 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 виконання. 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 умов 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

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

приділяти менше уваги навчанню студентів практичним навичкам, 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, що 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, у якому сту-

денти 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 відчинить свої двері для студентів.

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

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 на пряму 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.]. – Мос-

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 практичним навичкам. Значною мірою поліпшенню ситуації сприятиме вирішення МОН та МОЗ України питання про зменшення співвідношення викладач-студент у медичних ВНЗ до 1/6.

ква, 2007. – 215 с.

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, Aug. – Vol. 126 (2). – P. 330–336.

УДК 616.314–002:378.147

ПІДГОТОВКА ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНОГО СПЕЦІАЛІСТА – ОСНОВА ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ

Л. Ф. Каськова, О. О. Карпенко, О. Е. Абрамова, О. Ю. Андриянова, Л. Ф. Чуприна,
І. Ю. Ващенко

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

TRAINING OF HIGHLY SKILLED SPECIALISTS - BASIS OF CREDIT- MODULAR EDUCATION SYSTEM

L. F. Kaskova, O. A. Karpenko, O. E. Abramova, O. Yu. Andriyanova, L. F. Chupryna,
I. Yu. Vashchenko

HSEIU “Ukrainian Medical Stomatological Academy”

Навички і знання, що набувають студенти в процесі навчання у ВНЗ, закладають основи загальної і професійної самоосвіти, отримання нових знань, необхідних для всього періоду творчої діяльності майбутнього спеціаліста.

Skills and knowledge that students acquire during training at the university are laying the foundations of general and professional self-education, acquisition of new knowledge required for the entire period of creative activity of the future specialist.

Вступ. Болонський процес є ефективним інструментом гармонізації системи вищої освіти кожної країни учасниці процесу, який торкається політичних, економічних і культурних аспектів діяльності країни, пов'язаних з інтеграцією вищої школи у загальноєвропейський простір вищої освіти. Перехід України на Болонську систему підготовки спеціалістів слід розглядати у контексті національних інтересів, розвитку зовнішньополітичного курсу країни, спрямованого на співпрацю та інтеграцію з Європою. Болонський процес є взаємовигідним способом формування єдиного європейського ринку висококваліфікованої праці та вищої освіти. Участь України у цьому процесі безумовно буде сприяти підвищенню конкурентоспроможності українських кадрів [3].

У зв'язку з сучасними вимогами кредитно-модульної системи навчання до підготовки спеціалістів набуває особливої актуальності формування у студентів практичних навичок та вмінь. Підготовка спеціаліста з дитячої терапевтичної стоматології розпочинається на 2 курсі під час вивчення пропедевтики дитячої терапевтичної стоматології, де вони отримують перші теоретичні знання та практичні навички.

Основна частина. Навичка є компонентом складного вміння, основна ознака якого – часткова автоматизація рухів. Часткову автоматизованість виконання

і регуляції доцільних рухів людини називають навичкою. Основу навичок складають елементарні дії.

Вміння визначається як використання знань і навичок, що має людина, для вибору і здійснення прийняття дії відповідно до поставленої мети. Вміння – здатність виконувати складну комплексну дію або готовність людини до її виконання на основі засвоєння знань, навичок і практичного досвіду. Таким чином, навички є складовими компонентами вмінь. Вміння у своїй основі є творчою дією. Вони не можуть автоматизуватися, тому що являють собою готовність людини до прийняття рішень і творчої їх реалізації у нестандартних життєвих умовах.

Навички формуються на основі знання способів виконання дії. Найбільш успішно – швидко і безпомилково – студенти здобувають навички на основі знання і застосування алгоритму або алгоритмічного наказу. Успішно з цією метою можна застосувати завдання орієнтовної основи дій. На практичних заняттях студенти для відпрацювання практичних навичок застосовують орієнтовні карти дій, що містяться у методичних розробках для самостійної роботи студентів. Окрім цього вони використовують складені викладачами кафедри алгоритми маніпуляцій, що передбачені нормативними документами: Освітньо-кваліфікаційною характеристикою спеціаліста та

Освітньо-професійною програмою. Освітньо-кваліфікаційна характеристика (ОКХ) спеціаліста вищого навчального закладу є державним нормативним документом, в якому узагальнюється зміст освіти, відображаються цілі освітньої та професійної підготовки, визначається місце фахівця в структурі господарства держави і вимоги до його компетентності. Освітньо-професійна програма (ОПП) є галузевим нормативним документом, в якому визначається нормативний зміст навчання, встановлюються вимоги до змісту, обсягу та рівня освітньої та професійної підготовки фахівця відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня певної спеціальності [1, 2].

На практичних заняттях з пропедевтики дитячої терапевтичної стоматології викладачі кафедри приділяють увагу вивченню топографічної анатомії тимчасових і постійних зубів на різних етапах їх розвитку, принципам роботи із стоматологічними інструментами, обстеженню каріозних уражень твердих тканин зубів та їх ускладнень, принципам препарування каріозних порожнин та ендодонтичного лікування зубів.

Процес засвоєння навичок передбачає поступове зростання складності завдань і самостійності студентів у їх виконанні. Перші завдання повинні виконуватись під жорстким контролем і за допомогою викладача, у подальшому поступово зростає складність завдань і підсилюється самостійність у їх виконанні.

На практичних заняттях студенти самостійно працюють з набором терапевтичного стоматологічного інструментарію. Особлива увага приділяється самостійній роботі студентів, відпрацюванню практичних навичок.

Вміння і навички формуються на основі виконання визначеної системи вправ, закріплюються в процесі їх творчого використання у ситуаціях, що змінюються. Вправами називають багаторазове виконання визначених дій, яке спирається на розуміння і супроводжується свідомим контролем. У цьому визначенні підкреслюється цілеспрямованість вправ, які здійснюються на основі пильного педагогічного керівництва. Повторення дій без керівництва викладача може не привести до їх удосконалення, або буде сприяти механічному тренуванню дій у стандартних умовах. Педагогічне керівництво вправами студентів передбачає використання методики заняття і науково обґрунтованих посібників та методичних розробок.

Знання, навички, вміння перевіряються на різних етапах навчального процесу. На кожному етапі перевірка виконує свої функції. З початку вивчення нового матеріалу перевіряються знання опорних уяв-

лень и визначень. Основна функція такої перевірки – актуалізація знань і способів виконання дій. Після вивчення відповідного матеріалу викладач перевіряє рівень засвоєння студентами знань, виявляє якість навичок, вмінь. Функції перевірки полягають у попередженні відставання, неуспішності окремих студентів. Перевірка проводиться систематично на окремих етапах заняття. Після вивчення окремих розділів програми викладач комплексно перевіряє знання, навички, вміння, засвоєні протягом визначеного періоду. Таку перевірку називають тематичним обліком знань. Перевірка дуже важлива для правильного управління процесом засвоєння знань, навичок, вмінь. Методика такої перевірки – бесіда з студентом, під час якої студенти звітують про те, як вони виконують завдання, чому так, стисло відтворюють знання, які вони здобули, і показують практичні способи виконання дій.

Перевірку знань, навичок і вмінь здійснюють також після великих розділів або тем програми. На цьому етапі перевіряється якість засвоєння студентами системи знань і вміння використовувати їх на практиці у комплексі. Для такої перевірки потрібно, щоб студенти виконали комплексне завдання, яке включає знання, навички, вміння цілого розділу або декількох розділів програми.

Ще більш узагальненими і універсальними повинні бути питання і завдання під час перевірки знань, навичок, вмінь студентів в кінці навчального курсу (предмета).

Відповідність рівня сформованості знань, умінь та навичок, досягнутого в результаті засвоєння програми, вимогам освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста встановлюється під час підсумкового модульного контролю знань студентів.

Важливою складовою підготовки висококваліфікованого спеціаліста є самостійна позааудиторна робота студента, яка складається з формування прийомів навчальної роботи (наприклад, різних видів роботи з літературою) і використання цих прийомів для засвоєння професійних знань, навичок і вмінь.

Самостійна робота студентів – це не повна їх самостійність у засвоєнні навчального матеріалу, а особлива система умов навчання, яка повинна бути організована викладачем. Викладач має потурбуватися про планування роботи, створити умови для її виконання, забезпечити інформаційними та методичними матеріалами.

Будь-яка діяльність потребує не тільки знань, а й вмінь. В арсеналі різноманітних форм самостійної роботи важлива роль належить пошуковій орієнтації,

в основі якої – критичне і творче мислення, образне сприйняття матеріалу. Все це ми враховуємо, плануючи самостійну роботу студентів на нашій кафедрі – дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань.

Однією із форм самостійної роботи студентів на кафедрі є підготовка доповідей на заняттях студентського наукового гуртка та на семінарських заняттях. Тематика для доповіді передбачає не переказ одного джерела, а огляд декількох, зіставлення їх. При цьому рекомендована студентам література полегшує роботу. Важливо після кожної доповіді розбирати її, обговорювати не тільки професійні деталі, але й питання ораторського мистецтва, вміння донести інформацію до слухача.

Ми пропонуємо студентам скласти бібліографію – список літературних джерел за темою. Попередньо треба пояснити, як це завдання виконати. Слід показати, як можна користуватися словниками, енциклопедіями, бібліографічними покажчиками, списками цитованої літератури у книгах і т. п. Така робота проводиться сумісно із бібліотекою навчального закладу.

Практично всі студенти, які проходять навчання на кафедрі, працюють над рефератами за обраною тематикою, що їм пропонується. При написанні реферату немає жорстких обмежень у розмірі, тому з'являється можливість працювати у відносно вільному

стилі. Додається і складання бібліографії за темою реферату. З одного боку, ця робота потребує пояснень, консультацій і поради викладача, з іншого боку – часу студентів.

Не можна обмежуватись усвідомленням важливості самостійної роботи. Повинні проводитись заходи, що підводять її підсумки. Цій меті присвячені виступи студентів на семінарських заняттях, засіданнях студентського наукового гуртка, студентських конференціях.

Дуже важливо, щоб конференція широко рекламувалася, щоб інформація про роботу секцій, прізвища виступаючих і назви доповідей і т. п. своєчасно з'являлися у пресі. Це привертає увагу студентів, які ще не охоплені роботою у цьому напрямку, і підвищує почуття відповідальності у доповідачів.

Навички і знання, що набувають студенти в процесі навчання у ВНЗ, закладають основи загальної і професійної самоосвіти, отримання нових знань, необхідних для всього періоду творчої діяльності майбутнього спеціаліста.

Висновок. Сьогодні, коли темп відновлення наукової інформації дуже високий, практично кожній людині, яка бажає продуктивно працювати, весь час необхідно здобувати нові знання. Суспільству потрібні освічені, грамотні, компетентні, комунікабельні люди, які здатні самостійно і творчо розв'язувати безліч різноманітних проблем.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 383 с.
2. Оцінка якості підготовки лікарів : методичний посібник

для викладачів / [В. М. Казаков, І. С. Вітенко, О. М. Талалаєнко та ін.]. – Київ, 1996. – 34 с.

3. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій. – К., 2004. – 192 с.

УДК 378.046.4:614.235.1/.2]:616-053.31-07-036.82-085.001.76

УДОСКОНАЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ СУМІЖНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НА ЦИКЛІ “ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИХОДЖУВАННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ”

Т. М. Клименко, Т. В. Сандуляк, О. А. Сердцева, А. М. Закревський,
О. Ю. Карапетян

Харківська медична академія післядипломної освіти

IMPROVEMENT OF POST-GRADUATE EDUCATION OF DOCTORS OF RELATED OCCUPATIONS AT THE INNOVATION TECHNOLOGIES IN NEWBORN CARING, DIAGNOSTICS AND PATHOLOGY TREATMENT CYCLE

T. M. Klymenko, T. V. Sandulyak, O. A. Serdtseva, A. M. Zakrevskyi,
O. Yu. Karapetyan

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Розглядаються можливості та позитивні результати післядипломної підготовки лікарів суміжних спеціальностей (дитячі анестезіологи, хірурги, невропатологи, кардіологи, ендокринологи, окулісти, сурдологи та інші) з неонатології на профільній кафедрі з вивченням окремих модулів інноваційних технологій виходжування, діагностики та лікування патології новонароджених.

Possibilities and positive results of the post-graduate education of doctors of the related occupations (children anesthesiologists, surgeons, neuropathologists, cardiologists, endocrinologists, oculists, surdologists, and others) are considered at the neonatology cycle at the special department together with studying of some modules in the innovation technology of caring, diagnostics and treatment of newborn pathology.

Вступ. За останні 25 років у світі та 10 років в Україні неонатологія перетворюється з емпіричної дисципліни в клінічну з поступовим переходом на наукові принципи доказової медицини. Відповідно, кожні 3–5 років з'являються та впроваджуються в практику охорони здоров'я новітні технології діагностики та лікування вродженої та набутої патології доношених і недоношених новонароджених, виходжування дітей з дуже малою та екстремальною малою масою тіла.

Кафедра неонатології ХМАПО (заснована з 1978 року) – одна з провідних установ по підготовці лікарів-неонатологів на теренах України та СНД. З 1982 року кафедра розташована на базі Харківського міського клінічного пологового будинку із неонатологічним стаціонаром (ХМКПБ із НС), котрий виконує функції регіонального перинатального центру, спеціалізованого по невиношуванню вагітності (близько 4 тис. пологів та 2,5 тис. госпіталізованих новонароджених з пологових будинків м. Харкова щорічно), набула досвіду

© Т. М. Клименко, Т. В. Сандуляк, О. А. Сердцева та ін.

з організації та надання медичної допомоги новонародженим і виходжування недоношених. За останні 5 років на кафедрі виконуються 5 та захищені 8 докторських і кандидатських дисертацій з найбільш актуальних питань клінічної неонатології.

В роботу ХМКПБ із НС впроваджені такі сучасні технології, як фізіологічний розвиваючий догляд недоношених; толерантне ентеральне та парентеральне харчування; замісна сурфактантна та імунотерапія; інфекційний контроль з моніторингом флори; цільова антибіотикотерапія; ЯМР КТ, рентген і УЗД-методики візуалізації патології, в т. ч. доплерографія кровотоку в судинах різних органів плода та новонародженого; комп'ютерне ЕЕГ-картування та моніторинг ефективності терапії уражень ЦНС, судом і коматозних станів; методики ШВЛ, що відповідають індивідуальним респіраторним потребам доношених та недоношених дітей, включаючи ВЧО та неінвазивну СРАР-терапію; способи ранньої діагностики сепсису, некротизуючого ентероколіту, пневмонії, ме-

нінгіту; ДНК та ІФА діагностика TORCH-інфекцій; медикаментозне та хірургічне лікування відкритої артеріальної протоки, лазерна корекція ретинопатії недоношених тощо.

Все вищеперелічене дозволило створити цикл тематичного удосконалення “Інноваційні технології виходжування, діагностики та лікування патології новонароджених” тривалістю 156 навчальних годин.

Основна частина. У процесі лікувально-консультативної роботи та викладання на основних і виїзних циклах для неонатологів та суміжних фахівців, як на клінічній базі, так і в інших регіонах України, виявлена потреба в удосконаленні процесу навчання не тільки неонатологів, а і лікарів суміжних спеціальностей. Згідно з Протоколами діагностики та лікування, затвердженими МОЗ та Міністерством юстиції України, акушери-гінекологи надають допомогу до народження дитини, а при відсутності неонатолога – в пологовій залі при народженні і в перші дні життя. Сімейні лікарі, педіатри, акушери-гінекологи, дитячі хірурги, кардіологи, неврологи, інфекціоністи, пульмонологи активно залучаються для догляду та надання консультативно-лікувальної допомоги новонародженим з перших днів життя і проводять диспансеризацію патології новонароджених. В той же час, всі вони не мають відповідної вузівської базової та післядипломної підготовки з неонатології, щоб якісно виконати вимоги Протоколів медичної допомоги дітям, котрі передбачають надання допомоги з раннього неонатального віку, а також проведення ними пренатальної та антенатальної профілактики патології у вагітних і дітей.

Зважаючи на регламентований порядок зарахування на навчання з неонатології лікарів інших спеціальностей (наказ МОЗ № 346 від 07.12.1998 р. “Про затвердження переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у ВНЗ” з додатками № 447 від 23.09.2003 р., № 230 від 24.04.2008 р.) та відсутність відповідної тематики з фізіології та патології новонароджених і виходжування недоношених в програмах підвищення кваліфікації спеціалістів на суміжних кафедрах, пропонуємо розширити перелік назв циклів тематичного удосконалення для згаданих спеціалістів і проводити їх на профільних кафедрах неонатології.

Так само не мають базової підготовки з неонатології дитячі рентгенологи, ортопеди, окулісти, отоларингологи, сурдологи, які працюють у неонатологічних відділеннях або активно залучаються до надання медичної допомоги новонародженим, що також необхідно передбачити в програмах тематичного удосконалення суміжних спеціалістів.

Цикл ТУ “Інноваційні технології виходжування, діагностики та лікування патології новонароджених” складається з окремих модулів навчання і побудований за традиційною схемою: викладання нового матеріалу на проблемних лекціях та семінарах і засвоєння практичних навичок і вмінь з опрацюванням запропонованих (вибраних слухачем) методик до ступеня вільного володіння та набуття необхідної кваліфікаційної компетентності.

Модуль “Технології візуалізації, функціональної оцінки стану, лікування, профілактики і диспансеризації патології ЦНС” розрахований на сумісну діяльність акушерів-гінекологів, педіатрів, дитячих неврологів та неонатологів щодо виявлення, лікування і диспансерного спостереження хворих з пренатальними та перинатальними ураженнями ЦНС, в т. ч. вродженими вадами та аномаліями розвитку, нейроінфекціями, гіпоксично-ішемічними і геморагічними ушкодженнями, пологовою травмою головного та спинного мозку з метою попередження ускладнень та дитячої інвалідності, котра щорічно зростає на 2–3 % та досягла рівня 15 % з числа виходжених новонароджених.

Модуль “Технології діагностики, лікування та попередження несприятливих наслідків кардіо-респіраторної патології” призначений для неонатологів, педіатрів, сімейних лікарів, дитячих анестезіологів, кардіологів, пульмонологів та імунологів і має за мету навчити не тільки нових технологій проведення реанімації, заміщення підтримки функції зовнішнього дихання, кровообігу та обміну в компенсованих параметрах гомеостазу дитини, але й опанувати медичний супровід та реабілітацію дітей після виписки зі стаціонару, особливо при такій важкій формі патології, як бронхолегенева дисплазія, пневмосклероз та легенева гіпертензія, котрі спостерігаються у більшості виходжених дітей до 3–4 років та мають особливості ведення, розуміння суті яких знаходиться в неонатальному періоді.

Модуль “Сучасні методи діагностики, лікування та диспансеризація новонароджених з патологією внутрішніх органів” також складений для неонатологів та спеціалістів суміжних дисциплін, зокрема для фахівців УЗ діагностики, ЯМР та КТ візуалізації, особливо в частині, що стосується трактування отриманих результатів (котрі часто виявляються, але не описуються або хибно оцінюються як варіант норми у незрілих дітей, що сьогодні не відповідає реальним потребам якісної медичної допомоги новонародженим). Крім того, діти, що були виписаними додому на 3 день життя як “здорові”, можуть проявити па-

тологію серцево-судинної системи, печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової, щитоподібної, вилочкової та надниркових залоз, сечовивідної та статеві систем вже через декілька днів, про що мають знати педіатри, сімейні лікарі, спеціалісти УЗД, котрі пропускають або невчасно діагностують вроджені тимомми, пухлини Вільямса, холестатичні та інші гепатити, панкреатити, адрено-генітальний синдром, зоб і інше, що призводить до запізнілої госпіталізації і розвитку незворотних ускладнень, високої летальності дітей до року від керованої патології.

Модуль “Новітні технології виходжування, вигодування, діагностики, лікування та попередження несприятливих наслідків патології недоношених дітей з дуже малою та екстремальною малою масою тіла” призначений не тільки для неонатологів, але й всіх фахівців суміжних спеціальностей, котрі виконують їм рентген, ЯМР КТ і УЗД дослідження, оцінюють імунний статус, консультують з метою визначення активних та персистуючих інфекцій тощо. Необхідні нові знання та досвід для якісного виходжування недоношених дітей, що викладаються в даному розділі, з’являються в спеціальній літературі та у фахівців спеціалізованих перинатальних центрів щорічно і раніше не включались в програми дипломного та післядипломного навчання.

Наш досвід свідчить, що найкраще одночасно проводити підготовку всіх фахівців перинатальних центрів бригадним методом, сформувати у них ефективну взаємодію щодо якісного виходжування та діагностики патології недоношених. Ще кращі результати виходжування дітей з дуже малою масою тіла там, де одночасно цього навчають дипломованих медичних сестер по догляду в палатах інтенсивної терапії, що в Україні ще необхідно впровадити.

Крім переліченого, програма циклу враховує вимоги Протоколів діагностики та лікування суміжних з неонатологією спеціальностей, містить нові знання з фізіології та патології вагітних, ембріона, плода, недоношених новонароджених та матерів-годувальниць, котрі появились за останні 5–7 років. Для слухачів приготовлені відповідні методичні посібники, тренажери для засвоєння технологій проведення ШВЛ, неінвазивної СРАР терапії, а також комп’ютерні програми оцінки даних досліджень ЕЕГ, ЕХОКГ, ЕКГ, гемограми, розрахунку інфузійної терапії, харчування та інше.

Спеціалісти мають можливість пройти навчання на циклі в цілому або на одному чи кількох модулях за фахом, з отриманням сертифіката, що засвідчує рівень оволодіння знаннями та необхідними практичними навичками (ознайомився, засвоїв, набув необхідної компетентності відповідно до фахової кваліфікаційної характеристики) з зазначенням терміну навчання та кількості балів для подальшої атестації за спеціальністю.

Висновок. Впровадження модульної системи організації навчального процесу на циклі для суміжних спеціалістів дозволило не тільки підвищити мотивацію до навчання, але й скоротити термін удосконалення і покращити результати лікувально-діагностичної роботи в практиці охорони здоров’я матерів та дітей в Харківському регіоні.

Позитивний досвід післядипломної підготовки лікарів суміжних спеціальностей з неонатології заслуговує на його впровадження в управліннях охорони здоров’я великих міст країни, де вже є або створюються перинатальні центри з відповідними умовами надання кваліфікованої допомоги недоношеним новонародженим та дітям з вродженою і перинатальною патологією, котрі регламентовані наказами МОЗ України, національними та міжнародними протоколами.

УДК 616–053.31–036.882-08.001.85

ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ НАВЧАННІ МЕТОДИКИ РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ У ПОЛОГОВІЙ ЗАЛІ

Т. М. Клименко, О. А. Сердцева, Т. В. Сандуляк

Харківська медична академія післядипломної освіти

INTRODUCTION OF THE CREDIT-MODULAR SYSTEM OF ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS IN TEACHING OF REANIMATION METHODOLOGY OF NEW BORN AT THE DELIVERY ROOM

T. M. Klymenko, O. A. Serdtseva, T. V. Sandulyak

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті наведено досвід впровадження та переваги кредитно-модульної системи організації навчального процесу при післядипломному навчанні лікарів методики реанімації новонароджених у пологовій залі. Показані дидактичні особливості структурування матеріалу при формуванні змістовних модулів та їх наповнення, алгоритм висвітлення курсу, пізнавальні, афективні та психомоторні навчальні завдання і методика оцінки отриманих знань та практичних навиків.

The article is about the experience of the credit–modular system of organization of the educational process introduction and its advantages for the post-graduate education of doctors who study methods of newborn reanimation in the delivery room. The didactical peculiarities of materials structuring in substantial modules formation and their filling, algorithm of the course elucidation, cognitive, affective and psychomotor learning exercises and methods of estimation of the obtained knowledge and practical skills are also shown in it.

Вступ. За даними ВООЗ, на частку асфіксії при народженні від різних причин, у розвинених країнах і країнах, що розвиваються, припадає майже 19 % від приблизно 5 мільйонів смертей, що реєструються щорічно в неонатальному періоді [1]. Близько 5 % дітей, що вижили з даною патологією, у наступних періодах життя, формують затяжні та хронічні захворювання, інвалідність з дитинства. Фахівці, що оточують немовлят, повинні бути здатні і готові (компетентні) в лічені секунди, за строго визначеним алгоритмом дій, виконати необхідний обсяг мануальних та лікувально-діагностичних заходів із заміщення відсутніх або неефективно здійснюваних дитиною функцій дихання, кровообігу, метаболізму. При цьому необхідно дотримувати спеціальні умови надання допомоги новонародженим, особливо недоношеним, що виключають агресію (біль, охолодження, голод, механічний вплив, інфікування, введення необґрунтованих лікарських препаратів або концентрацій кисню тощо) і, по можливості, що імітують внутрішньоматкове середовище. Всього цього необхідно ретельно навчатися.

Основна частина. Колектив кафедри неонатології Харківської медичної академії післядипломної освіти з 1996 року проводить навчання методики реанімації новонароджених у пологовому залі лікарів неонатологів, акушерів-гінекологів, анестезіологів-реаніматологів та акушерок, які працюють в родопомічних закладах як єдина команда. За цей період часу накопичений великий досвід організації та проведення навчального процесу у вирішенні проблем підготовки кадрів для практичної охорони здоров'я, який з 2007 року оформлений як цикл тематичного удосконалення "Невідкладна допомога новонародженим в родопомічних закладах", а в останні роки – реорганізований за кредитно-модульною системою.

За основу циклу тематичного удосконалення взято матеріали Програми реанімації новонароджених (ПРН) Американської академії педіатрії та Американської кардіологічної асоціації, що базуються на рекомендаціях з серцево-легеневої реанімації та серцево-судинної допомоги новонародженим (Circulation, 2005; 112 (suppl): V – 188-IV – 195) [2], та наказ МОЗ України № 312 від 08. 06. 2007 року "Про затверд-

ження клінічного протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим” [3].

Курс ПРН містить 9 уроків, що включають в себе загальний огляд і принципи реанімації, початкові етапи реанімації, відновлення функції зовнішнього дихання та гемодинаміки, показання та особливості інтубації трахеї у новонароджених, а також принципи післяреанімаційної допомоги та етичні проблеми, пов’язані з реанімацією новонароджених і спілкуванням персоналу з їх батьками.

Кожен урок складається з теоретичної частини з розбором основних моментів і практичної частини, на якій освоюються мануальні навички проведення процедур на муляжах з використанням реанімаційного обладнання.

ПРН забезпечується добре ілюстрованим програмним підручником [4], інтерактивним мультимедійним CD-ROM 5-го видання Підручника реанімації, а також відеофільмами з алгоритмами і технікою виконання процедур, анатомічними малюнками, схемами та вимогами до експлуатації обладнання.

У процесі підготовки до занять у позаурочний час слухачі самостійно працюють з підручником і відеоматеріалами, проводять самоперевірку освоєних знань кожного уроку з питань і відповідей до них. Якісна попередня самопідготовка дозволяє скоротити терміни навчання на циклі, підвищити мотивацію слухачів до набуття знань і навичок, щоб по його закінченню бути компетентним у питаннях проведення реанімації новонароджених та післяреанімаційного виходжування, а також отримати кваліфікаційний сертифікат – ліцензію на право такої діяльності в лікувальному закладі.

В очній частині навчання ефективність самопідготовки перевіряється претестом – вступним контролем знань, який виявляє готовність слухача до освоєння всього матеріалу циклу. Потім фахівці вивчають навчальний матеріал ПРН на заняттях з викладачем у загальній групі по 12–16 чоловік, як повідомлення інформації (лекція чи семінар). Для контролю ступеня засвоєння отриманих знань проводиться тестування. В кінці кожної теми курсанти відповідають на 15–20 питань письмового тесту. Викладачі “малих груп” з 6–8 чоловік перевіряють відповіді слухачів відразу ж за допомогою еталонів. В одній контрольній роботі допускається не більше 2 помилок. Позитивний результат (оцінка) теоретичної підготовки є “перепусткою” для подальшого відпрацювання практичних навичок у команді з викладачем у групах по 2–3 людини.

Компетентність слухачів в питаннях надання необхідної допомоги в конкретних клінічних ситуаціях

(навколоплідні води чисті або з меконієм; дитина неактивна; відсутнє самостійне дихання; число серцевих скорочень більше або менше 100 за хвилину; у немовляти є прояви аномалій розвитку або пологової травми тощо – всього їх близько ста варіантів) набувається під час самостійної роботи в командах шляхом поєднання отриманих знань і навичок на раніше пройдених уроках для вирішення конкретних ситуаційних завдань та перевіряється за алгоритмами вирішення завдань і еталонами проведення процедур.

ПРН розрахована на кілька днів навчання. Однак цього періоду недостатньо для набуття знань, навичок та компетентності реанімації в пологовому залі і після реанімаційного ведення хворих та недоношених дітей з дуже низькою і екстремально низькою масою тіла. Тому при організації навчального процесу на циклі тематичного удосконалення “Невідкладна допомога новонародженим в родопомічних закладах” за кредитно-модульною системою ПРН і Підручник реанімації новонароджених 5-го видання взяті лише за основу. Цикл побудований з двох основних модулів: модуля відновлення адекватної функції зовнішнього дихання і модуля відновлення і підтримання гемодинаміки.

Кожен модуль складається з декількох змістовних модулів і включає відомості про допологову і перинатальну допомогу та внутрішньоутробний розвиток плода; про адаптацію, становлення та моніторинг основних життєвих функцій у новонароджених різних клінічних груп, а також вимоги наказів МОЗ України з фізіологічного виходжування доношених (наказ № 152) та недоношених дітей (наказ № 584) [5, 6, 7].

Модуль з відновлення функції зовнішнього дихання включає положення Протоколу з надання медичної допомоги новонародженим з дихальними розладами [8]. Якщо дитина відразу після народження не реагує на відновлення прохідності дихальних шляхів і тактильну стимуляцію (ініціацію перших вдихів), то необхідно швидко і правильно почати вентилувати легені за допомогою ручного респіратору через маску з позитивним тиском на вдиху. Здатність швидко і правильно виконати ШВЛ вимагає майстерності і досвіду. Тому, перш ніж почати застосовувати даний обсяг реанімаційної допомоги, необхідно познайомитися з устаткуванням і способами його використання, вивчити, яким чином можна безпечно вентилувати легені новонародженого за допомогою ручного респіратору і маски, дізнатися конкретні показання до початку ШВЛ і припинення її. Інформація для навчання та технології оволодіння навичками проведення ШВЛ методологічно розділені на три змістовних модулів.

У першому змістовному модулі ті, хто навчається, дізнаються, як вибирати обладнання для конкретного хворого і як воно працює, їх знайомлять з типами мішків і масками, манометром, перевагами ручних респіраторів, що самі наповнюються, відмінністю їх від анестезіологічних мішків, а також апаратурою та методиками проведення ШВЛ. Крім того, слухачі відпрацьовують навички – як перевірити справність і зібрати обладнання, демонтувати його для очищення та санітарної обробки.

Другий змістовний модуль присвячений конкретним показанням і протипоказанням для проведення вентиляції легенів за допомогою мішка і маски або апаратом ШВЛ, техніці і особливостям виконання маніпуляції в кожній клінічній ситуації, оцінці ефективності та способам подолання проблем при неефективній вентиляції легенів.

У третьому навчальному модулі лікарі на практиці освоюють застосування ручного респіратора, що сам наповнюється, і маски, апарата ШВЛ в ділових іграх на муляжі і тренажері. Фахівці дізнаються, яким чином забезпечується і на практиці здійснюють щільне прилягання респіраторної маски до обличчя новонародженого, імітують “перші вдихи” і проводять вентиляцію легенів ручним респіратором або апаратом ШВЛ, уникаючи можливих ускладнень, а також вчать чітко дотримуватися рекомендованої частоти вдихів і величини тиску на вдиху в кожній конкретній клінічній ситуації.

Модуль відновлення гемодинаміки складається з двох навчальних змістовних модулів. Коли новонароджена дитина не реагує на вентиляцію мішком і маскою під позитивним тиском і число серцевих скорочень знижується до 60 ударів на хвилину, їй необхідно проводити непрямий масаж серця. У першому навчальному модулі студенти знайомляться з конкретними показаннями, технікою проведення, глибиною, частотою компресій грудної клітки і можливими ускладненнями при проведенні непрямого масажу серця. Практична частина присвячена відпрацюванню навичок координації вентиляції з непрямим масажем серця. У заключній частині обсяг отриманої інформації закріплюється тестовим контролем знань.

Другий змістовний модуль включає в себе питання застосування медикаментозної терапії в пологовому залі. У процес роботи на циклі з ПРН і наказом МОЗ України № 312 слухачі засвоюють медикаменти, що використовуються при реанімації та веденні дітей в постреанімаційному періоді, шляхи їх введення та способи оцінки ефективності. Практична час-

тина представлена у вигляді “ділової гри” з відпрацюванням навичок з катетеризації вени пуповини, внутрішньовенного і ендотрахеального введення медикаментів під час реанімації новонароджених у пологовому залі.

Окремим розділом курсу ПРН є інтубація трахеї у новонароджених, становить 0,6 кредитних балів ECTS. У цьому розділі ті, хто навчається, знайомляться з показаннями до інтубації трахеї, підготовкою необхідного обладнання. У практичній частині слухачі разом із педагогом відпрацьовують навички використання ларингоскопа для інтубації трахеї, особливості введення та фіксації ендотрахеальної трубки, визначають глибину і правильність розташування, а також вчать використовувати її для санації трахеї від меконіальних вод та вентиляції легенів під позитивним тиском.

У кожен змістовний модуль включені вимоги щодо профілактики інфікування дитини та проведення інфекційного контролю [9]. Загальні і змістовні модулі закінчуються тестовим контролем отриманих знань та іспитом на володіння навичками проведення реанімаційних заходів за конкретними алгоритмами, а також заповненням медичної документації у формі Протоколу реанімації в історії розвитку новонародженого з конкретної ситуаційної задачі. Всі теми змістовних модулів забезпечені методичними розробками (сценарієм проведення) лекцій, семінарів і практичних занять.

За останні три роки навчено на циклі більше 300 чоловік, сформована бригада інструкторів, члени якої забезпечують безперервний тренінг лікарів і акушерок в пологових будинках. В результаті впровадження циклу в Харківському регіоні знизилася летальність новонароджених від асфіксії з 20 до 9 %, а в окремих установах – до 4 %, зменшилася частка асфіксії новонародженого в інвалідності дітей, скоротилися терміни перебування дітей з важкою асфіксією на ШВЛ і тривалість їх лікування в регіональному відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

Висновок. Кваліфікаційна підготовка лікарів на циклі “Невідкладна допомога новонародженим в рододопоміжних закладах”, що проводиться за кредитно-модульною системою організації післядипломної освіти, істотно підвищує якість і результативність навчання, скорочує терміни очної частини занять і мотивує слухачів на набуття компетентності в питаннях надання реанімаційної допомоги новонародженим. Крім того, слухачі залучаються до процесу подальшої безперервної освіти, вдосконалення знань і умінь за виробленим на циклі алгоритмом навчання.

Література

1. The World Health Report. – 1995: Geneva. – World Health Organization. – 1977. – 21 p.
2. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. In: Gilstrap L.C., Oh W., eds. Guidelines for Perinatal Care. 5th ed. Elk Grove Village, III: American Academy of Pediatrics. – 2002. – 187 p.
3. МОЗ України. Наказ № 312 від 08.06.2007 “Про затвердження клінічного протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим”. – Київ, 2007. – 53 с.
4. Учебник реанимации новорожденных. – [5-е изд.]. – Львов : Лига-Пресс., 2007. – 290 с.
5. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь // Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ. – Женева, 2002. – С. 5–9.
6. МОЗ України. Наказ № 152 від 04.04.2005. “Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною”. – Київ, 2005. – 23 с.
7. МОЗ України. Наказ № 584 від 29.08.2006. “Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні”. – Київ, 2006. – 63 с.
8. МОЗ України. Наказ № 488 від 21.08.2008. “Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами”. – Київ, 2008. – 56 с.
9. МОЗ України. Наказ № 234 від 10.05.2007. “Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах”. – Київ, 2007. – 80 с.

УДК371.385.4:579:616.31

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ГУРТКА НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ

С. І. Климнюк, Л. Б. Романюк, Н. І. Ткачук, О. Б. Кучмак, Т. О. Бригідир
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

WORK ORGANIZATION OF THE STUDENTS MICROBIOLOGY SCIENTIFIC GROUP AT THE DEPARTMENT OF MEDICAL BIOLOGY, MICROBIOLOGY, VIROLOGY AND IMMUNOLOGY

S. I. Klymniuk, L. B. Romaniuk, N. I. Tkachuk, O. B. Kuchmak, T. O. Bryhidyr
SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

Стаття присвячена роботі студентського наукового гуртка з мікробіології на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського, що ґрунтується на індивідуальному підході до кожного студента, і перевагам такої організації праці.

The article is dedicated to the work of the Student’s Microbiology Scientific Group at the Department of Medical Biology, Microbiology, Virology and Immunology of Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky. This work is based on the individual approach to each student, which is also reflected in the article as an advantageous aspect.

Вступ. Триває громадське обговорення проекту Програми розвитку вищої медичної освіти до 2015 року, розробленої Міністерством охорони здоров’я. Для її реалізації необхідні суттєві зміни та ґрунтовні реформи, що вимагають не лише кваліфікованих кадрів, але й чималих коштів. Зі слів начальника управління освіти та науки МОЗ України Олександра Волосовця [1, 2], в межах цієї програми планується запровадити в медичних вузах та закладах післядипломної освіти законодавчо визначене співвідношення викладач-студент, коли кількість студентів у групі не перевищуватиме 6 осіб, а не 10–15, як буває нині. Це потребує щорічних додаткових фінансувань та збільшення кількості викладачів, з паралельним оновленням навчально-методичної бази, запровадження нових технологій, що виправдовує кінцеву мету – поліпшити якість підготовки майбутнього лікаря.

За оцінками фахівців, в нашій країні ще не досягнуто рівня фундаментальної та клінічної підготовки лікарів, який би цілком відповідав сучасним міжнародним стандартам, повільно запроваджуються в навчальний процес сучасні наукові розробки, спостерігається постаріння викладацького складу. Водночас медична освіта не пасе задніх і щорічно кількість абітурієнтів до медвузів збільшується [3, 4]. За ре-

зультатами Всеукраїнського рейтингу вищих навчальних закладів “ТОП-200”, майже всі державні вищі медичні вузи увійшли до 60 кращих університетів країни. У 2008 р. за рейтингом вищих медичних навчальних закладів України з комплексної оцінки результатів державного тестування студентів та інтернів за системою “Крок” Тернопільський медуніверситет посів четверте місце, а серед фармацевтичних факультетів – перше місце. За показником державного ліцензійного іспиту “Крок – 2”. “Загальна лікарська підготовка” випускники медичного факультету ТДМУ 2009 року розділили третє місце з випускниками Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, а останні роки завжди посідає провідне місце серед вищих медичних вузів України [4, 5].

Основна частина. На кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології мікробіологічний гурток працює від часу заснування кафедри. Впродовж останніх років велика кількість студентів виявляє бажання займатись певними практичними фрагментами наукової роботи. Багато з них приходять у гурток із своїми оригінальними ідеями, і викладачі, зазвичай, допомагають у їх реалізації. Молоді викладачі, які прийшли на кафедру впродовж ми-

нух років, здебільшого, займалися у наукових гуртках на різних кафедрах університету. Це дає їм можливість краще зрозуміти та зорієнтувати нинішніх студентів у науковій роботі.

Організація роботи гуртків університету в основному проводиться за уніфікованою схемою: щорічно на початку навчального року керівник гуртка після перших організаційних зборів, куди приходять всі бажанчі, визначається з тематичним планом засідань на семестр чи на навчальний рік, і подає його у студентське наукове товариство. Впродовж навчання, згідно з затвердженим планом, проводяться збори, до яких долучаються викладачі кафедри, і виступають із доповідями студенти-гуртківці. Разом вони обговорюють актуальні питання того чи іншого напрямку досліджень та новини в обраній галузі науки.

Донедавна на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології мікробіологічний гурток працював за такою ж схемою, але враховуючи специфіку предмета та рівень практичних навичок студентів II курсу, викладачі спробували модернізувати організацію праці молодих науковців і максимально наблизити її до правил виконання дисертаційних робіт. Переваги такого розкладу виявились незаперечними, оскільки кожен окремий студент має свого наукового керівника і займається з ним індивідуально. За бажанням гуртківців викладачі-наставники створюють малі групи з 2-3 осіб, що працюють над однією визначеною темою. Це дає змогу студентам краще опанувати практичну частину обстеження і самостійно проводити як забір матеріалу, так і всі етапи мікробіологічних досліджень під контролем викладача. Більшість викладачів кафедри в минулому лікарі-практики, що дозволяє максимально наблизити бактеріологічні дослідження до клінічної практичної медицини. По-перше, за спільними домовленостями із дільничними лікарями поліклініки та стаціонару відбирається певний контингент пацієнтів, щоб забезпечити надходження клінічного матеріалу. В цьому також беруть участь студенти-гуртківці. По-друге, індивідуальна робота з кожним студентом дає можливість скласти керівнику гнучкий графік, що не порушуватиме основну роботу бактеріологічної лабораторії кафедри тому, що специ-

фіка досліджень вимагає певних затрат і часу, і коштів: приготування середовищ, виготовлення, фарбування та перегляд препаратів-мазків, культивування мікроорганізмів, їх ідентифікація.

Така організація праці за останні три роки дала свої результати не лише в плані презентації доповідей студентів на Міжнародному конгресі студентів і молодих вчених, що проводиться щорічно в університеті, але й на інших конференціях. Наші гуртківці опублікували у співавторстві 5 статей у фахових журналах за результатами власних досліджень: "Вісник наукових досліджень", "Медичні перспективи", "Здобутки клінічної і експериментальної медицини", "Новини стоматології". Студенти, що закінчили навчання на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології, також продовжують відвідувати гурток і проводити дослідження. Багато з них, приходячи на клінічні кафедри уже з багажем певних знань і досвіду дослідницької роботи, займаються в гуртках там. Це зміцнює міжпредметні зв'язки та покращує інтеграцію теоретичних знань у практичну медицину.

Висновки. Узагальнюючи особливості організації роботи із студентами у мікробіологічному гуртку на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології, можна відмітити:

- індивідуальний підхід до кожного студента сприяє кращому опануванню методик дослідження і практичному виконанню самими студентами фрагментів науково-дослідної роботи;

- заняття у гуртку на молодших курсах покращує підготовку майбутніх фахівців у галузі наукових досліджень і допомагає їм інтегрувати свої теоретичні знання у практичну медицину;

- самостійне виконання мікробіологічних досліджень дасть змогу майбутньому лікарю-практику чи науковцю конкретніше визначити перелік і обсяг методик, необхідних для реалізації певної мети.

Поряд з цим, заняття у гуртку стимулює студентів до наукового мислення, і в подальшому може бути корисним при плануванні дисертаційних робіт, що, в свою чергу, сприятиме становленню майбутніх науковців для роботи у науково-дослідних та освітніх установах.

Література

1. Кожухар І. Медична освіта: перезавантаження / І. Кожухар // Медичний світ. – 2011. – № 11 (10). – С. 27-31. – С. 3.
2. Ковальчук Л. Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16-20.

3. Проблеми впровадження Болонської конвенції в навчальному процесі України / Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, О. В. Олійник [та ін.] // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю "Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати,

проблеми та перспективи” (20–21 травня 2010 року). – Тернопіль: ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2010. – С. 189–193.

4. Підготовка лікаря загальної практики – один з напрямків реформування вищої медичної освіти / [Ю. М. Казаков, Л. Ф. Звягінцева, В. Ю. Штомпель та ін.] // У кн.: Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I–IV рівнів акредитації

МОЗ України. – Київ – Тернопіль, 1999. – С. 32–33.

5. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я / М. Б. Бабчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко [та ін.] // Науково-медична конференція з міжнародною участю “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів”: збірник праць. – К., 2007. – С. 3–7.

УДК 378.174+614.253

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ

В. В. Коломієць, Н. В. Ванханен, Н. В. Грона, В. В. Красьоха-Денисова

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF STUDENTS' EDUCATION IN INTERNAL MEDICINE UNDER CONDITIONS OF BOLOGNA SYSTEM

V. V. Kolomiyets, N. V. Vanhanen, N. V. Hrona, V. V. Kراسiokha-Denysova

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

У статті розглянуто основні деонтологічні аспекти навчання студентів 6 курсу внутрішньої медицини в умовах реформування вищої медичної освіти, яка ставить за мету жорстко контролювати знання студентів на різних рівнях. Мистецтво медицини приділяє велику увагу гуманістичним навичкам, етичним нормам та принципово-орієнтованим цінностям. Це передбачає тісний зв'язок студента з викладачем та вчить застосовувати правила моралі у формуванні професіоналізму та його успішному впровадженню в клінічну практику.

The article reviews the basic deontological aspects of 6-year course students' education in internal medicine in the conditions of reforming the system of higher medical education that puts an aim to control hard the knowledge of students on different levels. But the art of medicine now emphasizes humanistic skills, ethical precepts, and principle-based values. It foresees close relation between a student and a teacher. These efforts can thereby result in greater moral reflection on professionalism and its successful assimilation into clinical practice.

Вступ. Істотні зміни в побудові занять з внутрішньої медицини в умовах Болонської системи, що передбачає обов'язковий тестовий контроль за виконанням студентами програми, який включає письмовий тестовий контроль початкового рівня підготовки до теми на початку кожного заняття, а потім освоєння теми на занятті в кінці його, настроює студентів більшою мірою на технічний підхід до навчання [6]. Не заперечуючи безперечних позитивних сторін Болонської системи з її жорстким і уніфікованим регулюванням навчального процесу, неможливо не турбуватися про найважливішу сторону підготовки майбутнього лікаря – спілкування з хворим і з колегами. Соціально-політичні і економічні перетворення, що відбуваються в нашій країні та супроводжуються відчуттям нестабільності, невизначеності, створили умови для перегляду принципів соціокультурного життя суспільства і окремої особи [8]. Різка зміна мотивації в праці лікаря особливо загострила актуальність гуманізації лікарської діяльності, а отже, відповідного виховання студентів в процесі їх навчання [2]. В таких умовах професійна підготовка лікаря повинна включати його деонтологічне виховання, принципи якого є невід'ємною частиною усієї лікарської діяльності [7].

Основна частина. Метою роботи є обговорення деонтологічних аспектів навчання студентів 6 курсу на кафедрі внутрішньої медицини.

У процесі навчання терапії на 6 курсі безпосередній контакт з хворим, участь в його обстеженні і лікуванні є наріжним каменем підготовки лікаря-фахівця. Під час самостійної курації хворих студенти розмовляють з хворими на найрізноманітніші теми і мають бути підготовлені відповідати на різні їх запитання, щоб сприяти підвищенню прихильності хворих до подальшого зазвичай тривалого, а часто довічного лікування хронічних захворювань.

У процесі роботи з хворими на заняттях в стаціонарах і поліклініках, під час нічних чергувань студенти не можуть не спостерігати очевидних мінусів безкоштовної медицини: тривале очікування на прийом до лікаря, обмежений час у лікаря на контакт з хворим, низька зарплатня лікаря, погане харчування в лікарнях, переповнені палати, недолік ліків і так далі. Тому особливо важливо компенсувати це високими деонтологічними принципами спілкування лікаря з хворим і з колегами.

Без уважного ставлення до хворого, доброти, співпереживання і гуманності неможливе розуміння механізмів і особливостей перебігу захворювання.

© В. В. Коломієць, Н. В. Ванханен, Н. В. Грона, В. В. Красьоха-Денисова

Без душевного контакту з хворим складно провести повну діагностику і досягти максимального ефекту від лікування. Впровадження в практику сучасних методів діагностики, у тому числі інвазивних, таких, як ендоскопія, комп'ютерна томографія, ядерно-магнітно-резонансна томографія, ангіографія та ін., вимагають часто спеціальної психологічної підготовки хворих до їх проведення з метою отримання максимального ефекту від їх використання. Впровадження нових методів лікування, зокрема нових фармакологічних засобів, також супроводжується виникненням гострих етичних проблем [5]. У процесі контролю за самостійною курацією викладач повинен націлювати студента на уважне вислуховування хворого, душевну бесіду з ним, заповнювати недолік його спілкування з часто зайнятим рутинною "паперовою" роботою лікарем.

Термін "деонтологія" ввів в обіг на початку XIX століття англійський філософ І. Бентам як визначення науки про поведінку фахівця в процесі професійної діяльності. Проте Бентам вважав, що основа поведінки людей – це індивідуалізм, свобода приватної діяльності і конкуренції, відсутність державної і громадської регламентації приватної підприємницької діяльності.

Звичайно, певні деонтологічні норми властиві різним професіям. Проте важко знайти інший такий вид діяльності людини, як медицина, де лікар відповідальний за життя і смерть людини і пов'язаний з його особою моральними правилами, стосунками в сім'ї і суспільстві.

У сучасній медицині в поняття деонтології закладений принципово інший сенс. Деонтологія розуміється як вчення про високий гуманний борг перед хворим, перед народом і суспільством в цілому. Деонтологія – це наука про моральне, естетичне і інтелектуальне обличчя лікаря, професія якого присвячена турботі про здоров'я людини [4]. Вона включає визначення взаємовідносин між лікарем і хворим, між лікарем і родичами хворого, між лікарем і його колегами та між лікарем і суспільством [1].

Нині положення ускладнюється тим, що наші громадяни, особливо старшого віку, пенсіонери, інваліди були упевнені в праві на медичну допомогу, знали, що якщо захворіють, то завжди отримають її незалежно від їх матеріального становища, і можуть розраховувати на недорогі або безкоштовні ліки. Оскільки ситуація різко змінилася, процес пояснення хворому стану справ є невід'ємною частиною лікарської роботи. Викладачеві бажано познайомити студентів з цією стороною лікарської діяльності, продемонструвати вміння зробити це акуратно і м'яко.

Найважливішим завданням є націлювання хворого на первинну і вторинну профілактику захворювань, яка в першу чергу включає зміну способу життя у бік його оздоровлення. Це одне з найскладніших завдань, оскільки вимагає зміни стійких звичок хворих, таких як паління, дієтичні прихильності, рівень фізичної активності, і пов'язане з дуже частим нерозумінням і небажанням цих змін. Від лікаря потрібно багато зусиль, терпіння, послідовності, стійкості в переконанні хворого, і формувати ці навички можна при проведенні студентами самостійної курації хворих.

Студент повинен знати, що фізикальні і інструментальні обстеження хворих, що супроводжуються неприємними відчуттями, дискомфортом, вимагають і спеціальної попередньої психологічної підготовки хворого лікарем і терплячого та доброго ставлення до хворого під час проведення обстеження [2]. У студентів слід виховувати прагнення полегшити проведення обстеження, зменшити неприємні відчуття хворого, його страх і тривогу, а не тільки суто прагматичне відношення до отримання даних обстеження, відсторонюючись від внутрішніх переживань людини [5].

Більше того, студент повинен розуміти, що спілкування лікаря з хворим починається іноді раніше їх першої зустрічі, при попередньому ознайомленні лікаря з медичною документацією пацієнта. Таким чином важливе вичерпне пізнання не лише усіх проявів хвороби, але і індивідуальності хворого для побудови необхідної лінії поведінки по відношенню саме до цього хворого. Свого часу лікар-онколог Н. Н. Петров сказав: "Основная задача медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что врач должен служить пользе больных, а не больные – пользе врача" [3]. Таке нагадування особливо важливе для лікарської свідомості студента-випускника, що тільки формується.

У студента необхідно сформувати поняття про те, що мета у лікаря і хворого, кінець кінцем, загальна (один хочевилікувати, інший –вилікуватися), але її досягнення неможливе без довірливих стосунків між ними, уважного вислуховування хворого, встановлення з ним повного контакту впродовж обмеженого часу прийому в поліклініці, знаходження хворого в стаціонарі, з урахуванням умов його життя, його стану.

Досить типовою є така ситуація: хворий стверджує, що неухильно виконував вказівки лікаря, але лікування не допомогло. Труднощі при контакті створюють і лікар, і пацієнт. Перший не завжди намагається увійти в положення хворого, хоча в ролі пацієнта йому, як правило, доводилося бувати. Частенько в медичній практиці недостатньо враховується психологія хворого.

На сучасному етапі широкого впровадження в практику імпортованих фармацевтичних препаратів виникають, як мінімум, дві серйозні деонтологічні проблеми. По-перше, це невиправдане призначення хворому дорогих препаратів, а по-друге, залучення хворих до участі у випробуваннях нових недостатньо вивчених препаратів. З цими проблемами варто ознайомити студентів медичного університету вже на 6 курсі, тому що навчання в інтернатурі включає самостійну лікарську діяльність з самостійним вибором тих або інших ліків, і початкуючий лікар повинен розуміти етичні аспекти цієї діяльності. У зв'язку з цим особистий приклад і майстерність лікарського підходу викладача до хворого є найважливішим чинником виховання у студентів витримки, м'якості в спілкуванні з пацієнтом і прагнення зробити для хворого усе можливе.

Студентові слід пояснити, що лікар не повинен забувати, що труднощі при контакті лікаря і хворого в істотній мірі залежать від стану останнього в лікувальній установі, та його індивідуальні особливості не повинні відходити на задній план. При вході до лікувальної установи у будь-якої людини може виникнути почуття страху, занепокоєння тривоги, невпевненості. У стані фізичного страждання, людина не повинна стикатися з недоброчливим ставленням, з необхідністю тривалого очікування огляду. Її може хвилювати болісність процедур, вона не знає ні причин, ні тяжкості свого захворювання, їй треба якось сформулювати причини відвідування і ін. Хворий може боятися розголосу, переживати почуття сорому. Хворого бентежить медична термінологія, недовірливі хворі можуть по-своєму тлумачити недомовленість лікаря, небажання його детально відповісти на питання. Природно, в такій ситуації він бажає, щоб його уважно вислухали, заспокоїли. Не варто роздирати молоду жінку перед групою студентів-чоловіків, в крайньому випадку її можна повернути спиною до студентів і, звичайно, перш ніж обстежувати хворого із студентами, необхідно отримати на це його згоду. Студенти повинні бачити таке дбайливе ставлення до пацієнта з боку викладача.

Література

1. Акопов В. И. Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М. : Книга-сервис, 2002. – 348 с.
2. Безюк Н. Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи / Н. Н. Безюк // Медична газета “Здоров’я України XXI сторіччя”. – 2008. – № 5. – С. 36–37.
3. Деонтология в медицине : в 2 т. / под ред. акад.

Нарешті, дуже важлива частина деонтології – стосунки з колегами. Студентам необхідно пояснити, наскільки негативно впливають на хворих слова, навіть сказані дуже бігло, про нібито неправильні дії інших лікарів, наскільки це принижує авторитет самого лікаря і медицину в цілому. В цьому напрямку особливо важливу роль відіграє особистий приклад викладача, його поведінка з лікарями-ординаторами, медсестрами, санітарками і з самими студентами. Викладачеві слід враховувати, що, на жаль, так виходить, що витрачені сили на здобуття освіти і тернистий навчальний шлях з безліччю перешкод ставить майбутнього лікаря на одну сходинку з представниками професій, що не вимагають особливої жертовності і самовіддачі, і найважливішим етапом формування таких якостей є саме ставлення викладача до студента як до колеги. Необхідно підкреслювати престижність лікарської професії, її специфіку, високе становище лікаря у контакті з хворим [7]. Лікар – єдина мирна професія, представники якої дають присягу. Спеціальний одяг, латинська мова, інструменти незрозумілого призначення, здатність вилікувати хворого (лікар владний над життям і смертю, він стоїть біля ліжка помираючого) – усе це сприяє кастовості лікарського стану. Лікар повинен відповідно до цієї кастовості виглядати (чистий халат, змінне взуття, яке не створює додаткових звуків при ходьбі в лікарні, як, наприклад, високий каблук на дамському взутті, відсутність зухвалої косметики, дорогих прикрас, різких парфумерних запахів) і поводитися (стримано, не драгуючись і не підвищуючи голосу). Студент повинен почути про ці правила від викладача хоча б один раз за час навчання, але це повинно робитися ввічливо, тактовно, ненав’язливо і підтверджуватися особистим прикладом [7]. Нарешті, з метою привертання уваги студентів до деонтологічних аспектів діяльності лікаря і закріплення цих навичок окремі завдання з питань деонтології включаються в поточний тестовий контроль.

Висновок. Таким чином, деонтологія є невід’ємною частиною навчання студентів-випускників на кафедрі внутрішньої медицини.

Б. В. Петровского. – М. : Медицина, 1988. – Т. 1. – 352 с.

4. Ожегов С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов. – М. : Оникс, 2006. – 973 с.

5. Хачатрян Т. Новые биомедицинские технологии и права человека / Т. Хачатрян // Сборник материалов Международной конференции “Биоэтические аспекты прав человека в системе образования”. – М., 2006. – С. 51.

6. Эльштейн Н. В. Современный взгляд на врачебные ошибки / Н. В. Эльштейн // Терапевт. архив. – 2005. – № 8. – С. 88–92.

7. Роль викладачів кафедри госпітальної терапії у виробленні клінічного мислення і деонтологічних підходів у майбутніх лікарів-терапевтів / Г. Ю. Панченко, О. І. Шушляпін, А. М. Шелест [та ін.] // Проблеми медичної та фармацев-

тичної освіти і шляхи підвищення якості підготовки лікарів і фармацевтів в Україні : матеріали науково-методичної конференції. – Харків : ХДМУ, 2003. – С. 74–75.

8. Шушляпін О. И. Сердце можно лечить только сердцем / О. И. Шушляпін // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 11–12. – С. 22.

УДК 614.2.07-621.397

ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО РІВНЯ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ – ПІДГРУНТЯ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва, Л. Є. Оборнєв, Н. А. Стичинська,
А. В. Владзимирський

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

INCREASING OF THE PROFESSIONAL SKILLS OF THE DIRECTORS OF MEDICAL INSTITUTIONS AS A BACKGROUND FOR THE SYSTEM REFORM

V. M. Lobas, O. T. Dorokhova, N. M. Adonieva, L. Ye. Oborniev, N. A. Stychynska,
A. V. Vladzimirskyi

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

У статті описано досвід післядипломної підготовки керівників медичних закладів, який враховує вимоги системи безперервної медичної освіти та реформування охорони здоров'я. Наведено варіанти найбільш ефективних форм навчання, які сприяють формуванню управлінських навичок.

This article adduces the experience of post-graduate training for the directors of medical institutions in frame of conception of continuous medical education. Authors has proposed a few most effective approaches for the learning process organisation which most favourable to development of the professional skills.

Вступ. Створення системи безперервного якісного навчання лікарів, реформування галузі вимагають оптимізації методичних підходів до післядипломної підготовки керівників медичних закладів. Досвід кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я й епідеміології факультету інтернатури і післядипломної освіти Донецького національного медичного університету ім. М. Горького у вирішенні цієї проблеми тісно пов'язаний з системою програмно-цільового управління якістю підготовки фахівців, що передбачає орієнтацію навчання на професійну діяльність. Відповідно до цієї системи, курсанти-керівники медичних установ опановують практичні уміння управлінців, спрямовані на підвищення якості медичної допомоги [1].

Основна частина. Оновлення підходу до підготовки управлінців нового типу ми бачимо у збагаченні програми викладанням проблем, що спрямовані на підвищення ефективності системи охорони здоров'я, а саме наукових, правових, економічних основ управління, програмно-цільового планування, стандартизації в охороні здоров'я, інформаційного забезпечення, правового регулювання діяльності.

Наприклад, на даний момент зростає актуальність методу програмно-цільового планування і фінансу-

вання. У результаті аналітичної роботи були сформульовані цілі викладання цього методу, його ідеологія, обґрунтовані підходи до класифікації цільових комплексних програм, розроблений алгоритм їхнього створення. Вивчаючи цей метод і впроваджуючи його в практику, організатори охорони здоров'я головний акцент роблять на забезпечення ефективних профілактичних заходів на різних етапах і рівнях медико-санітарної допомоги [2].

Невід'ємною складовою викладання методу програмно-цільового планування і фінансування є розділ, що стосується технології розробки і прийняття управлінських рішень. Кафедрою розроблено методичне супроводження різних форм практичних занять для засвоєння цієї теми: від традиційних практичних занять до рольових ігор та тренінгів. Загальною метою цих занять є уміння використовувати різноманітні методи прийняття управлінських рішень, технологію роботи над управлінським рішенням при оперативному чи поточному виді керування, забезпечувати умови "запуску" рішення на виконання, здійснювати контроль за реалізацією управлінських рішень.

Наступним кроком до підвищення майстерності управлінців і якості медичної допомоги є посилення уваги організаторів охорони здоров'я до питань стан-

© В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва та ін.

дартизації [3]. Щоб застосування стандартів було ефективним, у першу чергу, потрібно їхнє правильне розуміння й облік обмежень при використанні. Основна частина питань – це лекційний матеріал, що стосується цілей, задач, принципів стандартизації, накопиченого досвіду, міжнародних проектів, використання медичних стандартів. Питання, що вимагають обговорення, виносяться на семінарські заняття. Організатору охорони здоров'я необхідно знати стандарти, що прийняті і затверджені в його лікарській сфері. Для цього курсанти виконують самостійну роботу – класифікацію стандартів, використовуваних у конкретних медичних установах. Такий підхід до викладання теми дозволяє керівникам медичних установ краще зрозуміти зростаючі значення стандартів медичної допомоги і необхідність їхнього використання в практичній охороні здоров'я.

Керівник будь-якого рівня здійснює свої функції, ґрунтуючись на інформації. Інформація допомагає керувати. Але й інформацією можна і потрібно керувати [4]. Сучасне середовище функціонування медичної установи, інформаційне забезпечення керування є під впливом змін в інформаційних технологіях: розвиваються існуючі і створюються нові. Тому керівники повинні розуміти основні тенденції інформаційних технологій і бути здатними приймати важливі рішення щодо їхнього використання. Для підвищення ефективності керування організаторів інформують про наявні на ринку інформації ліцензійні програмні продукти, проводяться заняття для підвищення комп'ютерної грамотності.

Сучасний етап реформування охорони здоров'я характеризується усе більш активним використанням комп'ютерних технологій, зокрема телемедицини. Оскільки телемедицина використовується в різних галузях практичної медицини, то при реалізації телемедицинських програм стає очевидною потреба в медичних працівниках, що професійно займаються телемедициною. Навички використання телемедицини необхідні й організаторам охорони здоров'я. Упровадження телемедицинських систем у керування охороною здоров'я дозволить підняти на більш високий рівень інтеграційні і координаційні процеси в медичній галузі [5]. Саме тому до навчальної програми включено блок лекцій і практичних занять з телемедицини.

Ведуча роль у моральному формуванні персоналу лікувально-профілактичних установ належить їхнім керівникам. Діяльність керівника повинна бути спрямована на створення ідеології організації, в основі якої – повага і співчуття до пацієнтів і колег, доброзичливість, бажання допомогти. Кафедрою розроблена

методологія підготовки керівників медичних установ з питань професійної етики, деонтології і їхнього правового забезпечення. При оволодінні практичними навичками виховної роботи курсанти переконуються в тому, що уміле використання соціально-психологічних методів керування сприяє формуванню спектра принципів, правил, методів, що забезпечують ділову активність організації. Планомірна робота керівника, спрямована на дотримання медичним і технічним персоналом принципів медичної етики і деонтології, запобігає медичним помилкам [6].

В умовах реформування охорони здоров'я, що припускає визначення насамперед місця і ролі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у всій системі медичної допомоги й організації ПМСД на принципах сімейної медицини, значну роль відіграють відношення до цієї проблеми керівників існуючих медичних установ і розуміння ними задач, рішення яких вимагає ця реформа. Поетапне реформування ПМСД в Україні на принципах сімейної медицини потребує від організаторів охорони здоров'я умінь використовувати, при необхідності, наявні у світовій практиці знання і досвід з реорганізації системи ПМСД на принципах сімейної медицини. Тому керівники медичних установ повинні знати основні принципи організації такої допомоги, характеристику існуючих організаційних моделей роботи сімейних лікарів, задачі і зміст роботи підрозділів сімейних амбулаторій [7].

Формування умінь організувати надання ПМСД на принципах сімейної медицини в курсантів передатестаційного циклу і циклу спеціалізації за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" здійснюється на семінарах-дискусіях, під час яких обговорюються основні питання даної теми. Курсанти мають можливість викласти матеріали, отримані з різних джерел літератури, і навести приклади зі своєї практики, висловити свою точку зору, задавати питання і т. д. Викладач надає додаткові матеріали з досліджуваної проблеми, робить акценти, систематизує і, при необхідності, коректує дані, що викладаються курсантами.

Участь у семінарах курсантів – керівників установ охорони здоров'я різного профілю, що працюють у бюджетній і в комерційній сферах, дає можливість їм обмінятися досвідом, обговорити актуальні питання і визначити роль закладів охорони здоров'я, що надають ПМСД на принципах сімейної медицини, в рішенні основних проблем, зв'язаних зі здоров'ям населення. Розглядаються способи організації взаємодії лікаря загальної практики з іншими системами, у тому числі з райдержадміністрацією, санітарно-епідеміологічною службою, адміністрацією установ

і підприємств, розташованих на території області, відділом освіти і соціального захисту, пенсійним фондом, адміністрацією дошкільних установ, шкіл і т. д.

Зміни стосуються не тільки тематики курсу. В умовах реформування вищої школи особливого значення набуває вибір найбільш ефективних форм і засобів передачі інформації з метою оптимізації роботи тих, яких навчають [8]. Той самий матеріал може бути представлений декількома засобами навчання. У традиційному навчальному процесі до них відносять запис на дошці, слайд, плакат, відеофільм, підручник, слово викладача. Використовуючи сучасні інформаційні технології, цей список можна доповнити електронними виданнями, мультимедійними презентаціями, розміщенням інформації на кафедральному сайті.

Кафедрою розроблений електронний навчальний посібник “Здоров’я населення: статистичні та економічні методи його вивчення”, що відповідає основним вимогам кредитно-модульної системи навчання і дає можливість самостійно вивчати окремі змістовні модулі програми і проводити відповідний контроль з боку викладачів. Розроблене електронне видання зберігає всі можливості звичайних підручників, а також має принципово нові якості, що забезпечують принципово новий рівень наочності, ілюстративності, структурованого представлення великого обсягу інформації й ефективного пошуку потрібної інформації. Досвід використання цієї розробки дозволяє зробити

такі висновки: електронне видання сприяє творчому засвоєнню матеріалу, підвищенню зацікавленості курсантів при вивченні проблем здоров’я населення, а головне – дозволяє активно формувати навички професійної управлінської діяльності.

Велика частина лекційного матеріалу – це мультимедійна презентація, що поєднує кілька видів інформації: текст, нерухомі зображення (малюнки, фотографії, графі логічної структури), що рухаються зображення (мультиплікація, відео), звук. Така подача інформації дозволяє комбінувати навантаження на різні канали сприйняття (аудіо, візуально-образний чи візуально-вербальний), що робить матеріал більш доступним для засвоєння представниками різних сенсорних типів особистості.

Сайт кафедри забезпечує слухачам курсів підвищення кваліфікації – керівникам медичних установ відкритий доступ до навчальних матеріалів через глобальну комп’ютерну мережу Internet. Використовуючи матеріали сайту, організатори охорони здоров’я краще розуміють значення впровадження сучасних інформаційних технологій, оскільки своєчасна обробка інформаційних потоків істотно впливає на якість керування.

Висновок. Така методика викладання розширює теоретичні знання і дозволяє виробити конкретні професійні уміння керівників у рішенні питань керування лікувальними установами в умовах реформування системи охорони здоров’я.

Література

1. Здоров’я населення : статистичні та економічні методи його вивчення : навчальний посібник/ [Лобас В. М. та ін.]. – [3-тє вид., випр. та доп.]. – Донецьк, 2004. – 222 с.
2. Лобас В. М. Преимущества программно-целевого планирования в здравоохранении на этапе реформирования / В. М. Лобас // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч.-пед. статей. – Донецк, 2006. – Вып. 14. – С. 44–48.
3. Медицинские стандарты: есть прогресс! Специализированный медицинский сайт. “Еженедельник Аптека”, № 2 (573) от 15.01.2007 г. <http://www.apteka.ua>.
4. Информация в процессе управления / В. М. Лобас, Е. Т. Дорохова, Н. Н. Адоньева, Г. А. Слабкий // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч.-пед. статей. – Донецк, 2005. – Вып. 10. – С. 19–21.
5. TeleTrauma. Система для дистанционного обучения-

www.telemed.org.ua.

6. Лобас В. М. Некоторые аспекты медицинской этики и деонтологии в деятельности руководителей медицинских учреждений / В. М. Лобас, Е. Т. Дорохова // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч.-пед. статей. – Донецк, 2006. – Вып. 14. – С. 111–114.

7. Сучасні пріоритети підготовки сімейних лікарів / Никоненко О. С., Шаповал Г. Д. [та ін.] // Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 5.

8. Елементи дистанційного навчання у післядипломній підготовці керівників медичних закладів / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньева [та ін.] // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч.-пед. статей. – Донецк, 2008. – Вып. 18. – С. 139–143.

УДК 617.5-053.2

ВИКЛАДАННЯ “ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ” В ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

О. О. Лосєв, М. Г. Мельниченко

Одеський національний медичний університет

TEACHING OF “PEDIATRIC SURGERY” AT ODESSA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

O. O. Losiev, M. H. Melnychenko

Odessa National Medical University

Хірургія дитячого віку – одна з найскладніших дисциплін, що викладається у вищих медичних навчальних закладах. Однак кількість аудиторних навчальних годин за фахом “Лікувальна справа” в цьому навчальному році зменшилася на 37,8 % порівняно з 2005/2006 н. р., а за фахом “Педіатрія” – на 44,4 %.

Удосконалення організації й методики підвищення якості підготовки студентів може здійснюватися за рахунок, насамперед, збільшення навчальних годин із навчального плану, що дасть можливість у майбутньому лікарям загального профілю виявляти провідні клінічні синдроми при хірургічних захворюваннях у дітей і уникати несприятливих ситуацій й дефектури. Дитяча хірургія має потребу в постійній підтримці й допомозі з боку держави й громадськості й повинна бути пріоритетною галуззю в системі охорони материнства й дитинства.

Pediatric surgery – is one of the most difficult disciplines taught in the course of medical high schools. However, the quantity of teaching hours for a degree in “Medicine” in this year decreased on 37,8 % compared to 2005/2006 school years, for a degree in “Pediatrics” – on 44,4 %.

Improving the organization and methods of the quality of students’ training may be due, primarily, an increase of hours for program. That will give a possibility for general practioners to identify key clinical syndromes of children surgical diseases and to avoid adverse situations in future. Children’s dermatology continuously needs respect and assistance from the government and the public, and should be a priority sector in the protection of motherhood and childhood.

Вступ. Дитяча хірургія – одна з наймолодших галузей медицини і водночас один із найскладніших розділів медичної допомоги дітям, які становлять чверть населення України [2]. Виникла вона на стику двох медичних спеціальностей – хірургії та педіатрії, коли стало зрозуміло, що дитину від дорослого значною мірою відрізняють анатомо-фізіологічні особливості, які більш характерні для новонароджених і дітей першого року життя.

Можливість раннього розпізнавання багатьох хірургічних хвороб у дітей різних вікових груп завдяки впровадженню сучасних високотехнологічних діагностичних маніпуляцій, а також сучасний розвиток анестезіології та реанімації дозволили виконувати складні оперативні втручання навіть у період новонародженості. Та маємо наголосити: попри усілякі досягнення техніки і технології, успішне лікування дітей з вадами розвитку і хірургічними захворюваннями ґрунтуються на правильності та своєчасності діагнозу, встановленого лікарями “першого контакту” (педіатри, сімейні лікарі та лікарі “швидкої допомоги”). Від

їхньої кваліфікації часто залежить не тільки здоров’я, але і життя дитини.

Перша кафедра дитячої хірургії в Одесі була відкрита в 1938 р., очолив її приват-доцент І. Є. Корнман. У повоєнні часи кафедрою керував видатний дитячий хірург професор М. Л. Дмитрієв. Згодом кафедрою завідувала учениця М. Л. Дмитрієва – професор Л. В. Прокопова, а потім професор Н. Г. Николаєва, нині кафедру очолює професор О. О. Лосєв.

Протягом багатьох років колектив кафедри працює над проблемами ощадливих способів діагностики та лікування гнійно-запальних захворювань, хірургії новонароджених, ортопедії та травматології, невідкладної хірургії, нейрохірургії, урології, серцево-судинної хірургії. Науковцями кафедри запропоновані оригінальні методи лікування гематогенного остеомієліту, бактеріальної деструкції легень, кісткової пластинки, лікування ехінококозу і вад розвитку в дітей. Співробітниками кафедри захищено 9 докторських і 41 кандидатська дисертація, видано 7 монографій, 7 навчальних посібників, більше 1000 наукових статей,

отримано більше 60 патентів на винаходи й більше 100 свідчень про рацпропозиції. Десятки тисяч маленьких пацієнтів одержали висококваліфіковану консультативну й лікувальну допомогу.

На жаль, показники роботи дитячої хірургічної служби України свідчать про негативні тенденції в цій галузі протягом останніх років. Забезпеченість дитячими хірургічними ліжками нижче загальнодержавного показника спостерігається в 17 регіонах України. Недостатньо дитячих хірургів в 15 регіонах, з 580 міст і районів України дитячі хірурги є тільки на 181 території. Кадрові прорахунки приводять до того, що діти оперуються дорослими хірургами, які неспроможні це робити через відсутність необхідних професійних знань, умінь і досвіду в дитячій хірургії. Належні організація, обсяг і якість надання хірургічної допомоги дітям, а також профілактичні й реабілітаційні заходи повинні виконуватися лікарями дитячими хірургами, які мають відповідну підготовку. Це необхідно враховувати і в практичній роботі лікаря загальної практики, хірурга, педіатра та ін.

Основна частина. Головна мета навчання сьогодення в медичному вузі – підготовка лікаря широкого профілю. У зв'язку із цим перед кафедрою дитячої хірургії є завдання за дуже короткий строк підготувати майбутніх лікарів до надання невідкладної хірургічної допомоги дітям, оволодіння методами клінічної діагностики, способами виявлення, лікарської тактики й профілактики найпоширеніших вад розвитку й захворювань у дітей.

Підготовка конкурентоспроможних фахівців на сучасному етапі можлива шляхом наближення вітчизняної системи вищої освіти до розвитку нових економічних зв'язків, входження її у світовий освітній процес на основі Болонської декларації [1, 3, 4]. Це завдання може бути вирішене на основі впровадження в педагогічний процес прогресивних педагогічних концепцій, нових програм і відповідних їм сучасних навчальних технологій. Згідно з кредитно-модульною системою організації навчального процесу, програма дисципліни структурована на модулі. Навчання за модулями здійснюється різними формами навчального процесу: на лекціях, практичних заняттях, самостійною роботою. Але модульна система навчання більш за все контролює, аніж навчає.

Хірургія дитячого віку – одна з найбільш складних дисциплін, що викладається в курсі вищих медичних навчальних закладів. Впровадження в практику кредитно-модульної системи припускає збільшення самостійної роботи студента, що повинен добре знати основи дисципліни, самостійно вирішувати ситуаційні

завдання, обстежити хворого, визначити план обстеження, проаналізувати отримані дані й визначити лікування, що відповідало б протоколу, прийнятому в Європі.

Для роботи із студентами 5 і 6 курсів (лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа) створено банк ситуаційних і тестових типових завдань з тем практичних занять, лекцій і самостійної роботи студентів (СРС), а також тести для оцінки знань студентів на підсумковому модульному контролі. Приклади цих питань і ситуаційні завдання відповідають вимогам навчальних програм, наближають студента до практичної реалізації отриманих знань, розширюють можливості для набуття клінічного мислення й відомостей про диференційну діагностику захворювань, технологій лікувально-діагностичного процесу. На нашій кафедрі є мультимедійне забезпечення лекцій, практичних занять за програмою “Дитяча хірургія”. Власними силами підготовлений ряд муляжів для оволодіння практичними навичками, які студенти освоюють під час проведення занять. На практичних заняттях використовуються комп'ютерні відеофільми, набори рентгенограм, комп'ютерних томограм найпоширеніших хірургічних захворювань для засвоєння методів діагностики й обґрунтування характеру лікування. Студенти беруть участь у клінічних обходах, консультуванні хворих, оформленні історій хвороб, обґрунтовують попередній діагноз.

Засвоєння навчальної програми на кафедрі проводиться під контролем теоретичних і практичних знань. Завершується навчання підсумковим модульним контролем.

Для оптимізації навчального процесу на 5 курсі медичного факультету нами видано навчальний посібник відповідно до діючої програми за дисципліною “Дитяча хірургія”, у якому представлено етіопатогенез, класифікації, особливості клінічного перебігу, принципи діагностики й лікування основних хірургічних захворювань у дітей. Посібник містить багатий ілюстративний матеріал, формує вміння використовувати знання дитячої хірургії в навчанні й у професійній діяльності.

Удосконалення організації й методики підвищення якості підготовки студентів, на наш погляд, може здійснюватися за рахунок, насамперед, збільшення навчальних годин по програмі, що дасть можливість у майбутньому лікарям загального профілю виявляти провідні клінічні синдроми при хірургічних захворюваннях у дітей і уникати несприятливих ситуацій. Ця необхідність обумовлена й поширеністю хірургі-

чної патології, збільшенням дефектури лікарями першого контакту – сімейними лікарями.

У цей час у медичних вузах України склалася скрутна ситуація щодо підготовки випускників за дисципліною “Дитяча хірургія”, перебувати осторонь від цих негативних явищ ми не можемо.

Справа в тому, що за останні 6 років неухильно зменшується обсяг навчальних годин за дисципліною “Дитяча хірургія”. А саме, кількість аудиторних навчальних годин за фахом “Лікувальна справа” в цьому навчальному році зменшилася на 37,8 % по-

рівняно з 2005/2006 н. р., а за фахом “Педіатрія” – на 44,4 % (рис. 1), що становить відповідно до фаху тільки 13,3 % (лікувальна справа) та 21,4 % (педіатрія) від навчальних годин у складі програми “Хірургія”.

Вважаємо, що в той час, коли держава направляє свої зусилля на збереження й відновлення здоров’я дітей і нації, особливо діагностику й корекцію зростаючих за кількістю вад розвитку, підготовка лікарів загального профілю з цього складного й важливого питання за таких умов викладання “Дитячої хірургії” може мати критичні наслідки в майбутньому.

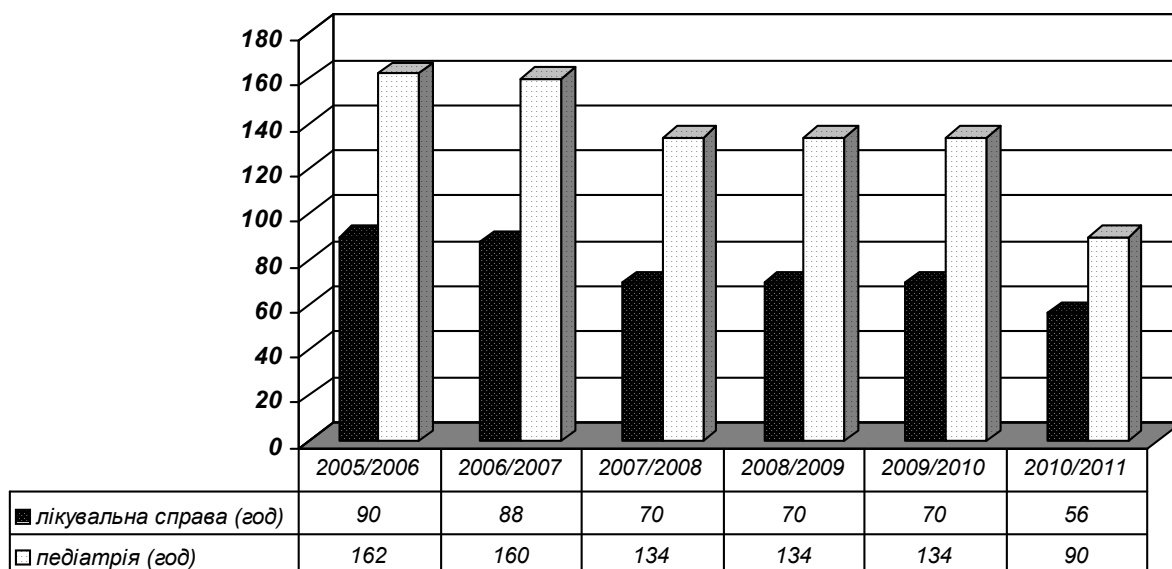


Рис. 1. Діаграма навчального навантаження за дисципліною “Дитяча хірургія”.

Висновок. Дитяча хірургія має потребу в постійній підтримці й допомозі з боку держави й громадськості й повинна бути пріоритетною галуззю в системі охорони материнства й дитинства.

Будь-яке реформування – складний і хворобливий процес. Однак реформування медичної освіти відпо-

відно до європейських вимог – реально єдиний шлях нашої держави, щоб надати кожному громадянину сучасну медичну допомогу, а для студентів – одержати якісну освіту світового рівня, стати конкурентоспроможним фахівцем і мати можливість вибору роботи в будь-якій країні.

Література

1. Вороненко Ю. В. Стан медичної освіти – очевидність глибокого реформування й неочевидність шляхів вирішення проблем / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 63–64.
 2. Кривченя Д. Ю. Хірургічні захворювання у дітей / Д. Ю. Кривченя, С. В. Лисак, О. М. Плотніков. – Вінниця : Нова книга, 2008. – 256 с.

3. Пішак В. П. Болонський процес : крок вперед чи втрата вітчизняних надбань вищої школи? / В. П. Пішак, Р. Є. Булик, Ю. І. Бажора // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 33–35.
 4. Проблеми ефективного впровадження КМСОНП в медичних ВНЗ / В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, Ю. І. Бажора, С. Ф. Гончарук // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 102–104.

УДК 378.147+611

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

М. А. Машталір, С. Б. Крамар, Г. В. Довгаль, Д. І. Назарова
Дніпропетровська державна медична академія

PECULIARITIES OF CREDIT-MODULAR SYSTEM FOR THE STUDENTS OF STOMATOLOGIC FACULTY

M. A. Mashtalir, S. B. Kramar, H. V. Dovhal, D. I. Nazarova
Dnipropetrovsk State Medical Academy

У роботі підсумований досвід викладання анатомії людини за кредитно-модульною системою для студентів медичного факультету та надані рекомендації щодо проведення навчального процесу на стоматологічному факультеті. Особливості пов'язані з коротшим терміном навчання порівняно з медичними факультетами, більш насиченою тематикою кожного заняття, пріоритетністю знань анатомії голови та шиї. При навчанні студентів стоматологічного факультету використовується системний принцип викладання, 12 змістовних модулів та один підсумковий модульний контроль. Необхідною є подальша розробка методичних підходів до викладання, стандартизація оцінки знань.

The experience of teaching of Human Anatomy for medical faculty students according to the credit-modular system is summarized in this article; some recommendations for study process for stomatologic faculty were given. The differences are the shorter study period, more topics for each class, more attention to anatomy of head and neck. For stomatologic students teaching by systemic principle is used within 12 current modules and one summary module. The further development of teaching methodological approaches, standardization of knowledge evaluation are necessary.

Вступ. Впровадження кредитно-модульної системи в організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації охоплює все більшу кількість спеціальностей, поширюється на усі факультети. У 2010–2011 навчальному році в Дніпропетровській державній медичній академії розпочали заняття за кредитно-модульною системою студенти стоматологічного факультету, студенти за фахом “Фармація” та “Медична сестра”. Відповідно до цих нововведень були переглянуті та підготовлені нові документи – робочі програми, методичні розробки до лекційних, практичних, самостійних позааудиторних занять, робочі плани для усіх видів роботи. Ретельного обміркування потребують усі види навчально-методичної та організаційної роботи. Попередній досвід організації навчального процесу зі студентами медичних факультетів показав, що підготовка робочих планів, підбір переліку індивідуальної роботи для студентів молодших курсів, організація складання підсумкових модульних контролів потребує кропіткого ретельного планування та підготовки. П'ятирічний досвід роботи за кредитно-модульною системою показав, що враховуючи відмінності програм з підготовки різних фахівців, тим

не менш необхідна стандартизація та уніфікація вимог до перевірки знань студента, об'єктивність критеріїв оцінювання студентів, що полегшить роботу викладача та навчання студента.

Основна частина. При підготовці переходу на кредитно-модульну систему студентів стоматологічного факультету ми враховували такі відмінності:

- коротший термін навчання на кафедрі анатомії людини;
- більш насичена тематика кожного заняття;
- пріоритетність знань анатомії голови та шиї.

Ці фактори змусили нас відмовитись від викладання анатомії людини за системно-топографічним принципом, як побудовані теми занять у студентів медичних факультетів. Для стоматологічного факультету ми зберегли системний принцип викладання, запланували 12 змістовних модулів та один підсумковий модульний контроль.

Спостерігаючи та аналізуючи оцінки студентів з різних анатомічних систем, ми зауважили, що студенти стоматологічного факультету краще засвоюють такі розділи, як: остеологія, краніологія, черепні нерви, а з розділу “Судинна система” – теми, які стосуються кровопостачання голови та шиї. Ми ураху-

вали спеціалізацію факультету та більшу кількість годин практичних занять виділили на теми розділів, які стосуються анатомії голови та шиї.

Для стандартизації проведення практичних занять співробітники кафедри розробили навчально-методичний посібник для аудиторних практичних занять та для самостійних позааудиторних занять. Окрім того, було стандартизовано оцінювання студента на змістовних модулях та на підсумковому модульному контролі. Складання змістовного модуля складається з трьох частин: написання тестів “Крок-1” з результатом не менш ніж 75 %; складання практичних навичок – показати на препараті структуру та дати її назву латинською мовою; відповідь на теоретичні питання. Усі три частини підсумкового контролю повинні бути складені на позитивну оцінку, потім виставляється кінцева оцінка за змістовний модуль.

На стоматологічному факультеті підсумковий модульний контроль наприкінці курсу анатомії людини вирішили проводити за відпрацьованою схемою, яку впровадили для студентів медичних факультетів.

Підсумковий модульний контроль складається з двох етапів:

– перший – незалежне тестування студентів II курсу методичним кабінетом ДДМА;

– другий – складання теоретичних та практичних знань на усному турі професору та доцентам кафедри.

Незалежне тестування методичним кабінетом позитивно вплинуло на мотивацію студентів при підготовці до тестів. Це з’ясувалося в період складання модульних контролів у студентів медичних факультетів. Тестовий контроль з першої спроби подолали

90 % бюджетних студентів за фахом “Лікувальна справа”, 75 % – за фахом “Педіатрія” і “Медико-профілактична справа”. Після другого тестування усі студенти бюджетної форми навчання, які були допущені до складання підсумкового модуля, склали перший етап. Студенти контрактної форми навчання показали 40 % рівень складання тестів на першій спробі. Інші успішно пройшли тестування протягом двох перескладань.

Другий етап складання підсумкового модульного контролю, який охоплює матеріал всього курсу, за технологією проведення схожий на іспит, який студенти складали до впровадження кредитно-модульної системи. Перевага такої моделі в тому, що між тестуванням та усною частиною модульного контролю у студента є 2–3 дні, вільні від підсумкових модулів з інших предметів. Цей час є необхідним для повторення та узагальнення матеріалу курсу анатомії. Таким чином, студенти мають змогу отримати більш цілісне уявлення про предмет. За опитуванням студентів різних факультетів такий час для підготовки їм дуже потрібен та допомагає сконцентруватися на одному конкретному предметі.

Висновки. Для успішного переходу на кредитно-модульну систему зі студентами стоматологічного факультету необхідно враховувати особливості спеціальності та відмінності програми даного факультету, підготувати методичні матеріали з урахуванням цих відмінностей, розробити стандартні вимоги, за якими проводиться оцінка знань студента, або адаптувати ті, що використовуються для студентів медичних факультетів, об’єктивізувати проведення підсумкових модулів.

УДК 617:378.14

ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРЯ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Ю. В. Мітін, Ю. В. Дєєва, О. О. Островська, Л. Р. Криничко, О. В. Мотайло

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

POST-GRADUATE TRAINING OF OTORHINOLARYNGOLOGISTS

Yu. V. Mitin, Yu. V. Dieyeva, O. O. Ostrovska, L. R. Krynychko, O. V. Motailo

National Medical University by O. O. Bohomolets

У статті викладений досвід кафедри оториноларингології у післядипломній підготовці лікарів-інтернів оториноларингологів. Зроблені висновки про необхідність міцних взаємовідносин навчальної кафедри та клінічної бази і авторитетної ролі викладача в становленні свідомості та розвитку клінічного мислення майбутнього лікаря.

The article shows experience of the department of otorhinolaryngology in training of doctors-interns – otorhinolaryngologists. Conclusions were made about necessity of tight relations of the department of clinical and competent role of a teacher in the making of consciousness and the development of clinical thinking in the future.

Вступ. В усьому світі професія лікаря – одна з найбільш престижних, шанованих та ще й добре оплачуваних, оскільки люди чітко розуміють, що здоров'я – це головне, без здоров'я все інше – ніщо. У нашій країні, на жаль, медицина зі статусу такої, що надає допомогу хворій людині, опустилася до рангу “медичного обслуговування”, а лікар, звичайно, до статусу медичного персоналу, а не висококваліфікованого професійного спеціаліста. Тому логічно, що виникла потреба реформування вищої медичної освіти, що ставить пріоритетне завдання підготовки молодих спеціалістів нової формації. Проте якісна підготовка кваліфікованого лікаря не може відбуватися в умовах ізоляції від хворих та передбачає набуття практичного досвіду під час проходження інтернатури, магістратури або клінічної ординатури, що безперервно проводиться на кафедрі оториноларингології НМУ та потребує підвищеного контролю не тільки під час навчального процесу, а й під час напрацювання практичного досвіду в клініці за максимальною підтримкою її адміністрації [1, 3].

Основна частина. Лікар-оториноларинголог у своїй повсякденній роботі щодня вирішує низку питань, а саме: правильно встановити діагноз, призначити та провести адекватне лікування, яке не лише дозволить швидко одужати пацієнту, але й попередить імовірні ускладнення, а головне і першочергове – відновити здоров'я пацієнта. За даними статистики, близько 15 % від загального числа хворих потребують консультативної та лікувальної допомоги оториноларинголога [2]. І чим раніше студент у минуло-

му, а тепер лікар-інтерн, почне спілкуватися з пацієнтом, тим кращою буде його медико-етична направленість надалі.

Алгоритм навчально-методичної програми з інтернатури на кафедрі оториноларингології полягає в створенні ситуації повноцінного клінічного занурення в спеціальність, а це можливо лише за умови активної співпраці стаціонарного відділення та кафедри оториноларингології. Лише при реалізації таких умов створюється можливість максимально повно отримати необхідну кількість клінічно орієнтованої інформації, опанувати її та вдосконалити необхідні практичні навички та вміння. Таке всебічне пізнання специфіки майбутньої професії лікаря-оториноларинголога потенціє формування самостійного клінічного мислення та сприяє “дозріванню” лікаря-інтерна до самостійного приймання рішення в будь-якій клінічній ситуації. А саме такі основні критерії і визначають кваліфікацію та фахову підготовку майбутнього лікаря-оториноларинголога.

Реалізація вищезазначених завдань кафедрою оториноларингології базується на таких принципах. По-перше, практикується система “прикріплення” интерна до викладача та поступове, можна навіть сказати покрокове, його залучення до лікувального процесу з паралельним проведенням практичних занять. По-друге, береться до уваги фактор авторитету викладача, що у подальшій спільній співпраці має викликати безмежну довіру в интерна. Лише великий практичний досвід, професіоналізм, вміння спілкуватися з пацієнтом, його близькими, якщо пацієнт перебуває

у вкрай важкому стані, вміння виконувати всі оториноларингологічні маніпуляції та операції на високому професійному рівні, використовувати сучасні методи, технології – це якості, які слугують орієнтирами авторитету в подальшій сумісній практичній діяльності викладача та лікаря-інтерна.

Починаючи з перших днів спеціалізації, лікарі-інтерни заглиблюються в атмосферу повсякденного лікувально-діагностичного процесу, залучаючись до проведення щоденних п'ятихвилинних, щотижневих обходів та лікувально-консультативної роботи (огляд хворих, присутність на щоденних оглядах, операціях, консультаціях хворих в інших відділеннях, чергування у відділенні). Це дає можливість інтерну осягнути принцип та систему функціонування лікувального закладу, ознайомитися з внутрішньолікарняними правилами, нормативами та правовими законами, які суттєво відрізняються від вже добре відомого, за шість років навчання, педагогічного процесу. Крім того, таке введення в спеціальність деякою мірою закладає основи розуміння як етіологічних, так і патогенетичних факторів розвитку таких захворювань, як, наприклад, гострий гайморит, гострий отит, хронічний тонзиліт, фурункул носа та інші.

Щоденна робота лікаря-інтерна з хворими з гострою та хронічною патологією ЛОР-органів, а саме з кістами верхньощелепних пазух, хронічними ринітами, гострими синуситами, міцетомою тощо, дає можливість йому відпрацювати практичні навички за запропонованою схемою обстеження оториноларингологічного хворого, що базуються на принципах послідовності та технічної раціональності обстеження хворого, відпрацювати алгоритм надання допомоги під час лікування таких хворих, а також адаптуватися у новій ролі лікаря-оториноларинголога. Оскільки вся практична діяльність лікаря-інтерна контролюється викладачем, нівелюється боязкість та непевненість, які виникають на початкових етапах становлення лікаря, а це неабияк покращує навички спілкування з пацієнтом. А різноманітність оториноларингологічної патології, з якою доводиться мати справу лікарю-інтерну щоденно, спонукають його до самостійного аналізу клінічної ситуації в кожному окремому випадку та ще більше мотивують його до самовдосконалення та професійного росту.

Особлива увага приділяється під час підготовки лікарів-інтернів оволодінню та відпрацюванню ними техніки та методики проведення оториноларингологічних маніпуляцій, зокрема таких складних, як езофагоскопія, бронхоскопія, пункція верхньощелепної пазухи, умінню читати по знімках, бачити норму і вмінню відрізнити її від патології. Залучення інтернів

до нічних чергувань у відділенні дає можливість детальніше ознайомитися з невідкладними станами в оториноларингології, навчитися проводити їх діагностику та лікування. А можливість співпрацювати з різними лікарями-ординаторами під час нічних чергувань ще більше розширює діапазон клінічного мислення, задовольняє пізнавальні потреби, дає можливість порівняння та зіставлення різних підходів до лікування однієї і тої ж патології.

Досвід, який набувають лікарі-інтерни в операційній, асистуючи під час складних операцій, зокрема під час гайморотомії в разі міцетоми верхньощелепної пазухи, хронічних ринітів, викривлення перегородки носа, в подальшому дозволить досконало диференціювати стани та хвороби, які потребують лише хірургічного лікування, а також ознайомитися з майстерністю різних хірургів та впевнитися, що оториноларингологія перш за все хірургічна спеціальність, в рамках якої виконується великий діапазон операцій на вусі, в порожнині носа та принососих пазухах, в глотці, гортані, трахеї, крім того, застосовуючи операційні мікроскопи, телевідеоендоскопи [2].

Проведення консультацій хворих лікарями-інтернами в інших відділеннях збагачує їх знання та розширює межі клінічного мислення. Оскільки характерні оториноларингологічні симптоми можуть спостерігатися при захворюваннях інших органів і систем. Так, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, остеохондроз шийного відділу хребта можуть спричинити порушення слуху і вестибулярну дисфункцію, а синусити, кісти верхньощелепних пазух, міцетомою є проявами захворювань зубів [2].

Етапом інтеграції лікаря-інтерна в лікувальну роботу є також самостійне заповнення ним медичної документації. Під контролем викладача інтерном ведеться історія хвороби хворого, де зазначається анамнез хвороби, скарги хворого, ознаки виявленої патології, діагноз, обсяг обстеження, та план лікування, ведеться щоденник хворого, заповнюється лист призначення, направлення в рентгенкабінет, фізіотерапевтичний кабінет. Це дозволяє відпрацювати професійні навички з правильного ведення обов'язкової медичної документації оториноларингологічних хворих та виховує в інтерна почуття відповідальності за проведену роботу.

На практичних заняттях проводиться обговорення та аргументація вибору того чи іншого принципу, підходу лікування залежно від клінічної ситуації, яку у вигляді задачі ставить викладач, що спонукає інтерна до логічного мислення. Крім того, на практичних заняттях акцентується увага майбутнього лікаря на

необхідності та обов'язковості самостійного прийняття рішення в певній клінічній ситуації. Залучення інтернів до наукових конференцій, семінарів формує та вдосконалює особистість майбутніх лікарів, активує їх самостійну пізнавальну діяльність, дає можливість орієнтуватися в широкому спектрі новітніх технологій, лікувальних препаратів.

Висновки. Отже, підготовка майбутніх лікарів-оториноларингологів, яка дозволить їм створити правильне розуміння важливості професії, допоможе набутти якісних теоретичних знань та практичного дос-

віду, що в подальшому допоможе майбутньому лікарю в його лікувальній та консультативній роботі, має базуватися на таких засадах:

- співпрацювання кафедри оториноларингології та клінічної бази, за умов повного взаєморозуміння в практичній підготовці лікаря;
- поєднання поступового введення в лікувальну роботу та практичних занять;
- “прикріплення” інтерна за певним викладачем;
- авторитетна роль викладача в становленні особистості майбутнього лікаря.

Література

1. Головань Д. І. Підготовка лікарів-інтернів на кафедрах хірургічного факультету у 2002–2003 рр. / Д. І. Головань // Педагогічна майстерність викладачів хірургічного профілю системи післядипломної освіти : проблеми удосконалення. Збірник доповідей науково-методичної конференції до 85-річчя КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : Велес, 2003. – С. 13–15.

2. Мігін Ю. В. Оториноларингологія (лекції) / Ю. В. Мігін. – К. : Фарм Арт, 2000. – 283 с.

3. Шляхи удосконалення практичної підготовки лікарів у системі післядипломної освіти / О. В. Павленко, Т. М. Волощевець, О. М. Дорошенко, М. В. Дорошенко // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Київ : Книга плюс, 2004. – С. 79–85.

УДК 616.31:378.147

ФАХОВА ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Ю. В. Мітін, Ю. В. Дєєва, О. О. Островська, Л. Р. Криничко, О. В. Мотайло

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

THE PROFESSIONAL TRAINING OF STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY

Yu. V. Mitin, Yu. V. Dieyeva, O. O. Ostrovska, L. R. Krynychko, O. V. Motaylo

National Medical University by O. O. Bohomolets

У статті наведено досвід кафедри оториноларингології в організації навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи, наші досягнення в плануванні та проведенні практичних занять і лекцій.

The article adduces the experience of the department of otorhinolaryngology in organization of training process under conditions of credit-modular system. There are represented our attainments in planning and conducting of practical classes and lectures.

Вступ. Розуміння суті фахової підготовки студентів-медиків досить складне і не може взагалі зводитися лише до отримання вищої медичної освіти. Фахова підготовка – це значно більше, ніж показник розумового розвитку чи приналежності до певної спеціальності, яка отримується у відповідній навчальній установі. Найімовірніше, це сукупність знань, умінь, навичок, професійних, світоглядних і громадянських якостей, що формуються в процесі навчання з урахуванням перспектив розвитку суспільства, науки, техніки, технологій, культури і мистецтва та відповідно до потреб й можливостей тієї країни, для якої готуються ці лікарі [1, 3].

На сьогодні ні для кого не секрет, що на систему охорони здоров'я середньорядовий українець витрачає 3,2 % від власного доходу, а на тютюново-горілчані вироби – 3,3 %. І не дивно, що відбувається зміна світогляду студентів-медиків, соціально-психологічні мотивації вибору професії, а саме її престиж, потреба в повазі, визнанні заслуг поступово трансформуються в суто фізіологічні потреби матеріального здобутку [1, 3]. Проведене на нашій кафедрі анкетування студентів медичних факультетів четвертого курсу показало, що із загальної кількості нами опитаних лише 47 % вчиться, щоб у майбутньому стати лікарем, при цьому не уявляючи, яку спеціалізацію отримають у кінці навчання, а 53 % після закінчення вузу не бажають пов'язувати свою професійну діяльність з медициною. Головною причиною відмови почати професійну лікарську роботу 27 % студентів пояс-

нюють невідповідністю складності професії та її матеріальної оцінки. Проте 89 % студентів стоматологічного факультету бажають стати лікарями. На жаль, такі реалії теперішнього часу.

Тому існуючий стан вимагає відповідно нових ефективних методів підготовки фахівців сучасного рівня, що має корелюватися з економічним станом країни та орієнтуватися на європейські стандарти як освіти, так і матеріального забезпечення клінічних баз фахової підготовки.

Основна частина. Відповідно з 2004 року після підписання Болонської декларації студенти-медики займаються за кредитно-модульною системою з модернізованим навчальним процесом, що, відносно кафедри оториноларингології, передбачає проведення практичних занять у вигляді циклу протягом двох тижнів, лекцій та підсумкового контролю – заліку, допуском до якого є всі виконані завдання та відпрацьовані пропущені заняття і лекції.

Під час практичного заняття, згідно з Болонською програмою, викладач організовує детальний розгляд студентами окремих теоретичних положень з оториноларингології та формує вміння і навички їх практичного застосування шляхом індивідуального виконання студентами сформульованих завдань, розширюються наукові та поглиблюються базові знання, що отримуються студентами на теоретичних кафедрах і в процесі самостійної роботи. Зі студентами обов'язково під час занять викладачі розглядають тематичних хворих, формують вміння тактовно, етич-

но спілкуватися з хворими людьми, пояснюють принципи огляду оториноларингологічних пацієнтів, встановлення правильного діагнозу та обґрунтування ефективнішого лікування. Враховуючи різноманітність проявів ЛОР-патології, у студентів з'являється можливість порівняння інформації, отриманої на різних кафедрах, особливо при диференціальному діагностуванні й лікуванні хворих зі змішаною патологією. Проте і на цьому, можна сказати найпростішому, етапі навчального процесу як викладачі, так і студенти стикаються з низкою проблем. По-перше, під час проведення практичних занять відчувається неповноцінність уніфікації навчального процесу на різних кафедрах, що створює певні труднощі у викладанні базового теоретичного матеріалу з оториноларингології. Розглядаючи зі студентами тему гострого середнього отиту при певних інфекційних захворюваннях або вторинні гострі тонзиліти, відчувається відсутність базових знань етіології, патогенезу, клініки інфекційних захворювань, якими вони мають оволодіти лише на п'ятому курсі, проходячи цикл інфекційних хвороб. Вивчаючи тему отогенних внутрішньочерепних ускладнень, студенти не володіють базовими знаннями з неврології, яку вони також будуть проходити після оториноларингології на п'ятому курсі. По-друге, демонструючи студентам оториноларингологічних хворих, все частіше чуєш невдоволення та відмову пацієнтів спілкуватися зі студентами, що, безпосередньо, пов'язане зі зміною соціального контингенту стаціонарних хворих. Для вирішення цього питання викладачеві весь час доводиться проводити роз'яснювальну роботу серед пацієнтів, пояснювати, що це майбутні лікарі, що вони мають напрацювати практичний досвід, а для цього вони мають спілкуватися весь час з хворими. А це відбирає час у викладача та можливість отримати досвід у студентів. Проте найактуальнішою залишається проблема оновлення матеріально-технічної бази кафедри, вирішення якої має нестабільний характер та більшою мірою вирішується за кошти професорсько-викладацького складу кафедри. Наша кафедра має аудіометричне, мікроскопічне, ендоскопічне обладнання, що дозволяє проводити дослідження та хірургічне лікування захворювань вуха, носа та приносових пазух. Зокрема, виконуються такі складні оперативні втручання, як антростаїдотомія, мастоїдопластика, щадні сануючі операції, гайморотомія, видалення кісти, міцетоми верхньощелепної пазухи, фронтотомія, пластичні операції та інші. Проводиться дослідження порушень слуху при цукровому діабеті, розсіянню склерозі, вивчення носового дихання та виз-

начення провідної ролі носового клапана в розвитку певних захворювань порожнини носа [2]. Проте це обладнання переважно було придбане ще під час радянської влади і потребує оновлення та модернізації, враховуючи швидкі темпи розвитку науково-технічного прогресу та впровадження в медицину нових технологій.

Тематика і плани проведення практичних занять з оториноларингології із переліком рекомендованої літератури заздалегідь доводяться до відома студентів як у вигляді інформаційного стенда на кафедрі, так і через Інтернет та сайт кафедри. Остання форма інформування, на думку студентів (93 % студентів медичних і стоматологічного факультетів четвертого курсу, опитаних нами шляхом анкетування) є не тільки більш сучасною та зручною, але й дозволяє задовольнити пізнавальні потреби студентів щодо конкретних вузькоспеціалізованих питань з оториноларингології, що не увійшли до складу затвердженої програми. Розширений обсяг запропонованої на сайті літератури, наукових статей, що постійно поновлюються за рахунок ініціативності викладачів кафедри, сприяють активізації пізнавальної діяльності студентів і покликані забезпечити формування медичного світогляду на рівні, необхідному для вибору прогресивних методів діагностики і лікування у майбутній власній практиці, сформувати науковий підхід у студента.

Обов'язково на кожне заняття викладач готує письмовий тестовий контроль для виявлення ступеня оволодіння студентами необхідними теоретичними положеннями. Оскільки кафедра оториноларингології клінічна, то до питань, які пропонуються в тестах, підійшли творчо. Тестові питання мають вигляд ситуаційних задач, де зображені конкретні ситуації, що трапляються в оториноларингологічній практиці, і, в майбутньому працюючи або лікарем сімейної практики амбулаторно, або хірургом у стаціонарному відділенні, кожен студент їх зможе застосувати. Сам тестовий контроль складається з 12 ситуаційних питань відповідно до теми заняття. Кожне питання оцінюється в 1 бал. Традиційна оцінка вираховується за сумою балів, відповідно 12-11 балів – це п'ятірка, 10-9 балів – четвірка, 8-7 – трійка, 6 і менше балів – двійка. Введення на кафедрі тестового контролю в повній мірі дозволяє скоротити відсоток різниці балів поточного та підсумкового модульного контролю, які є головними складовими загального бала з оториноларингології, оскільки вирішальним є не суб'єктивне оцінювання викладачем (викладачеві доводиться опитувати 10–12 студентів під час заняття, а не 4–5, як це передбачається тією ж Болонською програмою), а відповідь

студента на тест, та мінімізувати корупційну складову структури навчального процесу взагалі. За рахунок тестового контролю ще з легкістю вирішується питання зі студентами, які систематично не бажають відвідувати практичні заняття. Тепер під час відпрацювання студенти мають не лише підготувати відповідь на запитання, які піднімалися та обговорювалися під час практичного, і які вони можуть вивчити на рівні зазубрювання, а мають підійти до цього творчо, включити клінічне мислення, оскільки для відпрацювання вони повинні відповісти на тестовий контроль, що складається з тематичних ситуаційних задач. Особливо ця система відпрацювання практичного заняття полегшує становище викладача, коли він одночасно має приймати відробки у 2–5 студентів з різних тем циклу.

Лекції, які читаються студентам на кафедрі, сприяють стимулюванню активізації пізнавальної їх діяльності, формують медичний світогляд, висвітлюють найбільш актуальні питання оториноларингології, віддзеркалюють власний практичний досвід лектора, його теоретичне бачення певних наукових положень, з якими студенту, що не володіє певними тонкощами оториноларингологічної дисципліни, самостійно розібратися не можливо. Більшою мірою лекція чимось схожа на виступ актора,

Література

1. Каган В. И. Основы оптимизации процесса обучения в высшей школе / В. И. Каган, И. А. Сычеников. – М. : Высшая школа, 1987. – 144 с.
2. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції) / Ю. В. Мітін.

на наступні “спектаклі” якого хочеться ходити з задоволенням, а “гру” пам’ятаєш навіть після закінчення університету. Вона не має нічого спільного з переказом розділу підручника і породжує в умах студентів питання, відповіді на які вони знаходять вже з викладачем під час практичних занять. Хочеться окремо зазначити, що кожна лекція містить багато ілюстрованого матеріалу, демонструється на широкому екрані за допомогою сучасних демонстраційних приладів. Це також розширює уявлення студентів про оториноларингологію як спеціальність.

Висновок. Анонсуючи наші досягнення у фаховій підготовці студентів-медиків в умовах кредитно-модульної системи, кафедра оториноларингології намагається продемонструвати нашу ініціативність та творчий підхід до викладання складного вузькоспеціалізованого теоретичного матеріалу, наголошуючи на необхідності сформування у студентів клінічного мислення. Наші зусилля спрямовані на створення зацікавленості студента у спільній з викладачем роботі щодо оволодіння теоретичними та практичними основами оториноларингології. Наша мета, щоб оториноларингологія не стала дисципліною, яку потрібно скласти для отримання диплома, а знання залишилися після закінчення циклу.

– К. : Фарм Арт, 2000. – 283 с.

3. Орлов Ю. М. Стимулирование побуждения к учению / Ю. М. Орлов, Н. Д. Творогов, В. И. Шкурки. – М. : ИММИ им. И. М. Сеченова, 1988. – 105 с.

УДК 615.9:54(075.8)

ОСОБЛИВОСТІ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ПРИ ВИВЧЕННІ “ЛЕТКИХ” ОТРУТ В КУРСІ “ТОКСИКОЛОГІЧНА ХІМІЯ” В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ

І. В. Ніженковська, О. В. Вельчинська, О. І. Головченко, О. В. Манченко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

PECULIARITIES OF THE KNOWLEDGE TEST CONTROL DURING THE STUDYING OF “VOLATILE” POISONOUS AT “TOXICOLOGICAL CHEMISTRY” COURSE IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM

I. V. Nizhenkovska, O. V. Velchynska, O. I. Holovchenko, O. V. Manchenko

National Medical University by O.O. Bohomolets, Kyiv

Одним із сучасних діагностико-контролюючих інструментів для оцінки діяльності студентів в умовах кредитно-модульної системи є тестовий контроль знань. Під час вивчення студентами курсу “Токсикологічна хімія”, який викладається на фармацевтичному факультеті Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, тестовий контроль – це лідер перевірки знань студентів. Токсикологічна хімія є однією серед фармацевтичних дисциплін, яка вивчає властивості отруйних і сильнодіючих речовин, їх поведінку в організмі й трупному матеріалі, способи виділення, методи якісного виявлення та кількісного визначення отрут та їх метаболітів. Під час вивчення цього курсу проводиться тестовий контроль за принципом “від загального до спеціального, від спеціального до загального”. Одним із важливих класів отруйних речовин є “леткі” отрути (аліфатичні спирти, альдегіди і кетони, синильна кислота, феноли, карбонові кислоти тощо). Тестовий контроль за загальною темою містить питання, які стосуються загальних характеристик “летких” отрут: об’єкти дослідження, спосіб ізолювання з досліджуваного матеріалу, загальні закономірності токсикодинаміки і токсикокінетики, загальні методи ідентифікації, узагальнена схема метаболізму. Тестовий контроль за спеціальними темами містить питання щодо специфічних і додаткових характеристик кожного представника класу. Узагальненню знань з цієї дисципліни допомагає проведення підсумкового тестування з курсу.

Knowledge test control is one of the modern diagnostically-control instruments for evaluation of student’s activity in the conditions of credit-modular system. Test control – is a leader of examination of student’s knowledge during the studying of the course “Toxicological chemistry” which are teaching on the pharmaceutical faculty of the National O. O. Bohomolets Medical University. Toxicological chemistry is one of pharmaceutical discipline, which studies properties of poisonous and more acting substances, their behavior in the organism and corpse material, isolation methods, methods of quality and quantity determination of the poisonous substances and their metabolites. Test control carrying out during the studying of the course is according to Principe “from common to special, from special to common”. One of the important class of poisonous substances is “volatile” poisonous (aliphatic alcohols, aldehydes and ketones, cyanic acid, phenols, carbonic acids etc.). Test control by the common theme contains questions of common characteristics of “volatile” poisonous: objects for investigation, method for isolation from materials that investigated, common toxicodynamics and toxicokinetics regularities, common identification methods, generalized scheme of metabolism. Test’s control by the special themes contains questions of specific and additional characteristics of each representative of the class. Carrying out of the result testing from course of “Toxicological chemistry” helps to generalize the knowledges on this discipline.

Вступ. Одним із сучасних діагностико-контролюючих інструментів для оцінки діяльності студентів в умовах кредитно-модульної системи є тестовий контроль знань. Під час вивчення студентами курсу “Токсикологічна хімія”, який викладається на фармацевтичному факультеті Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, тестовий контроль – це лідер перевірки знань студентів. Застосовуються тестові завдання базові (“КРОК 2”), і

тестові завдання, які розроблено викладачами курсу. Токсикологічна хімія є однією серед фармацевтичних дисциплін, яка вивчає властивості отруйних і сильнодіючих речовин, їх поведінку в організмі і трупному матеріалі, способи виділення, методи якісного виявлення та кількісного визначення отрут та їх метаболітів. Під час вивчення цього курсу проводиться тестовий контроль за загальними і спеціальними темами за принципом “від загального до спеціально-

© І. В. Ніженковська, О. В. Вельчинська, О. І. Головченко, О. В. Манченко

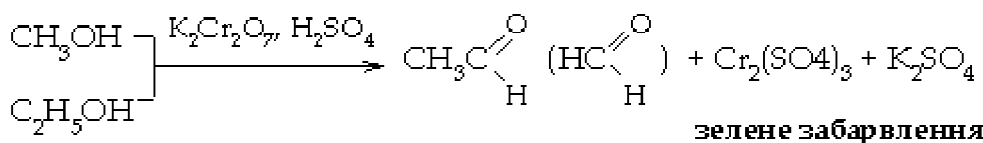
го, від спеціального до загального”. Узагальненню знань з цієї дисципліни допомагає проведення підсумкового тестування з курсу “Токсикологічна хімія”.

Основна частина. Одним із важливих класів отруйних речовин, який вивчається в курсі, є клас “леткі” отрути. До цього класу отрут відносяться аліфатичні спирти, альдегіди і кетони, синильна кислота, феноли, карбонові кислоти тощо. Тестовий контроль за загальною темою містить питання, які стосуються загальних характеристик “летких” отрут: об’єкти дослідження, спосіб ізолювання із досліджуваного матеріалу, загальні закономірності токсикодинаміки і токсикокінетики, загальні методи якісного виявлення і кількісного визначення, узагальнена схема метаболізму на I і II фазах. Тестовий контроль за спеціальними темами містить питання, які стосуються кожного конкретно представника класу. Це специфічні і додаткові: об’єкти дослідження, способи ізолювання, токсикодинаміка і токсикокінетика, методи якісного виявлення і кількісного визначення, схема метаболізму на I і II фазах. При цьому особлива увага приділяється комплексному підходу до вивчення біотрансформації отруйних речовин як у біохімічному, так і токсикологічному аспектах. Яскравими представниками класу “леткі” отрути є метиловий і етиловий спирти. Метиловий спирт за запахом та смаком майже не відрізняється від етилового, тому описано багато випадків отруєння метанолом, випадково вжитим замість етанолу. Він широко використовується у промисловості і хімічних лабораторіях як розчинник лаків, фарб, для денатурації етилового спирту, він входить до складу антифризу. Етиловий спирт видобувають бродінням крохмалевмісних продуктів (зерно, картопля), фруктів,

цукру [3, 5, 7, 8]. Етиловий спирт широко використовують у промисловості і хімічних лабораторіях як розчинник, для синтезу нових органічних сполук, в медицині. Метиловий та етиловий спирти можуть потрапляти в організм інгаляційним шляхом, а також через травний канал та шкіру. Під впливом метилового спирту відбувається ураження сітківки ока та зорового нерва. Метиловий спирт порушує окислювальні процеси та кислотно-основну рівновагу в клітинах і тканинах. Смерть настає в результаті зупинки дихання, набряку головного мозку та легень, колапсу, уремії. Рядом авторів пояснюється втрата зору дією не метилового спирту, а його метаболітів – формальдегіду та мурашиної кислоти. Смертельна доза метилового спирту (з урахуванням індивідуальної чутливості організму) – 30-100 мл [4, 5, 9]. У великих дозах етиловий спирт викликає пригнічення функцій спинного і довгастого мозку, може виникати стан тривалого глибокого наркозу з втратою рефлексів і пригніченням життєво важливих центрів. У результаті тривалого приймання етилового спирту виникає ряд порушень: цироз печінки, переродження серцевого м’язу та нирок, стійке розширення судин обличчя (“червоний ніс”), тремтіння м’язів, галюцинації, буйна маячня (“біла гарячка”), переродження чоловічих і жіночих статевих залоз, внаслідок чого від алкоголіків народжуються діти з розумовою і фізичною недостатністю [4, 5, 9]. Ці спирти ізолюють із біологічного матеріалу методом перегонки з водяною парою, їх збирають в охолоджений приймач. Якісне виявлення метилового та етилового спиртів виконують у такому порядку:

– попередня проба на метиловий і етиловий спирти в крові та сечі (схема 1) [1, 2]:

Схема 1



– попередні реакції на метиловий і етиловий спирти (додаткові): реакція утворення складного ефіру – *неспецифічна, чутлива, підтверджуюча*;

– реакція утворення йодоформу – *неспецифічна, чутлива, підтверджуюча*;

– реакція окислення метанолу до формальдегіду (з калію перманганом в сірчаній кислоті та хромотроповою кислотою) – *неспецифічна, чутлива, підтверджуюча* (схема 2);

– найбільш специфічні реакції на метиловий спирт: реакція отриманого формальдегіду з розчином кодеїну (морфіну) в сірчаноокислому середовищі; реакція от-

риманого формальдегіду з фуксинсірчистою кислотою;

– найбільш специфічні реакції на етиловий спирт: реакція утворення оцтовоетилового ефіру (етилацетату) – *специфічна*; реакція утворення ацетальдегіду – *специфічна*; реакція утворення етилбензоату – *специфічна* (схема 3).

Оскільки метиловий і етиловий спирти мають близьку температуру кипіння і їх досить важко відділити один від одного, їх кількісне визначення проводять за допомогою одного основного методу – ГРХ [1, 2]. При вивченні біотрансформації метило-

Схема 2

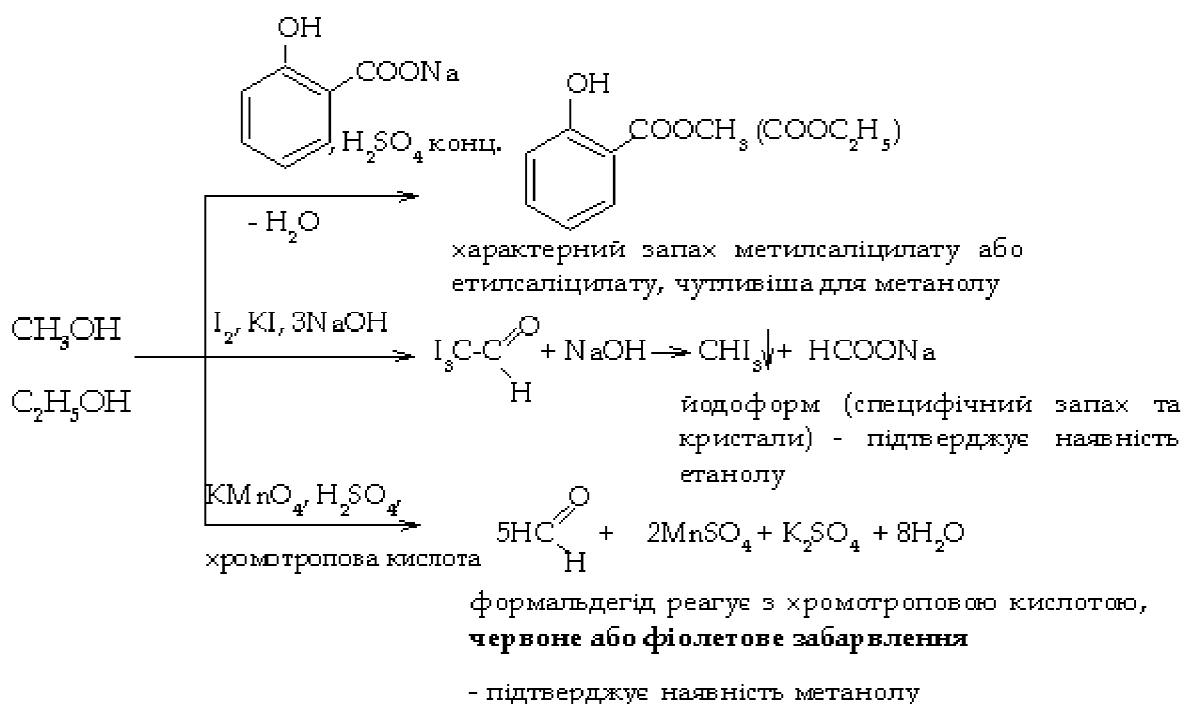
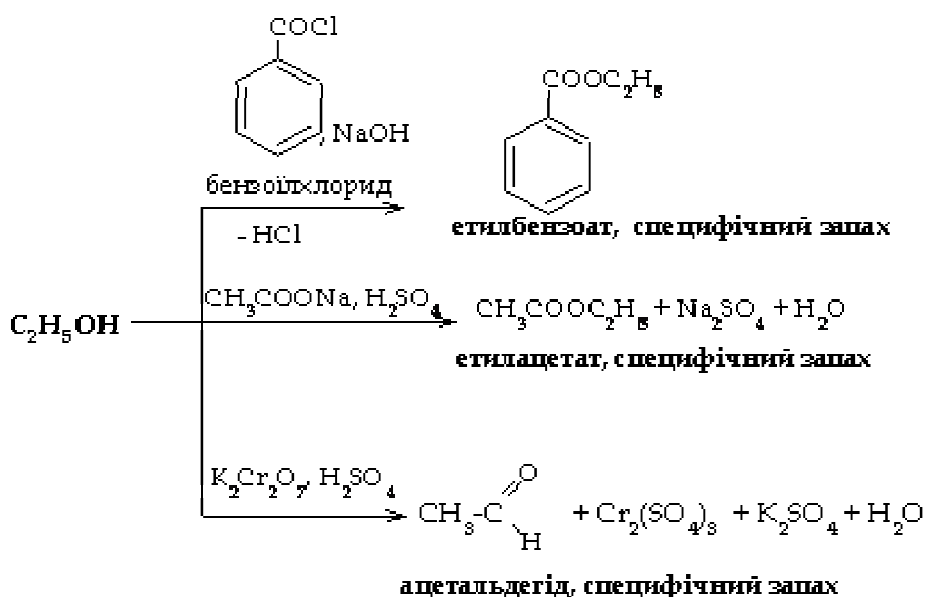


Схема 3



вого та етилового спиртів в організмі людини необхідно звернути увагу на той факт, що його метаболічні перетворення відбуваються не тільки за окремою схемою, але й у комплексі із речовинами організму [6]. Основним метаболітом метилового спирту є продукт його окислення під дією ферменту алкогольдегідрогенази (АДГ) формальдегід, який окислюється до мурашиної кислоти під впливом ферменту окси-

дази, частина якої під впливом ферменту декарбоксілази розщеплюється на оксид вуглецю (IV) та воду (схема 4).

90 % етилового спирту окислюється під дією ферменту алкогольдегідрогенази (АДГ) до оцтового альдегіду, а потім під дією ферменту оксидази – до оцтової кислоти, або до оксиду вуглецю (IV) та води (схема 5).

Схема 4

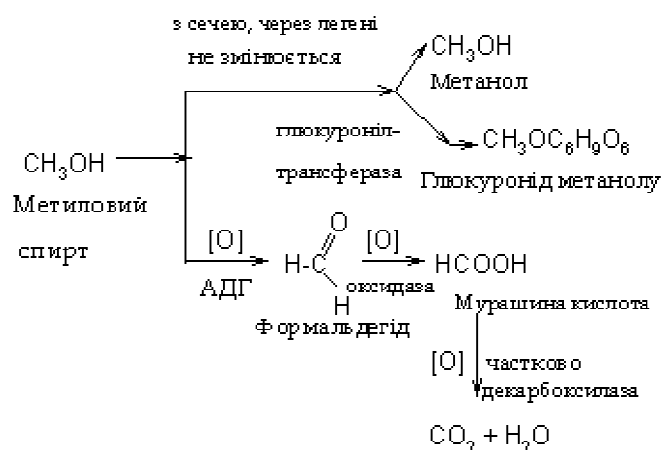
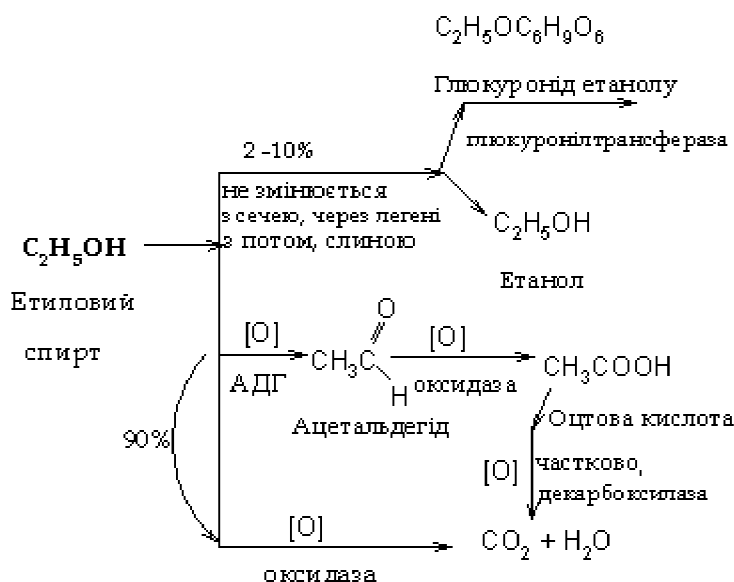


Схема 5



Висновок. Таким чином, показано, як на прикладі вивчення представників класу “леткі” отрути – метилового та етилового спиртів в курсі “Токсикологічна хімія” виконується комплексне та специфічне засвоєння матеріалу. Тестовий контроль знань студентів до-

помагає реалізувати комплексний та сучасний підхід до вивчення загальнотеоретичних специфічних питань курсу “Токсикологічна хімія”, що лежить в основі забезпечення високої якості підготовки спеціалістів – майбутніх фармацевтів на рівні міжнародних вимог.

Література

1. Байерман К. Определение следовых количеств органических веществ / К. Байерман. – М. : Мир, 1987. – 462 с.
2. Белова А. В. Руководство к практическим занятиям по токсикологической химии / А. В. Белова. – М. : Медицина, 1976. – 232 с.
3. Буцкус П. Ф. Книга для чтения по органической химии : пособие для учащихся / П. Ф. Буцкус. – [2-е изд. перераб.]. – М. : Просвещение, 1985. – 256 с.
4. Крамаренко В. П. Токсикологічна хімія / В. П. Крамаренко. – К. : Вища шк., 1995. – 423 с.
5. Секреты токсикологии / [Линг Луис Дж., Кларк Ри-

- чард Ф., Эриксон Тимоти Б. и др.]; пер. с англ. – М. : СПб. : Из-тво БИНОМ – Из-тво Диалект, 2006. – 376 с.
6. Парк Д. Биохимия чужеродных соединений / Д. Парк. – М. : Медицина, 1973. – 288 с.
7. Химическая энциклопедия: в 5 т. Т. 1 : А-Дарзана / под ред. И. Л. Кнунянца и др. – М. : Сов. энцикл., 1988. – 623 с.
8. Штрубе В. Пути развития химии: в 2-х томах. Т. 1 / В. Штрубе; пер. с нем. – М. : Мир, 1984. – 239 с.
9. Элленхорн М. Дж. Медицинская токсикология : Диагностика и лечение отравлений у человека: в 2 томах. Т. 2 / М. Дж. Элленхорн; пер. с англ. – М. : Медицина, 2003. – С. 161–203.

УДК 378:58:615.15

ВДОСКОНАЛЕННЯ БОТАНІЧНОЇ ОСВІТИ ФАРМАЦЕВТІВ- ПРОВІЗОРІВ ЗА ВИМОГАМИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ

О. О. Нікітіна, О. Ю. Таллер, М. Г. Скворець

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

PERFECTION OF BOTANICAL EDUCATION OF PHARMACEUTISTS- PHARMACEUTICAL CHEMISTS BY THE CREDIT-MODULAR SYSTEM OF EDUCATION

O. O. Nikitina, O. Yu. Taller, M. H. Skvorets

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

Методична система навчання студентів-фармацевтів з медичної ботаніки в ДонНМУ ім. М. Горького є власним проектом, що створений нами на підставі моделі кредитно-модульної системи навчання, на основі підходу за компетентністю. Під час конструювання змісту курсу приділяли велику увагу розробці методів поліпшення самостійної роботи студентів. Було перероблено курс лекцій, зміст практичних занять, розроблено методичні матеріали. Самостійна позааудиторна робота студентів має елементи проблемності і полягає в написанні реферату за певними темами, які запропоновано в структурі кожного модуля. Створено відповідні оціночні шкали, що дозволяють поряд з тестуванням стандартизувати проведення всіх етапів контролю якості засвоєння компетенцій.

Methodical departmental of students teaching – pharmacutists on the medical botany in Donetsk National Medical University by M. Horkyi is an own project that is created by us on the basis of model of the credit-modular educational system, on the basis of approach to the competence. During constructing of maintenance of course attention was paid to development of methods of improvement of students' independent work. The course of lectures, content of practical courses, methodical materials were worked out. Independent non-class work of students has problem elements and consists in writing of abstract after certain themes that is offered in a structure each to the module. Corresponding evaluation scales that allow to standardize conduction of all stages of quality control of competenses mastering are created.

Вступ. Визнання системи кредитно-модульного навчання за останні роки має тенденцію поступового географічного поширення і виправдовує себе більш за все як інструмент, що забезпечує прозорість та порівнянність об'єму матеріалу, що вивчено студентами вищих навчальних закладів різних країн. В деяких країнах ECTS вже стала необхідною умовою під час проведення державної акредитації освітніх програм [1]. Концептуальні положення фармацевтичної освіти в Україні також базуються на основних положеннях Болонської декларації. Перехід з планової системи навчання на систему накопичення кредитів потребує перегляду структури і принципів організації навчального процесу, основною метою якого є компетентність, що спрямована на формування професійно підготовленого фахівця [2, 3].

Основна частина. Підготовка кваліфікованих спеціалістів фармацевтів можлива лише на базі інтеграції суміжних з фармацевтикою дисциплін, однією з

яких є медична ботаніка. Знання з медичної ботаніки дуже важливі для освоєння фармакогнозії. Методична система навчання студентів-фармацевтів з медичної ботаніки в ДонНМУ ім. М. Горького є власним проектом, що створений нами на підставі моделі кредитно-модульної системи навчання, на основі підходу за компетентністю. Під час конструювання змісту курсу приділяли велику увагу розробці методів поліпшення самостійної роботи студентів. Було перероблено курс лекцій, зміст практичних занять, розроблено методичні матеріали. Вся система відображає три складові підготовки майбутніх провізорів: теоретичну (лекції), практичну (лабораторні заняття, семінари, польова практика) і дослідницьку (реферати, наукові гуртки).

За кредитно-модульною системою вивчення медичної ботаніки нами було запропоновано злогічно завершені модулі: модуль 1 – “Цитологія, гістологія і анатомія рослин”; модуль 2 – “Морфологія рослин”;

модуль 3 – “Систематика рослин”. Цей розподіл є закономірним, як з точки зору організації живого (фундаментальний підхід), так і з точки зору чіткого відокремлення методів ботанічного аналізу і як наслідок навичок, що отримують студенти (підхід за компетентністю).

Метою викладання модуля з цитології, гістології і анатомії рослин є вміння аналізувати і характеризувати основні механічні і провідні тканини вищих рослин за особливостями їх мікроструктури, функціями та розміщенням в органі, а також відрізнити екзо- і ендогенні секреторні структури в тканинах рослин. Під час вивчення модуля з морфології рослин студенти навчаються описувати морфологічні особливості певних рослин і їх органів, відрізнити аналогічні і гомологічні органи рослин. Викладачі особливо підкреслюють ті характерні структури, що мають значення для діагностики лікарських рослин. Знання систематики рослин допомагають студентам у виборі певної групи таксонів і конкретних рослин, що мають лікарські властивості.

Теоретична основа кожного модуля – лекційна складова, яка спрямована не тільки на трансляцію певного об'єму знань, але й маючи логічну структуру, забезпечує стимуляцію процесів пізнання. Ураховуючи сучасні інформаційні технології, що роблять доступною будь-яку інформацію з предмета, зміст лекції спрямовано насамперед на формування інформаційної компетентності студента, що забезпечується не знанням інформації, а знанням про інформацію [4]. Методологія мультимедійних лекцій, які використовуються нашими викладачами під час навчання, найбільш задовольняє цю мету, оскільки дозволяє подати матеріал в структурованому вигляді, використовуючи асоціативні та ілюстративні слайди.

Важливою частиною формування професійної компетентності є мотивація і максимальне наближення навчального матеріалу до реальних процесів. Умови проведення практичних занять є найбільш сприятливими для реалізації таких складових професійної компетентності, як регулятивна, операційна і комунікативна [3, 5]. Для роботи на практичних заняттях кафедрою розроблені лабораторні журнали у вигляді покрокової інструкції виконання робіт і наборів дидактичних матеріалів, на сторінках журналу наведено: малюнки з позначеннями, таблиці та інші матеріали, які студенти заповнюють на заняттях.

Всі види робіт, що виконуються на практичних заняттях з медичної ботаніки, необхідні також під час вивчення фармакогнозії і ресурсознавства лікарських рослин. Наприклад, вмюючи розпізнавати секреторні

структури, клітинні включення, студент може встановити належність рослинної сировини до певної групи, у випадку з сировиною, що містить ефірну олію, визначити засіб її отримання. Робота з фіксованим рослинним матеріалом, приготування тимчасових мікроскопічних препаратів стимулює навчально-пізнавальну мотивацію студентів.

Самостійна позааудиторна робота студентів має елементи проблемності і полягає в написанні реферату за певними темами, які запропоновано в структурі кожного модуля. Виконання реферату, як і лекційний матеріал, повинно формувати інформаційну компетентність, але на протипагу йому, студенти не отримують готову інформаційну структуру, а самостійно вчать вибирати безліч альтернатив за проблемою вивчення, поєднувати інформацію, пов'язувати її з знаннями, які вже мають. Регулятивні й операційні компетенції полягають у вміннях дохідливо формулювати думки і письмово їх виражати.

Питання про вимірювання компетентності студентів виявилось найбільш важливим і складним. Сучасна теорія оцінки вимагає наявності обов'язкової процедури педагогічних вимірювань [2]. Загальне оцінювання навчальної діяльності студентів здійснюється за інструкцією, яку розроблено ДонНМУ ім. М. Горького, при цьому оцінки, що засновані на кількості помилок під час рішення типових завдань (тестування), мають високу об'єктивність, але несуть інформацію лише про окремі складові компетенції. Тестування не дає повної картини для аналізу розвитку інтегральних характеристик особистості. Поліпшити об'єктивність оцінки можна шляхом систематизації і уточнення критеріїв, що впливають на оцінку, і використання оціночних шкал. Оцінювання з медичної ботаніки проводиться на наступних етапах: I. Поточна діяльність; II. Самостійна позааудиторна робота; III. Підсумковий модульний контроль.

За поточну діяльність на кожному занятті студент отримує дві оцінки: з тестового контролю та самостійної діяльності за переліком виконання стандартних процедур, що дозволяють встановити ступінь оволодіння певними навичками. Наприклад, шкала оцінювання певних навичок за темою заняття “Запасні і екскреторні включення клітин” має такий вигляд (табл.).

Для контролю якості засвоєння компетентностей на етапі самостійної позааудиторної роботи і підсумкового модульного контролю також створено відповідні шкали. Всі шкали цілком прозорі й доступні і студентам, і викладачам.

Перелік видів діяльності	Кількість балів	Загальне оцінювання етапу
Правильність рисунків і позначень до них	“0” – неправильно	Підсумуються бали з кожного виду діяльності, від “0 до 2” – 2, “3” – 3; “4” – 4; “5” – 5
	“1” – частково правильно	
	“2” – правильно все	
Правильність висновків	“0” – неправильно	
	“1” – частково правильно	
	“2” – правильно все	
Якість приготування препаратів	“0” – неякісно	
	“1” – якісно	

Висновки. Таким чином, викладання медичної ботаніки за кредитно-модульною системою дозволило:

1. Стимулювати навчально-пізнавальну мотивацію студентів, що посилює їх інтерес до предмета, як основи подальшого навчання, особливо це стосується студентів, які мають низьку успішність.

2. Збільшувати інформаційну компетенцію студентів шляхом використання мультимедійних лекцій і організації позааудиторної роботи студентів у вигляді реферату.

3. Стандартизувати проведення всіх етапів контролю, що сприяє самостійному набуттю конкретних вмінь та навичок і самооцінці результатів власної праці.

Література

1. Каленюк І. Рух Європи до суспільства знань, Болонський процес і Україна / І. Каленюк, К. Корсак // Вища освіта України. – 2004. – № 3. – С. 22–28.

2. Загвязинский В. И. Теория обучения : современная интерпретация / В. И. Загвязинский. – М. : Медицина, 2006. – 192 с.

3. Шишов С. Е. Компетентностный подход к образованию как необходимость / С. Е. Шишов, И. И. Агапов // Мир

образования – образование в мире. – 2001. – № 4. – С. 24–30.

4. Захарова И. Г. Информационные технологии в образовании / И. Г. Захарова. – М. : Издательский центр “Академия”, 2008. – 192 с.

5. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах / В. Є. Мілерян. – Київ, 2006. – 80 с.

УДК 614.23:140.8

НООСФЕРНО-ЕКОЛОГІЧНИЙ ІМПЕРАТИВ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОГО СВІТОГЛЯДУ ЛІКАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

**Т. О. Перцева, О. А. Шевченко, Е. А. Деркачов, Л. І. Буряк, Н. І. Рублевська,
В. Є. Цуцков, О. П. Штепа, В. В. Євтушенко, С. А. Щудро, В. І. Главацька,
Л. В. Григоренко, К. Ю. Огір**

Дніпропетровська державна медична академія

NOOSPHERE-ECOLOGICAL LEVEL OF DEVELOPMENT AS THE BASIS OF MODERN CONCEPTION FOR DOCTORS OF PREVENTIVE MEDICINE

**T. O. Pertseva, O. A. Shevchenko, E. A. Derkachov, L. I. Buriak, N. I. Rublevska,
V. Ye. Tsutskov, O. P. Shtepa, V. V. Yevtushenko, S. A. Shchudro, V. I. Hlavatska,
L. V. Hryhorenko, K. Yu. Ohir**

Dnipropetrovsk State Medical Academy

З метою забезпечення подальшого існування людства на сучасному етапі розвитку імперативної бази соціуму назрілою необхідністю є перехід до ноосферно-екологічного імперативу. Особливо важливим є доповнення традиційних засад підготовки лікарів профілактичної ланки з урахуванням основ нового наукового напрямку – екології людини.

On the purpose of future human being in the modern condition of social development it's necessary to put into noosphere-ecological level of development. Therefore it's important to improve traditional system of education of specialists in the branch of medical-prophylactic medicine with it scientific part – ecology of the person.

Вступ. Сто років тому великий гуманіст Махатма Ганді казав: “У природи завжди вистачить ресурсів, щоб забезпечити людські потреби, але їх ніколи не стане, щоб задовольнити людську ненажерливість”. Наприкінці ХХ сторіччя остаточно стало зрозумілим, що протиріччя між зростаючими матеріальними потребами людства і відносно обмеженими можливостями біосфери ставлять під загрозу подальше існування антропосфери. Всесвітня конференція ООН з навколишнього середовища та розвитку у Ріо-де-Жанейро у 1992 році виробила концепцію переходу сучасного суспільства до так званого “сталого розвитку”, тобто до нової цивілізаційної епохи на підґрунті радикальної зміни цілей та цінностей сучасного суспільства, орієнтації на гальмування подальшого зростання матеріальних запитів людини. На зміну суто споживацькому по відношенню до навколишнього природного середовища світогляду приходить розуміння, що тільки співрозвиток, співтворчість або коєволюція з біосферою дозволить людству піднятися до розуміння універсальних законів, що правлять світом [1].

Вперше концепція коєволюції, як шлях до гармонізації взаємовідносин соціуму та біосфери, була висловлена у 1968 році академіком Миколою Тимофєєвим-Ресовським. Головна її ідея полягає в тому, що змінюючи біосферу відповідно до своїх потреб, людство повинно також змінюватись з урахуванням об'єктивних вимог природи. Глибинні зміни світогляду людини у планетарному масштабі потребують не тільки часу, якого у людства залишилось обмаль, а й головне – докорінного перегляду системи імперативів, тобто універсальних обов'язкових до виконання правил існування. В цьому сенсі сьогодні ноосферно-екологічний імператив можна вважати найсуттєвішим для людства втіленням категоричного (морального) імперативу І. Канта – “вчиняй так, щоби максима твоєї волі могла мати в той же час силу принципу загального законодавства” [2]. Вважається, що причини сучасної глобальної екологічної кризи слід шукати у сфері людської духовності, яка трансформувалась від ідей сліпого поклоніння природі до необмеженої експлуатації її ресурсів. Саме орієнтація на споживання та постійне покращення матеріального добробуту спо-

© Т. О. Перцева, О. А. Шевченко, Е. А. Деркачов та ін.

нукають людину на збільшення техногенної діяльності, що призводить до поглиблення екологічної кризи і наближає ноосферо-екологічний імператив до категоричного і єдино можливого для подолання перманентної загрози знищення життя на планеті.

Отже, подальше існування соціоприродної цілісності може відбуватись тільки на основі ноосферо-екологічного імперативу, який буде керувати суспільством, що вступило на шлях коеволюційного, єдино можливого для його виживання, розвитку.

Основна частина. Практичне втілення ноосферно-екологічного імперативу може відбуватись за умови нерозривного зв'язку наукових досліджень, громадської діяльності, та головне – виховання і освіти майбутніх найбільш активних членів суспільства. В цьому сенсі вкрай важливим ми вважаємо розробку та втілення нових підходів до формування ноосферно-екологічного мислення майбутніх лікарів-профілактів – студентів медико-профілактичних відділень та лікарів-інтернів. Зазначимо, що задачею науки гігієни та санітарії, як її реалізації у практичній діяльності, є вивчення впливу факторів довкілля, умов життя і праці на організм людини та профілактика хвороб для збереження здоров'я і подовження життя. За Е. Спарксом, головна мета гігієни – "... зробити розвиток людського організму найбільш довершеним, життя – найбільш сильним, згасання – більш уповільненим, а смерть – найбільш віддаленою". У зв'язку з цим традиційно при підготовці лікаря-гігієніста у медичних ВНЗ головним завданням для формування його професійного світогляду є прищеплення так званого "гігієнічного мислення", яке поряд з "клінічним мисленням" студентів лікувальних фахів становить наріжний камінь подальшої успішної лікарської діяльності та мотиваційну основу прийняття самостійних професійних рішень [3]. Не торкаючись історичних аспектів еволюції цих категорій, зазначимо тільки, що вони великою мірою можуть бути інтерпольовані на сутність ноосферно-екологічного імперативу, який повинен забезпечити перехід людства від принципу "реагування та виправлення" до принципу "активної профілактики". Дослідження етіологічної еволюції хвороб людства у ХХ сторіччі переконливо доводять, що все більший їх відсоток припадає на так звані екологічно обумовлені захворювання, спричинені техногенно зміненими об'єктами довкілля, які зазнали впливу хімічних, фізичних, біологічних факторів у процесі людської діяльності.

Вважається, що в екологічно напружених регіонах, до яких в Україні зокрема відносяться індустріальне

Придніпров'я та Донбас, питома вага екологічних чинників у формуванні рівня здоров'я мешканців, особливо дітей, може сягати 35–40 %. Необхідність задовольнити зростаючі потреби людства у харчових продуктах у зв'язку із невідповідним збільшенням його чисельності змусило вчених відкрити ще одну "скриньку Пандори" – втрутитись у генетичний код живих істот для отримання рослин з небаченими до тепер "корисними" властивостями. Передбачити віддалені наслідки такої діяльності, а отже своєчасно і ефективно запобігти їм практично неможливо. Таким чином, слід визнати, що ефективна практична реалізація головного суспільного призначення лікарів-гігієністів – профілактики порушень здоров'я окремої людини та груп населення під впливом факторів оточуючого середовища в сучасних умовах і у майбутньому не можлива без розвитку концепції "гігієнічного мислення" в напрямку осмислення та прийняття ноосферно-екологічного імперативу. За цим стоїть велика праця, яка має переорієнтувати наше світосприйняття з антропоцентризму на біоцентризм. Робота в цьому напрямку повинна починатись саме з перебудови системи виховання та професійної освіти, в першу чергу фахівців-екологів, медиків, управлінців органів самоврядування. Зазначимо, що ідея біоцентризму в даному випадку не суперечить принципу гуманізму та не заперечує найвищої цінності людини, оскільки будь-яка система цінностей, побудована людиною, несе на собі її відбиток і тому буде значною мірою антропоцентричною.

Отже, на сучасному етапі сформульована головна умова коеволюційного розвитку – прищеплення суспільству ідеї ноосферно-екологічного імперативу, який гармонізує соціоприродну цілісність людства та отримує практичне втілення у ноосферній освіті, зокрема у новому науковому напрямку – екології людини [4].

Висновок. Беручи до уваги назрілу необхідність осмислення та практичного втілення у суспільстві ноосферно-екологічного імперативу, можна стверджувати, що сучасна система підготовки лікаря-гігієніста на переддипломному та післядипломному етапі повинна стати більш екологічно орієнтованою та здійснюватись у руслі наближення до нового наукового напрямку сучасності – екології людини. Це вимагає подальшого розвитку і переосмислення традиційної ідеології профілактичної медицини з переважно антропоцентричною системою цінностей та формування на її базі сучасних навчальних програм для освіти і виховання майбутнього лікаря-гігієніста.

Література

1. Некрасов С. И. Современные проблемы коэволюции / Некрасов С. И., Некрасова Н. А., Кутоманов С. А. – Изд-во “Академия Естествознания”, 2010. – 350 с.
2. Кант И. Сочинения : в 6 т. / И. Кант. – М. : Мысль, 1963. – Т. 1. – 543 с.
3. Гигиена с основами экологии человека : учебник / [В. И. Архангельский и др.]; под ред. П. И. Мельниченко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
4. Маслова Н. В. Ноосферное образование : концепция, методология, технология / Н. В. Маслова. – М. : РАЕН, 1999. – 338 с.

УДК371.24.61(57)

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ

Л. Н. Рибіцька, Л. Б. Муц, Т. В. Бігуняк, Л. Т. Котляренко, Х. Ю. Недошитко,
І. Б. Привроцька, О. Т. Тусик, О. Ю. Ружицька, О. М. Ярема, О. С. Коваль,
Л. Б. Ковальова

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS BY CREDIT-MODULAR SYSTEM IN LEARNING OF MEDICAL BIOLOGY

L. N. Rybitska, L. B. Muts, T. V. Bihunyak, L. T. Kotlyarenko, H. Yu. Nedoshytko,
I. B. Pryvrotska, O. T. Tusyik, O. Yu. Ruzhitska, O. M. Yarema, O. S. Koval,
L. B. Kovalyova

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

Кредитно-модульна система організації навчального процесу підготовки лікарів відкриває нові можливості в системі вищої медичної освіти. У статті викладено досвід використання кредитно-модульної системи при навчанні студентів на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського.

Credit-modular system of educational process of doctors training opens up new opportunities in higher medical education system. The article presents the experience of using the credit-modular system in teaching students at the department of medical biology, microbiology, virology and immunology of TSMU by I. Ya. Horbachevsky.

Вступ. У сучасних умовах реформування системи вищої освіти в Україні у зв'язку з впровадженням принципів Болонської конвенції до ВНЗ висуваються нові вимоги щодо модернізації структури та змісту освіти, які орієнтовані на входження у європейський і світовий освітній простір. Інтеграційний процес передбачає впровадження європейських норм і стандартів у медичну освіту, забезпечення переходу до кредитно-модульної системи і стимулюючої системи навчання [2].

Основна частина. Важливим є питання адаптації та максимального наближення університету у викладанні окремих предметів і застосування критеріїв оцінки знань студентів до аналогічних медичних університетів у Європі. Інтеграція у світовий освітній простір вимагає глибокого реформування процесу викладання фундаментальних та клінічних дисциплін. При викладанні медичної біології на кафедрі впроваджується досвід провідних європейських ВНЗ. На сучасному етапі в університеті запроваджена Z-система навчання студентів, що передбачає забезпечення поступового переходу від теорії до практики. Тому вже на першому курсі при викладанні медичної біології студентам надається інформація, яка їм

буде необхідна в клініці (діагностика спадкових хвороб, паразитарних інвазій та ін.). У навчальному процесі використовується демонстрація експонатів музею кафедри та створених вузькотематичних навчальних кімнат по розділах: медична паразитологія, екологія та еволюція людини.

Для забезпечення студентам більш повноцінної та раціональної підготовки до занять проведена зміна у підході до їх проведення. Згідно із методикою “Єдиного дня” практичні заняття тривають 6 або 7 академічних годин. Практична частина заняття триває 4 академічні години. Студенти протягом цього часу мають можливість виконати великий об'єм практичної роботи, розв'язати достатньо складні завдання, опанувати практичні навички. Відмітку про засвоєння студентом практичної навички робить викладач, засвідчуючи дату виконання її та достовірність підписом [1, 3].

Семинарське обговорення теми практичного заняття триває 2 академічні години. Під час семинарського обговорення практичного заняття викладач разом із студентами у навчальній кімнаті обговорюють складні питання теми. Аналізують отриману під час практичного заняття інформацію, розбирають ситу-

аційні задачі, складні питання ліцензійного іспиту “Крок”, проводять ділові ігри. Студенти виступають із рефератами, доповідями, презентаціями, теми яких викладач роздає на попередньому занятті.

Тестовий контроль знань студентів на кафедрі, як і в усьому університеті, триває 1 академічну годину і здійснюється шляхом тестування на комп'ютерах та написання певного контролюючого завдання на паперовому носії. Час з 14¹⁵ до 15⁰⁰ відведено для письмового контролю. Контроль знань можна зробити і напередодні у визначений час в дистанційній формі за програмою “Moodle”. Це дає змогу студентам незалежно та об'єктивно визначити свій рівень знань Інтернет-тестуванням у переддень практичного заняття.

Значна увага приділяється методичному забезпеченню навчального процесу по використанню новітніх комп'ютерних технологій. Впровадження нових технологій у навчальний процес і перехід на кредитно-модульну систему привело до підвищення успішності. І це дає основу для подальшого впровадження в педагогічний процес кафедри нових навчальних технологій і методів контролю знань студентів [1, 3].

Керівництво самостійною роботою студентів на кафедрі здійснюється, насамперед, забезпеченням їх методичними розробками для позааудиторної роботи з усіх тем, що вивчаються. Яскравим прикладом поєднання теоретичної інформації та наочності служать матеріали для підготовки студентів до практичних занять, які розміщені на кафедральній сторінці WEB-порталу університету, що сприяє кращому засвоєнню знань. Створені викладачами файли включають теоретичну інформацію, збагачену кольоровими схемами, рисунками, діаграмами. Наочний ма-

теріал використовується у вигляді мікроскопічних та вологих препаратів, муляжів. Відповідні розділи WEB-сторінки кафедри заповнені всіма необхідними матеріалами для навчання студентів всіх факультетів українською, російською та англійською мовами. Подані розклади практичних занять і лекцій, графіки чергувань викладачів, робочі програми з тематичними планами, методичні вказівки, матеріали для підготовки до практичних занять, матеріали для підготовки до лекцій, відеофільми і таблиці. Створені матеріали для дистанційного навчання.

Певну роль і інтенсифікуючий вплив на загальну мотивацію оволодіння знаннями з предмета, що вивчається, є робота у студентському науковому гуртку. Беручи участь в роботі гуртка, студент може самостійно працювати, більш глибоко вивчити окремі проблеми навчальної дисципліни. Проведення дослідницької роботи вимагає глибокого знання наукової літератури. Набуваються навички в проведенні експерименту, виконанні гістологічних, гісто-імунохімічних досліджень. Це не тільки підвищує рівень знань і уміння студентів, але й пісприяє їх самовдосконаленню.

Висновок. Кредитно-модульна система освіти – це гнучка модель організації педагогічного процесу, який максимально мотивований та у більшому ступені орієнтований на студента. Використання в навчальному процесі методики “Єдиного дня” та модульної технології навчання підвищує пізнавальну активність і самостійність студентів при вирішенні навчальних задач, забезпечує індивідуальний підхід у навчанні, розвиток професійного інтересу і мотивації, сприяє активному формуванню практичних вмінь і навичок.

Література

1. Семестровий тестовий контроль рівня знань студентів у Тернопільському та Віденському медичних університетах / І. Р. Мисула, В. П. Марценюк, Г. Я. Загречук, А. Г. Шулгай // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 27–30.
2. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір). – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 50 с.

3. Ковальчук Л. Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір”. – Тернопіль, 2009. – С. 7–9.

УДК 616.31:378.14

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-MОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВИКЛАДАННІ ФІЗІОЛОГІЇ

О. Г. Родинський, О. М. Демченко, О. В. Мозгунов, Л. В. Гузь, П. О. Неруш

Дніпропетровська державна медична академія

EXPERIENCE OF INTRODUCTIONS OF THE CREDIT-MODULAR SYSTEM AT THE TEACHING OF PHYSIOLOGY

O. H. Rodynskyi, O. M. Demchenko, O. V. Mozhunov, L. V. Huz, P. O. Nerush

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті висвітлено застосування новітніх технологій при викладанні фізіології студентам Дніпропетровської державної медичної академії, що сприяє покращенню засвоєння матеріалу та загального рівня підготовки майбутніх спеціалістів.

The usage of new technologies in teaching of physiology for students of Dnipropetrovsk State Medical Academy, that promotes improvement of learning the material and general level of training of future experts is presented in the article.

Вступ. Високоякісна підготовка медичних кадрів є важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я, оскільки від рівня підготовки лікаря залежить якість надання медичної допомоги населенню. Розвиток української медичної освіти, який спрямовано на підготовку висококваліфікованого лікаря, повинен відповідати вимогам суспільства, ґрунтуватись на якісно новій методології організації навчального процесу за європейським зразком, де в основу концепції закладені європейські тенденції та національна стратегія [1, 2]. Життя і здоров'я людей – головні, фундаментальні цінності нашого суспільства можна довірити високопрофесійному, компетентному медичному фахівцю з належним рівнем знань і практичних навичок, творчій особистості з високими принципами саморозвитку і самопізнання [3].

Основна частина. Однією з передумов входження України до єдиної Європейської зони є реалізація системою вищої освіти України інноваційної моделі у рамках Болонського процесу, яка передбачає потік постійного генерування та впровадження того нового, що забезпечує високоінтелектуальний рівень підготовки фахівців, базуючись на розвитку, насамперед, фундаментальної науки [4, 5, 6].

Процес навчання можна розглядати як контрольований рух до мети, швидкість та ефективність якого значною мірою визначаються мотивацією того, хто навчається. Проте за сучасних умов однією з важливих проблем вищої школи є зниження мотивації студентів до набування знань, вмінь та практичних

навичок, що може призводити до неналежного оволодіння професійною майстерністю випускниками вищих навчальних медичних закладів. Виходячи з цього, пошуки різноманітних методів підвищення мотивації до навчання студентів є активними і перспективними, як з точки зору підготовки їх до складання підсумкового модульного контролю, так і формування в них здатності до самостійної професійної діяльності в подальшому.

Відсутність мотивації студентів до засвоєння матеріалу з фізіології пояснюється декількома причинами. По-перше, це пов'язано з низькою вмотивованістю абітурієнтів до самовдосконалення. Так, при тестуванні студентів першого курсу Національного медичного університету ім. Богомольця найважливішими мотивами вибору професії лікаря були обрані – бажання лікувати людей, вибір за порадою батьків, престижність професії, матеріальна зацікавленість, отримання документа про вищу освіту [7]. Найменш значущими позиціями були – навчання нового та індивідуальне вдосконалення. У студентів третього курсу до прагматичних уявлень додалася ще й можливість зробити кар'єру. Вже на рівні вибору професії студентів здебільшого не приваблюють мотиви професіоналізму та мотиви особистісного зростання. По-друге, в цьому контексті раціоналізм і прагматичність формують у студентів уявлення про фізіологію як загальнобіологічну науку, що в клінічній діяльності буде мало де використана. Студентів більш приваблюють клінічні дисципліни, які дають можливість

© О. Г. Родинський, О. М. Демченко, О. В. Мозгунов та ін.

бачити результати своєї діяльності, будь-то навчальної, будь-то наукової, вже сьогодні і зразу ж. А формувати теоретичну базу підготовки до майбутньої клінічної діяльності завжди складніше, скрупульозніше, довше та з висоти прагматичних поглядів на життя набагато важче і не привабливо. По-третє, низький рівень підготовки студентів. Аналіз досліджень психофізіологічної лабораторії нашої академії за 2010 р. показав, що на перший курс бюджетної форми навчання було подано заяв від абітурієнтів, що мали результати тестування 180 балів і вище, з хімії – 20 %, з біології – 86 % [8]. Принципово нижчий рівень успішності був серед абітурієнтів, що вступали на контрактну форму навчання. Вищевказані показники були відповідно на рівні 19 % та 1 %. Зменшилося число інтелектуальної еліти та, навпаки, зріс відсоток групи ризику, щодо навчання. До медичних закладів зараховуються абітурієнти з прохідним балом ЗНО 124, у більшості з яких зовсім відсутні навички самостійної роботи [9]. Без сумніву, знижує показник високої успішності при опануванні матеріалу з фізіології й складність матеріалу, бо розкриття, а тим більше інтерпретування і аналіз механізмів функціонування вісцеральних систем організму, діяльності ЦНС, базується найчастіше на законах фізики, хімії тощо. Ці предмети важко сприймаються ще зі шкільної програми. Як доказ можна знову ж представити дані опитування абітурієнтів нашої академії – негативне ставлення до фізики виявилось у 72 %, а до хімії у 32 % [8].

Але попри все, всі ці негативні моменти, що заважають отримувати якісні, міцні, здобуті на основі логічного мислення знання та практичні навички, можна скорегувати, використовуючи інноваційні технології пізнавальної діяльності, впроваджуючи нову ідеологію навчання, закладені в основних принципах кредитно-модульної системи освітнього простору.

Освітній процес передбачає зростання ролі практичних аспектів кожної теоретичної дисципліни, мета яких дати студентам фундаментальні знання, необхідні для роботи в клініці. Тому зацікавленість у якісному вивченні фізіології буде зростати, якщо на кожному практичному занятті, на лекції викладачем буде вдало, доступно, доказово висвітлений клінічний аспект інформації. Інноваційний імператив пріоритету самоорганізації навчання у сучасній освіті визначає необхідність врахування того, що якість підготовки фахівця у великій мірі визначається не об'ємом засвоєного ним навчального матеріалу, а системою його професійної підготовки, готовності до майбутньої практичної самостійної діяльності.

Загальновідомо, що фізіологія – наука експериментальна. А експеримент як найбільш ефективне унаочнення знаходиться поза всякою конкуренцією серед методів підвищення мотивації студентів до активного засвоєння матеріалу [10]. Але у сучасних умовах виникла потреба змінити пріоритети щодо застосування даного методу верифікації і отримання нової інформації в навчальному процесі. Зокрема, як ще яскравіше і авторитетніше можна довести наявність процесу збудження у збудливих тканинах, як не на “традиційно” використовуваний у фізіології жабі. Демонструючи даний експеримент, більшості студентів скоріше було шкода тварину, аніж спостереження появи біопотенціалу на осцилографі. І це зрозуміло і справедливо. Гуманне ставлення до живого – це прояв таких рис особистості, що достойно характеризують майбутнього лікаря. І значущість цього моменту ще більше можна оцінити, якщо звернутися до даних нашої психофізіологічної лабораторії. Анкетування виявило низький рівень емпатії у кожного четвертого абітурієнта [8]. Усвідомлюючи такий духовний портрет наших молодих людей, тим більше треба підтримувати гуманні почуття студентів, усвідомлювати, що не завжди діяльність виправдовує цілі. На сьогоднішньому освітньому просторі існує достатньо більш “гуманних” і, водночас, більш інформативних наочних методів пізнавальної діяльності. В цьому напрямку вже протягом трьох років колектив кафедри співпрацює з міжнародним фондом Doctors Against Animal Experiments за програмою Inter NICHE. В рамках програми в демонстраційний матеріал кафедри надійно увійшли віртуальні лабораторні та практичні роботи, що розвивають у студента не тільки довгострокову пам'ять, а й творче мислення, уміння узагальнити матеріал, відокремити головне від другорядного, власноруч закріпити практичні навички. Поява і розвиток засобів інтерактивної комп'ютерної графіки відкрила для педагогіки принципово нові можливості, завдяки яким студенти можуть у процесі аналізу зображень динамічно управляти їх змістом, формою, розміром, кольором, домагаючись найбільшої наочності. Останнє збільшує швидкість передачі інформації тим, хто навчається, підвищує рівень її розуміння і сприяє перевірці знань на якісно новому рівні, наближаючись до продуктивно-творчого засвоєння знань з курсу фізіології. Так, наприклад, під час теоретичного розбору достатньо складної теми “Система виділення”, на питання щодо регуляції нирками осмотичного тиску, рН крові, об'єму циркулюючої крові, артеріального тиску крові можна почути лише одну-дві правильні

логічно вибудовані відповіді у групі. Під час виконання віртуальної лабораторної роботи, де кожен студент має змогу самостійно “змінювати” діаметр прісної та виносної артеріоли, осмотичний та артеріальний тиск крові, концентрацію АДГ та альдостерону в крові, вводити 5 % та 20 % розчин глюкози, вже більше половини студентів свідомо розуміє дані регуляторні механізми. Надання відповідного алгоритму, зорове сприйняття окремих процесів, фіксація результатів при зміні одного чи декількох параметрів, що контролюються даною функціональною системою, можливість управляти цими параметрами формують у студента стійке, міцне, глибоке, закріплене, цілісне уявлення процесу, яким він вільно може оперувати.

Інша річ, використання експерименту під час розгляду теми “Вища нервова діяльність” і, зокрема, з’ясування механізмів вироблення умовних рефлексів. Дослідження вироблення їжодобувних реакцій у 8-променевому лабіринті у щурів є поза конкуренцією навіть з інтерактивними методами донесення знань. По-перше, студенти особисто виступають в ролі суб’єкта “навчання”. Більш того, цікавість отримати результат “навченості” зростає у процесі вироблення рефлексів. По-друге, посилюється виховна роль даного способу отримання інформації – бережливе ставлення до тварин, підтверджене належним доглядом, кропітливість, толерантність, організованість, наполегливість. По-третє, участь у експериментальному дослідженні одночасно може бути зарахованою як самостійна позааудиторна робота студента з оцінкою у балах. Залучення студентів до експериментальної роботи формує у них погляди на майбутнє освоєння клінічних знань і умінь з позицій доказової медицини. Засади доказової медицини слід розглядати як стратегічний напрям медичної науки та клінічної практики, що ґрунтується на бездоганній науковій інформації і орієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, істотне поліпшення діагностики, профілактики, лікування та прогнозу хворих [11]. По-четверте, такий індивідуальний підхід до самостійної діяльності долучає до наукової роботи у студентському гуртку, а також кафедральній НДР.

Формування їжодобувного рефлексу у 8-радіальному лабіринті проводиться за 5–7 сеансів навчання. У кінці кожного рукава розташовують годівницю з сиром. Щуру, який знаходиться на центральному майданчику, надається 8 можливих заходів. Кількість шматочків сиру, що тварина з’їдала, зараховувалось як вірно виконані рефлекси. Початок експерименту демонструється на першому занятті, а результати – на

другому, заключному за цим змістовним модулем. Отже, застосування наочних засобів для навчання дає можливість зробити практичне заняття досить цікавим і змістовним, полегшити розуміння важких питань, підняти творчий характер викладання предмета.

Кредитно-модульна система передбачає не тільки застосування новітніх технологій навчання, але й удосконалення і регламентування системи перевірки знань та умінь, в якій перевага надається тестовому контролю [5]. Але застосування поточного тестового контролю на заняттях з фізіології є недостатньо ефективним. На кожен тему занять використовується порівняно невелика кількість тестових завдань (близько 100 тестів), які можуть автоматично запам’ятовуватись. Тому для більшої об’єктивності оцінювання поточний тестовий контроль можна поєднувати з логічним диктантом. Диктант дає можливість швидко давати відповіді на першочергові поняття, які обговорюються в тестах. Відповіді ж тестових завдань повинні починатися не з вибору дистрактора, а у ствердженні того факту, який було з’ясовано після прочитання “віньєтки” тесту. При порівнянні даних диктанту та тестів можна вивести – правильні відповіді на тестові завдання безумовно повинні підтверджуватися правильними відповідями диктанту. Якщо ж студент не орієнтується в основних поняттях, а відповіді на тести дає правильно, то це автоматичне “зазубрювання”. Окрім цього, перевірити об’єктивність тестового контролю допомагає в цій ситуації класичне усне або письмове опитування. Тому можна вважати, що при вивченні теоретичних дисциплін доцільніше у поточному контролі знань та умінь студентів залучати традиційні методи оцінювання, а тестування залишити у формі “зараховано”, “не зараховано”. До того ж, при надмірному захопленні тільки формальними методами контролю і нехтуванні вербальними формами можна втратити з поля зору особистість студента і бачити тільки суб’єкт навчання. Попри це, на заняттях, що завершують змістовний модуль, більшу перевагу логічніше надавати тестовому контролю, який буде включати тестові завдання всієї теми змістовного модуля.

Висновки: 1. Одним з активних методів підвищення мотивації до пізнавальної діяльності студентів при вивченні фізіології є використання віртуальних практичних та лабораторних робіт.

2. Поточний тестовий контроль не є ефективним, тому до більш об’єктивного оцінювання знань слід залучати усне або письмове опитування. Акцент на тестову форму контролю слід перенести на заключне заняття змістовного модуля.

Література

1. Вища медична освіта України на сучасному етапі / В. В. Лазоришинець, М. В. Банчук, О. П. Волосовець [та ін.] // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2008. – № 4. – С. 5–10.
2. Медична освіта у світі та в Україні / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 384 с.
3. Інтеграція в Європейський освітній простір як шлях покращення післядипломної підготовки лікарів / О. М. Хвищук, В. Г. Марченко, І. А. Жадан [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 3. – С. 77–78.
4. Система управління якістю медичної вищої освіти в Україні / [І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін.]. – Д. : Арт-Прес, 2008. – 212 с.
5. Вища освіта України і Болонський процес: навчальний посібник / за ред. В. Г. Кременя. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.
6. Куценко В. Наука в інноваційній економіці / В. Куценко // Науковий світ. – 2009. – № 8. – С. 18–19.
7. Москаленко В. Ф. Досвід навчання студентів за європейською кредитно-трансферною системою в НМУ імені О.О. Богомольця як основа для підвищення якості медичної освіти / В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Л. І. Остапюк // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 60–63.
8. Про напрямки удосконалення якості підготовки студентів / Г. В. Дзяк, Т. О. Перцева, Л. Ю. Науменко [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 100–101.
9. Лісовий В. М. Якість освіти в контексті Болонського процесу: реалії та перспективи / В. М. Лісовий, В. А. Капустник // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 120–123.
10. Патофізіологічний експеримент в системі підготовки лікаря / М. Р. Хара, В. В. Файфура, Ю. І. Бондаренко [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 3. – С. 73–76.
11. Чекман І. С. Доказова медицина як методологічна основа формування нового світогляду майбутнього лікаря в системі кредитно-модульної освіти / І. С. Чекман, О. В. Шумейко, Н. В. Савченко // Медична освіта. – 2010. – № 3. – С. 84–86.

УДК 378.1:616.31

СТВОРЕННЯ ТИПОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ДИСЦИПЛІНИ “ПРОПЕДЕВТИКА ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ” ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ

Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, І. М. Голубєва

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

CREATION OF THE TYPICAL EDUCATIONAL PROGRAM ON THE DISCIPLINE “PROPEDEUTICS OF PEDIATRIC THERAPEUTIC STOMATOLOGY” ACCORDING TO THE NORMS OF THE CREDIT- MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM

L. O. Khomenko, O. I. Ostapko, I. M. Holubieva

National Medical University by O. O. Bohomolets

У статті висвітлено особливості структурування Типової програми з пропедевтики дитячої терапевтичної стоматології відповідно до кредитно-модульної системи організації навчального процесу, а також розрахунок шкали оцінювання знань студентів з даної дисципліни.

In the article there are adduced the peculiarities of the educational program on discipline “Propedeutics of Pediatric Therapeutic Stomatology” structure, according to the norms of the credit-modular educational system, and the scale of student’s knowledge estimation from this discipline.

Вступ. У 2005 році в місті Бергені Україна приєдналась до Болонського процесу. Провідною особливістю Болонської декларації є запровадження кредитно-модульної системи навчання. Кредитно-модульна система організації навчального процесу (КМСОНП) – це модель організації навчального процесу, що ґрунтується на поєднанні модульних технологій навчання та залікових освітніх одиниць (залікових кредитів). Запровадження цієї новації неможливе без ґрунтовного методологічного супроводу та розробки основних документів, затверджених ЦМК МОЗ України, а саме: типових навчальних планів та створених на їх основі типових та робочих навчальних програм з навчальних дисциплін.

Основна частина. Запровадження кредитно-модульної системи (КМС) організації навчального процесу регламентовано низкою нормативних документів, зокрема Тимчасовим положенням про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців (наказ МОН України від 23.01.2004 р. за № 48), Тимчасовою інструкцією з оцінювання навчальної діяльності студентів при впровадженні кредитно-модульної системи організації

навчального процесу (лист МОЗ України від 16.06.2005 р. за № 08.01-22/1258/222) та ін.

Перевагами кредитно-модульної системи є: наближення вищої освіти в Україні до європейського рівня і реалізація ідеї: “Bringing students to Europe, bringing Europe to all students” – “Відкрити студентів для Європи, відкрити Європу для всіх студентів”; орієнтація навчального процесу на студента, більше уваги приділяється індивідуальній і самостійній роботі, стандартизація і регулярність контролю знань, реалізація партнерських відносин між студентами і викладачами; значне підвищення активності студентів, їх можливості до якості викладання дисциплін; вдосконалення процесів моніторингу за якістю медичної освіти; підвищення вимог до науково-педагогічних працівників – КМС, що зобов’язує їх до засвоєння нових технологій, форм і методів навчання; створення сучасного інформаційного та навчально-методичного забезпечення викладання кожної дисципліни; зменшення кількості пропусків навчальних занять; модернізація матеріально-технічної бази.

З 2010/2011 навчального року кредитно-модульну систему організації навчального процесу було запровад-

жено на стоматологічних факультетах всіх вищих медичних навчальних закладів України. Зважаючи на те, що кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О. О. Богомольця є опорною в Україні з методики викладання дитячої стоматології, співробітниками кафедри створено Типову навчальну програму з дисципліни “Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології” для стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації. Обговорення та затвердження цієї програми проведено на засіданні опорної кафедри, яке відбулося в м. Львові 27–28 жовтня 2010 року. В обговоренні програми взяли участь завідувачі профільних кафедр дитячої стоматології медичних вузів України, а також декани стоматологічних факультетів, які були присутні на засіданні.

Типову програму складено відповідно до таких нормативних документів, як:

- типовий навчальний план додипломної підготовки лікарів освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” за спеціальністю 7.110106 – “Стоматологія”, розроблений на принципах Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) і затверджений наказом МОЗ України від 07.12.2009 р. за № 929 “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст кваліфікації “лікар-стоматолог” у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю “Стоматологія”;

- освітньо-кваліфікаційна характеристика (ОКХ) і освітньо-професійна програма (ОПП) підготовки фахівців, затверджені наказом Міністерства освіти і науки України 28.07.03 р. за № 239 “Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 – Медицина, спеціальності 7.110106 – Стоматологія”;

- рекомендації щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін, затверджені наказом МОЗ України від 24.03.2004 р. за № 152 “Про затвердження рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін” зі змінами та доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 12.10.2004 р. за № 492 “Про внесення змін та доповнень до рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін”;

- наказ МОЗ України від 31.01.03 р. за № 148 “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти”;

- інструкція про систему оцінювання навчальної діяльності студентів за умови кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології (ПДТС) – це навчальна дисципліна, що надає змогу студентам оволодіти на фантомах певними навичками лікування карієсу та його ускладнень в тимчасових і постійних зубах на різних етапах їх розвитку. Набуті таким чином знання та вміння вони в подальшому використовують у процесі роботи безпосередньо з пацієнтами в клініці дитячої терапевтичної стоматології.

Мета вивчення пропедевтики дитячої терапевтичної стоматології визначається кінцевими цілями, що встановлюються на основі ОПП підготовки лікаря-стоматолога відповідно до блоку її змістових модулів і є основою для побудови змісту навчальної дисципліни. Опис цілей сформульовано через вміння у вигляді цільових завдань (дій).

Кінцеві цілі вивчення ПДТС (відповідно до ОПП):

- демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у клініці дитячої терапевтичної стоматології;

- демонструвати на фантомах виконання стоматологічних маніпуляцій при лікуванні зубів у дітей;

- демонструвати на фантомах вміння застосовувати основний стоматологічний інструментарій, матеріали та використовувати стоматологічне обладнання в дитячій стоматології;

- вирізняти особливості застосування принципів асептики та антисептики.

Відповідно до кількості навчальних годин (108) в навчальному плані, пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології представляє один модуль, що структуровано на 4 змістових модулі:

1. Основний стоматологічний інструментарій та устаткування. Анатомічна будова тимчасових і постійних зубів.

2. Препарування каріозних порожнин в тимчасових і постійних зубах у дітей.

3. Пломбування каріозних порожнин в тимчасових і постійних зубах у дітей.

4. Інструментальна, медикаментозна обробка та пломбування кореневих каналів тимчасових і постійних зубів у дітей.

Згідно з навчальним планом, основними видами навчальної діяльності студентів при вивченні дисципліни “Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології” є: лекції (10 год), практичні заняття (50 год) та самостійна робота студентів (45 год), в організації якої значну роль відіграють консультації викладачів. Тематичні плани лекцій, практичних занять, СРС повністю забезпечують реалізацію у навчальному процесі всіх тем, що входять до складу змістових модулів.

Методика проведення практичних занять (3 акад. год) з пропедевтики дитячої терапевтичної стоматології передбачає:

– 15–20 хвилин – тестовий контроль вихідного рівня знань і визначення ступеня готовності студентів до заняття;

– 25–30 хвилин – індивідуальне усне опитування, під час якого викладач роз’яснює студентам окремі питання теми поточного заняття, відповідає на запитання студентів, з’ясовує рівень засвоєння студентами основних складових теми поточного заняття, роз’яснює окремі, найбільш складні питання, відповідає на запитання студентів;

– 60 хвилин студенти самостійно на фантомах опрацьовують певні стоматологічні маніпуляції. Викладач контролює роботу студентів, дає пояснення, підкреслює особливості стоматологічних втручань в зубах, корені яких несформовані або розсмоктуються;

– на заключному етапі заняття, що триває протягом 20–25 хвилин, викладач здійснює тестовий контроль кінцевого рівня знань студентів та оцінку практичних навичок.

Відповідно до вимог КМС якісно новим є оцінювання успішності студентів. Воно проводиться як під час поточного контролю, так і під час підсумкового модульного контролю рівня знань студентів з дисципліни. Максимальна кількість балів, яку студент може набрати при вивченні модуля з ПДТС, становить 200, в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів, за результатами підсумкового модульного контролю – 80 балів. Таким чином, дотримується співвідношення 60 % : 40 %.

Відповідно до зазначених вище рекомендацій було розроблено шкалу оцінювання знань студентів з дисципліни “Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології”. Поточна навчальна діяльність студента оцінюється таким чином. Максимальна кількість балів за вивчення модуля: 120 балів = 112 балів (максимальна кількість балів на практичних заняттях (16

занять × 7 балів = 112 балів) + 8 балів (індивідуальна дослідницька самостійна робота).

Конвертація балів у традиційні оцінки

Традиційна оцінка	Конвертація у бали
“5”	7
“4”	6
“3”	4
“2”	1

Мінімальна кількість балів для допуску до підсумкового модульного контролю (ПМК) складає 64 бали (4 бали × 16 занять = 64 бали). Співвідношення мінімальної/максимальної кількості балів за поточну діяльність студента дорівнює $64 : 120 \times 100 \% = 53 \%$. Мінімальна кількість балів для зарахування модуля з ПДТС на підсумковому модульному контролі (критерій “склав – не склав” модуль) становить 114 балів (64 + 50 = 114 балів). Співвідношення мінімальної/максимальної кількості балів на підсумковому модульному контролі дорівнює $114 : 200 \times 100 \% = 57 \%$.

Конвертація кількості балів, отриманих під час поточного та підсумкового контролю рівня знань з ПДТС, в оцінки за шкалами ECTS:

Оцінка ECTS	Статистичний показник	Границі оцінок ECTS
A	Найкращі 10 %	200 – 192
B	Наступні 25 %	191 – 170
C	Наступні 30 %	169 – 145
D	Наступні 25 %	144 – 123
E	Останні 10 %	122 – 114
Fx	Повторне складення	113 – 64
F	Обов’язковий повторний курс навчання	63 – 0

Висновок. Оцінювання знань студентів за шкалою ECTS дозволяє більш кваліфіковано і ґрунтовно провести оцінку знань студентів та дає змогу прогнозувати якість засвоєння студентами навчального матеріалу в подальшому.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні. Затверджено МОЗ України як навчальний посібник для викладачів, магістрів, аспірантів, студентів. – К. : Книга плюс, 2005.
2. Перспективи запровадження кредитно-модульної системи навчання за спеціальністю 7.110106 “Стоматологія” / В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, С. М. Білаш, А. І. Сидорова // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 75–78.
3. Ждан В. М. Підготовка стоматологів в Україні і Болонський процес / В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, О. В. Шешукова // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 37–39.
4. Порівняльний аналіз систем оцінювання навчальної

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

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

6. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник) / В. Є. Мілерян. – К. : Хрещатик, 2004. – 80 с.

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

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

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

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

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

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

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

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

В **основній частині** – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У **висновках** – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки “Верх”, “Низ”. Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення одного і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначити її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

9. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– *посилання на книги:*

1. Выготский Л. С. Психология искусства / Л. С. Выготский. – М. : Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. В. Снежневского. – М. : Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase / F. Hobbiger. – Berlin : Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / ed. by S. Udenfriend. – New York : Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п'ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним “та ін.”, “и др.”, “et al.”.

5. Контроль и регуляция иммунного ответа / [Г. В. Петров, Р. М. Хантов, В. М. Манько и др.]. – М. : Медицина, 1981. – 311 с. Перекладні видання:

6. Гроссе Э. Химия для любознательных / Э. Гроссе, Х. Вайсмангель ; пер. с нем. – М. : Химия, 1980. – 392 с.

– *посилання на статті:*

1. Гарина М. Т. Тестовый контроль в мединституте / М. Т. Гарина // Клинический хирург. – 1994. – № 5. – С. 67–68.

2. Chisari F. V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver / F. V. Chisari // J. Immunol. – 1978. – Vol. 121, № 4. – P. 1279–1286.

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я. І. Гонський, Г. Г. Шершун, І. М. Кліщ [та ін.] // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні : тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ – Полтава, 1998. – С. 115–116.

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

1. А. с. 1007970 СССР, МКИ³ В 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). – № 3360585/25-08 ; заявл. 23.11.81 ; опубл. 30.03.83, Бюл. № 12.

2. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК⁷ Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / Чугаева В. И. ; заявитель и патентообладатель Воронеж. науч.-исслед. ин-т связи. – № 2000131736/09 ; заявл. 18.12.00 ; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (II ч.).

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

1. Кияшко А. О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни : дис. ... доктора мед. наук / А. О. Кияшко. – Тернополь, 1983. – 280 с.

2. Фіра Л. С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі : автореф. дис. ... канд. біол. наук / Л. С. Фіра. – Львів, 1987. – 16 с.

– *посилання на укази, накази, постанови, закони:*

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

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

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

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

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

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

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

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіта”

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського”

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху!