

*Міністерство охорони здоров'я України*

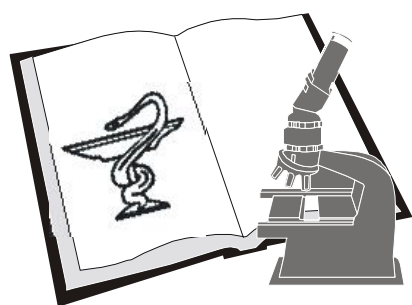
*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”*

*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**

**4/2011**

## 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](mailto:mededu@tdmu.edu.te.ua)  
<http://www.tdmu.edu.te.ua>

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

Затверджено вченою радою ДВНЗ “Тернопільський  
державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”  
(протокол № 6 від 29.11.2011 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 30.11.2011. Формат 60×84/8.  
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.  
Ум. др. арк. 12,32. Обл.-вид. арк. 11,62.  
Тираж 600. Зам. № 268.

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

## ЗМІСТ

<i>Л. Я. Ковальчук, О. Л. Ковальчук, А. Д. Беденюк, В. І. Максимлюк, І. К. Венгер, О. М. Гусак, В. Б. Доброродній, В. В. Мальований, І. І. Чонка, І. І. Смачило, Ю. М. Футуїма, Н. І. Герасимюк, І. І. Лойко, Т. В. Романюк, Т. В. Шандрюк, М. В. Чорненький</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ХІРУРГІЯ” ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ ..</b>	<b>5</b>
<i>Л. Я. Ковальчук, О. Л. Ковальчук, А. Д. Беденюк, М. В. Чорненький, Т. В. Романюк</i>	
<b>ТИПОВА НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА ІЗ ДИСЦИПЛІНИ “МЕДИЧНЕ ПРАВО УКРАЇНИ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ ЮРИДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ .....</b>	<b>7</b>
<i>С. В. Огарь, В. П. Черних</i>	
<b>ІСТОРИЧНІ ВИТОКИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ .....</b>	<b>12</b>
<i>Т. В. Князевич-Чорна, М. І. Грищук, О. Г. Попадинець, О. В. Бойко</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ .....</b>	<b>17</b>
<i>С. Т. Омельчук, Н. В. Велика, Т. І. Аністратенко</i>	
<b>НОВІ НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ” НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ .....</b>	<b>20</b>
<i>О. В. Курята, К. Г. Каранетян, І. Л. Караванська, С. В. Сорочан</i>	
<b>ВПРОВАДЖЕННЯ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ МАТЕРІАЛІВ ЩОДО СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ: ПРАКТИКА, ОЦІНКА, ПЕРСПЕКТИВИ .....</b>	<b>24</b>
<i>К. В. Півторак, І. В. Феджага</i>	
<b>ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ТА МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ .....</b>	<b>28</b>
<i>Г. І. Кліц</i>	
<b>ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК МЕТА ПІДГОТОВКИ СУЧАСНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ АВСТРІЇ .....</b>	<b>32</b>
<i>А. Й. Заволович, В. Т. Бачинський, О. Я. Ванчуляк</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРЕДМЕТА “МЕДИЧНЕ ПРАВОЗНАВСТВО” СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ .....</b>	<b>39</b>
<i>Л. М. Унгурян, О. А. Мельник, І. А. Науменко</i>	
<b>СТУДЕНТСЬКА ОЛІМПІАДА ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ФАХІВЦЯ .....</b>	<b>41</b>
<i>М. І. Швед, Н. В. Пасечко, Л. П. Мартинюк, Л. П. Мазур, Л. П. Боднар, І. В. Смачило, А. О. Боб, Л. В. Наумова, Л. В. Радецька, Т. В. Лихацька, О. Л. Сидоренко</i>	
<b>ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ЛЕКЦІЙ З “ОСНОВ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ” В СВІТЛІ ЗАСАД БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ .....</b>	<b>44</b>
<i>Л. В. Глушко, Н. В. Чаплинська, Н. З. Позур, Т. Ю. Гавриш</i>	
<b>УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ .....</b>	<b>47</b>
<i>С. М. Смірнов, Г. П. Победьонна, Б. Ю. Добрін, П. В. Матюхін, І. О. Лаврінчук, М. Ф. Зєнін, В. І. Сіротін, Н. О. Щербак</i>	
<b>КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА – ШЛЯХ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАННЯ .....</b>	<b>50</b>
<i>І. В. Ніженковська, О. О. Глушаченко, О. І. Головченко</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ З ДИСЦИПЛІНИ “ОРГАНІЧНА ХІМІЯ” В УМОВАХ БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ .....</b>	<b>53</b>
<i>В. Й. Лисенко, С. В. Лисенко</i>	
<b>ФОРМУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОЇ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ HR-ТЕХНОЛОГІЙ .....</b>	<b>58</b>
<i>І. М. Лучко, І. В. Ємельяненко, Н. М. Воронич-Семченко, О. О. Шляховенко, Ю. В. Бортник</i>	
<b>САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ “ФІЗІОЛОГІЯ” В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ .....</b>	<b>60</b>

<i>І. І. Голуб</i> <b>МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС ЯК ТИП ІНСТИТУЦІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ .....</b>	<b>63</b>
<i>І. А. Хрипаченко, Є. П. Курапов, М. І. Ворхлик, Т. В. Дьоміна, О. А. Малеев</i> <b>ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЩОДО ВИКЛАДАННЯ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ І НЕОБХІДНІСТЬ СТВОРЕННЯ КАФЕДР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ .....</b>	<b>70</b>
<i>К. Л. Бурда, І. Я. Заліпська, В. І. Зевако, Т. П. Мельник, А. М. Пришляк, Т. В. Саварин, В. Я. Юкало</i> <b>МОВНА КОМПЕТЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ ЯК СКЛАДНИК ФАХОВОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ .....</b>	<b>74</b>
<i>А. Г. Гулюк, В. В. Парасочкіна</i> <b>ДО ПРОБЛЕМИ ВИХОВАННЯ І ФОРМУВАННЯ ОСОБИ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ОНМУ .....</b>	<b>77</b>
<i>А. Г. Гулюк, В. Г. Крикляс, Н. Б. Дмитрієва, О. О. Фаренюк</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА МОДУЛІ “МІСЦЕВЕ ЗНЕБОЛЕННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ” .....</b>	<b>79</b>
<i>Л. М. Унгурян, Н. С. Фізор, О. О. Черкашина</i> <b>КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ .....</b>	<b>81</b>
<i>М. І. Бобак, М. Л. Кушик, І. А. Прокоп, О. В. Денефіль, Г. Б. Паласюк, Т. В. Саварин, Л. Я. Вітко, М. О. Сокол</i> <b>АУДИТИВНА КОМПЕТЕНЦІЯ ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ВИВЧЕННІ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ .....</b>	<b>84</b>
<i>О. П. Славута, Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко</i> <b>ПОЛПШЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН “МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ” ТА “БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ” У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ .....</b>	<b>87</b>
<i>В. Й. Шатило, В. А. Копетчук, С. В. Гордійчук, О. В. Горай, І. Р. Махновська</i> <b>ДОСВІД ЖИТОМИРСЬКОГО ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА В МІЖНАРОДНОМУ СПІВРОБІТНИЦТВІ .....</b>	<b>90</b>
<i>Я. С. Кукуруз, І. Й. Сличко, В. А. Яловенко</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДЛЯ ОФІЦЕРІВ ЗАПАСУ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНІЙ ТА ВІДКРИТІЙ ТРАВМІ КІНЦІВОК .....</b>	<b>94</b>
<i>А. М. Вієвський</i> <b>КОМПЛЕКСНА БАГАТОРІВНЕВА СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ В ЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК БАЗА СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ У ЦИХ НАПРЯМКАХ .....</b>	<b>97</b>
<i>П. А. Гасюк, Н. О. Гевкалюк, В. В. Щерба, С. М. Придруга</i> <b>СУЧАСНИЙ СТАН НАУКОВО ОБГРУНТОВАНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ .....</b>	<b>103</b>

УДК 808.2:378.147.33]054.6

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ХІРУРГІЯ” ЗА КРЕДИТНО-MОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ

Л. Я. Ковальчук, О. Л. Ковальчук, А. Д. Беденюк, В. І. Максимлюк, І. К. Венгер,  
О. М. Гусак, В. Б. Доброродній, В. В. Мальований, І. І. Чонка, І. І. Смачило,  
Ю. М. Футуйма, Н. І. Герасимюк, І. І. Лойко, Т. В. Романюк, Т. В. Шандрук,  
М. В. Чорненко

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

## THE PECULIARITIES OF TEACHING “SURGERY” DISCIPLINE BY THE CREDIT-TRANSFER SYSTEM

L. Ya. Kovalchuk, O. L. Kovalchuk, A. D. Bedeniuk, V. I. Maksymliuk, I. K. Venher,  
O. M. Husak, V. B. Dobrorodniy, V. V. Maliovanyi, I. I. Chonka, I. I. Smachylo,  
Yu. M. Futuyma, N. I. Herasymiuk, I. I. Loyko, T. V. Romaniuk, T. V. Shandruk,  
M. V. Chornenkyi

*SHEI “Ternopil State Medical Univesity by I.Ya. Horbachevsky”*

Навчання за кредитно-модульною системою є ключовим моментом у поліпшенні процесу освіти у вищій медичній школі на сьогоднішній день. Це, безумовно, стосується і хірургічних дисциплін. Важливим є і те, що такий тип навчання дозволяє результативно застосовувати нові навчальні технології, які довели свою ефективність у світовому навчально-освітньому просторі, зокрема Центральної та Західної Європи. При аналізі педагогічного процесу виявилось, що методика проведення занять за кредитно-модульною системою вимагає певних змін загальноприйнятих правил у педагогіці вищої медичної школи, настоюючи на головному пріоритеті – контролі.

Studying by the credit-modular system is crucial in improving the process of education in higher medical school today. This is certainly true for surgical disciplines. It is important the fact that this type of training allows to effectively apply the new teaching techniques that have proved to be effective in the world teaching and educational space, including Central and Western Europe. In the analysis of the pedagogical process turned out that the technique training in credit-modular system requires certain changes in generally accepted rules of pedagogy of higher medical education, basing on the main priority – control.

**Вступ.** Навчання за кредитно-модульною системою є ключовим моментом у поліпшенні процесу освіти у вищій медичній школі на сьогоднішній день [1, 2]. Це, безумовно, стосується і хірургічних дисциплін [3]. Важливим є і те, що такий тип навчання дозволяє результативно застосовувати нові навчальні технології, які довели свою ефективність у світовому навчально-освітньому просторі, зокрема Центральної та Західної Європи [2]. Однак впровадження кредитно-модульної системи викладання пов'язане зі складністю перебудови основ отримання знань відповідно до нових зразків та принципів [4, 5], що робить критично важливим перегляд всього процесу викладання і, безумовно, ролі викладача в ньому. Задачі професійної діяльності лікаря, зокрема хірурга, визначають основні вимоги до об'єму знань та їх якості, а особливо – до практичної сторони підготовки. Перехід на кредитно-модульну систему є необхідним кроком для підвищення якості підготовки хірур-

га та інтеграції у загальноєвропейську систему навчання. Дана проблема в нашій системі медичної освіти далека від вирішення, адже вітчизняного досвіду впровадження кредитно-модульної системи на хірургічних кафедрах в медичних навчальних закладах України безумовно недостатньо [6, 7].

Мета – визначення основних недоліків, проблем та шляхів їх усунення, що виникли на кафедрі хірургії № 1 при впровадженні викладання за кредитно-модульною системою.

**Основна частина.** Ми проаналізували безпосередньо процес і якість викладання дисципліни “Хірургія” за кредитно-модульною системою у студентів 4, 5 та 6 курсів медичного факультету за модулями “Абдомінальна хірургія”, “Грудна, серцево-судинна, ендокринна хірургія” і “Симптоми та синдроми в хірургії” відповідно. У методичному доробку, підготовленому працівниками кафедри хірургії № 1, наявні

© Л. Я. Ковальчук, О. Л. Ковальчук, А. Д. Беденюк та ін.

діагностично-лікувальні алгоритми, клінічні ситуаційні завдання для навчання та заключного контролю, методичні вказівки для студентів, та рекомендації для викладачів за всіма без виключення темами практичних занять, тестові питання заключного контролю. На кафедрі, як і загалом в університеті, впроваджені сучасні навчальні інформаційні технології: електронні підручники та посібники у вільному доступі, позааудиторний електронний тестовий контроль знань студентів за допомогою системи Moodle (що об'єктивізує оцінювання їх знань, позбавляє недоліків, пов'язаних із суб'єктивністю оцінювання) та різноманітний дидактичний матеріал.

При аналізі педагогічного процесу виявилось, що методика проведення занять за кредитно-модульною системою вимагає певних змін загальноприйнятих правил у педагогіці вищої медичної школи, настоюючи на головному пріоритеті – контролі. Контроль за виконанням студентами програми є обов'язковим і здійснюється на кожному занятті у вигляді підсумкового і заключного письмового тестового контролю (для студентів, які не пройшли тестування у програмі Moodle або не згодні із отриманою оцінкою). Однак при цьому зменшується можливість показати студентам найбільш складних і проблемних пацієнтів, брати участь у визначенні провідного синдрому, проведення диференційної діагностики, патогенетичного обґрунтування комплексної диференційованої програми лікування пацієнта (оперативного втручання, його анестезіологічного забезпечення, перед-, інтра- та післяопераційної інтенсивної терапії). Разом з тим, ми бачимо своє завдання також і в тому, щоб не тільки дати майбутнім колегам певний рівень знань, а й виховати глибоку повагу до своєї майбутньої спеціальності. І для цього не потрібно копіювати західні стандарти, а спочатку враховувати наші нинішні можливості і потреби. До того ж, набагато простіше навчити студента анестезіології, інтенсивної терапії, хірургічної техніки за протоколами, стандартно розробленими

#### **Література**

1. Про особливості впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу : наказ Мін. осв. і науки України від 20.10.2004.
2. Конвенція о признании квалификаций, относящихся к высшему образованию в Европейском регионе. – Лиссабон, 1997.
3. Типова навчальна програма з дисципліни “Хірургія” (скорочена версія) / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, В. В. Храпач [та ін.] // Хірургія України. – 2008. – № 3 (27). – С. 96–108.
4. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти України : наказ Міністерства охорони здоров'я і Академії медичних наук України № 522/51. від 12.09.2008 р.

схемами, ніж розбирати особливості лікування конкретного пацієнта й разом з викладачем шукати відповіді в обговоренні матеріалу заняття. Зусилля професорсько-викладацького складу кафедр хірургічного профілю при цьому переорієнтуються на якісно іншу працю: ретельний відбір змісту і структурування навчального матеріалу, розробку, редагування та рецензування тестових завдань, пошуку альтернативних надійних критеріїв оцінки глибини, системності отриманих знань у студентів. Особливу увагу приділяємо підвищенню надійності та валідності створених тестових матеріалів. Разом з тим, тестова форма контролю, зокрема системою moodle, дозволяє проводити його ефективно і регулярно, що істотно підвищує надійність підсумкової оцінки, дозволяючи залучити студента в активну роботу з пошуку теоретичної інформації та застосування її в майбутній практичній роботі, але набагато ціннішою для нас могла би виявитися критична оцінка та свідомий вибір рішення студентами в конкретній клінічній ситуації. Другим завданням вважаємо проблемну організацію самостійної роботи у викладанні хірургії за кредитно-модульною системою. Перебудова навчального процесу відповідно до вимог кредитно-модульної системи на кафедрі хірургічного профілю дала можливість встановити переваги та недоліки даної системи. Впровадження європейської моделі викладання на кафедрі хірургічного профілю вимагає розширення форм і методів навчання, розробки принципів медичної освіти нового стандарту, однак з урахуванням національних особливостей.

**Висновки:** 1. До недоліків викладання дисципліни “Хірургія” за кредитно-модульною системою слід віднести проблему мотивації до самостійної роботи студентів.

2. Викладання дисципліни “Хірургія” за кредитно-модульною системою вимагає адаптації як студентів, так і викладачів до нових принципів організації навчального процесу.

3. Незалежне тестування за системою Moodle дає змогу об'єктивізувати контроль знань студентів.

5. Питання розробки нормативів дистанційного навчання в післядипломній медичній освіті / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, Ю. П. Вдовіченко [та ін.] // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 3. – С. 58–68.

6. Іващенко В. В. Про деякі проблеми першого досвіду впровадження кредитно-модульної системи на циклі загальної хірургії / В. В. Іващенко // Університетська клініка. – 2009. – № 1-2. – С. 5–8.

7. Складові галузевих стандартів вищої освіти напрямку підготовки 1101 “Медицина” освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України. – К., 2002.

УДК 61(07)+371.24:34+378(477)

## ТИПОВА НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА ІЗ ДИСЦИПЛІНИ “МЕДИЧНЕ ПРАВО УКРАЇНИ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ ЮРИДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Л. Я. Ковальчук, О. Л. Ковальчук, А. Д. Беденюк, М. В. Чорненький,  
Т. В. Романюк

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

## THE TYPICAL TRAINING PROGRAM OF THE DISCIPLINE “MEDICAL LAW IN UKRAINE” FOR STUDENTS OF LAW UNIVERSITIES

L. Ya. Kovalchuk, O. L. Kovalchuk, A. D. Bedeniuk, M. V. Chornenkyi, T. V. Romaniuk

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

Стаття розкриває основні положення Типових навчальних програм з медичного права України для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації, що навчаються за напрямом підготовки “Правознавство” і здобувають освітньо-кваліфікаційні рівні “магістр” та “спеціаліст”.

This article focuses on the most important provisions of the Standard educational programs on medical law of Ukraine for students of universities of III-IV accreditation level, enrolled in the direction of “Law” and acquire educational qualification level “master” and “specialist”.

**Вступ.** Сьогодні в Україні вже сформувалася нова галузь права “Медичне право України” з усіма своїми ознаками галузі права. Чітко окреслені специфічні суспільні відносини (предмет), що регулюються медичним правом, та способи їх правового регулювання (методи) [1, 2]. 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 [3].

Одночасно із розвитком медичного права як галузі права в Україні постає питання необхідності вивчення медичного права як навчальної дисципліни в процесі підготовки як сучасного правознавця, так і лікаря [1–8]. Одним із найважливіших етапів впровадження цієї навчальної дисципліни в курс навчання студентів вищих юридичних навчальних закладів стало затвердження 1 липня 2011 року Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України за погодженням із Міністерством охорони здоров’я України та Міністерством юстиції України Типових навчальних програм з медичного права України для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації, що навчаються за напрямом підготовки “Правознав-

ство” і здобувають освітньо-кваліфікаційні рівні “магістр” та “спеціаліст” [7, 8].

Як зазначають автори програм, актуальність вивчення проблем медичного права України юристами зумовлена багатьма чинниками. По-перше, блага, які є предметом регулювання медичного права, – життя та здоров’я людини – є найвищими соціальними цінностями. По-друге, це – правовий нігілізм суб’єктів медичних правовідносин. По-третє, провадження медичної практики має численні притаманні лише їй особливості, на які слід зацентувати увагу на додипломному рівні. По-четверте, має значення праволюдний компонент медичної сфери, що проявляється у необхідності застосування належних правозахисних та правозастосовних механізмів. По-п’яте, законодавче забезпечення галузі охорони здоров’я дуже об’ємне та різностороннє. По-шосте, необхідним є перехід від господарницького підходу в роботі юриста до гуманістичного, котрий має місце у сфері охорони здоров’я. І нарешті, по-сьоме, аналіз статистики юридичної практики свідчить, що при загальній перевантаженості судів кількість медичних справ незначна.

**Основна частина.** Відповідно до затверджених типових програм метою вивчення дисципліни “Медичне право України” є комплексна підготовка прав-

ників з метою формування і розвитку їх професійної компетенції у галузі медичного права, спрямована на отримання необхідного обсягу теоретичних медико-правових знань, набуття практичних навиків спеціалізованого правозахисту й правозастосування, оволодіння достатнім рівнем правової культури і правосвідомості для збереження балансу взаємин між суб'єктами медичних правовідносин і дотримання прав людини у сфері охорони здоров'я.

Завданнями вивчення дисципліни є:

- ознайомити правників із міжнародно-правовими стандартами в галузі прав людини та охорони здоров'я;
- розкрити національне законодавче забезпечення сфери охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги;
- висвітлити правовий статус суб'єктів медичних правовідносин;
- з'ясувати форми, способи і засоби захисту прав суб'єктів медичних правовідносин;
- окреслити правові умови і підстави здійснення окремих видів медичної діяльності;
- охарактеризувати види юридичної відповідальності в царині охорони здоров'я.

Викладання курсу “Медичне право” покладати-меться на осіб з вищою юридичною освітою, які мають науковий ступінь кандидата наук або доктора наук і вчене звання, з професійною дослідницькою орієнтацією на медичному праві. Бажаною є наявність другої вищої освіти – медичної.

Дисципліна “Медичне право України” вивчатиметься студентами вищих юридичних навчальних закладів на п'ятому курсі протягом семестру. План навчального процесу для її вивчення включає 54 години навчальних занять. З них – 20 годин лекцій, 12 годин практичних занять та 22 години самостійної роботи. Дисципліна вивчатиметься із застосуванням кредитно-модульної системи організації навчального процесу, що запроваджується з метою удосконалення контролю якості знань студентів, сприяння формуванню їх комплексності, забезпечення систематичної самостійної роботи впродовж семестру, підвищення об'єктивності оцінювання знань та адаптації до вимог, визначених Європейською системою залікових кредитів ECST; і складається із двох змістових модулів. Перший змістовий модуль становлять теми 1 – 7, другий – теми 8 – 16. Тематичний план дисципліни наведений в таблиці 1.

**Таблиця 1.** Тематичний план дисципліни “Медичне право України”

№	Назва теми	Кількість годин		
		лекції	практичні	самостійна робота студента
<b>Змістовий модуль I</b>				
<b>МЕДИЧНЕ ПРАВО ЯК ПРАВОВЕ УТВОРЕННЯ</b>				
1	Медичне право і його місце в системах права і законодавства України. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні: історико-правовий огляд, сучасний стан і перспективи розвитку	2	–	2
2	Основи господарської діяльності та страхування у сфері охорони здоров'я в Україні. Правова природа медичної допомоги та медичної послуги	2	–	2
3	Система прав людини у сфері охорони здоров'я. Особисті немайнові права людини у сфері охорони здоров'я	–	2	2
4	Правовий статус суб'єктів медичних правовідносин	2	2	–
5	Процедури і механізми захисту прав суб'єктів медичних правовідносин. Юридична відповідальність у сфері охорони здоров'я	2	2	–
6	Правове регулювання експертної діяльності у сфері охорони здоров'я в Україні. Дефекти надання медичної допомоги: юридична оцінка	2	2	–
7	Порівняльне медичне право. Міжнародне медичне право	–	–	2
	Модульна контрольна робота 1	–	1	–
<b>Змістовий модуль II</b>				
<b>СПЕЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ МЕДИЧНОГО ПРАВА</b>				
8	Правове регулювання сімейної медицини в Україні	–	–	2



Продовження табл. 1

№	Назва теми	Кількість годин		
		лекції	практичні	самостійна робота студента
9	Правове забезпечення репродуктивного здоров'я і репродуктивних технологій в Україні. Донорство за законодавством України	2	2	–
10	Законодавче забезпечення профілактики та лікування інфекційних хвороб, у тому числі тих, що передаються статевим шляхом	2	–	2
11	Правове регулювання провадження фармацевтичної діяльності та забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення в Україні. Інтелектуальна власність у галузі охорони здоров'я	2	–	2
12	Правове регулювання проведення медико-біологічних експериментів на людях в Україні	2	–	–
13	Народна медицина (цілительство) за законодавством України	–	–	2
14	Законодавче забезпечення паліативної і хоспісної медичної допомоги в Україні. Правове регулювання надання медичної допомоги фізично та соціально уразливим верствам населення. Правове регулювання надання психіатричної допомоги в Україні	2	–	2
15	Правова регламентація косметології та спортивно-оздоровчої діяльності (спортивної медицини). Санаторно-курортна справа. Медичний туризм	–	–	2
16	Правове забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя в Україні	–	–	2
	Модульна контрольна робота 2	–	1	–
	Всього 54 години, з них:	20	12	22

Аудиторне викладання курсу проводиться у вигляді лекцій та практичних занять з використанням інтерактивних методик. Із найважливіших тем курсу проводяться семінарські заняття, де можуть бути використані різні форми та методи контролю знань студентів: доповіді, експрес-опитування, доповнення, відповіді, вільна дискусія, співбесіда, обговорення рефератних повідомлень, розв'язання казусів, виконання самостійних та контрольних робіт, індивідуальні завдання тощо. Рівень знань, підготовленості, ерудиції, активності студентів оцінюється викладачем самостійно. Аудиторний курс передбачає не лише доктринальне наповнення, а й закріплення теоретичних знань і напрацювання практичних навиків.

Крім того, передбачено самостійну роботу студентів над теоретичним матеріалом. На самостійне вивчення у позааудиторний час плануються теми, котрі не охоплені навчальним процесом, але передбачені робочою програмою та мають істотне значення для підготовки фахівця-юриста.

Типові навчальні програми регламентують структуру та зміст дисципліни, містять план лекцій та практичних занять, перелік рекомендованої літератури,

орієнтовний перелік питань на залік, перелік необхідних для опрацювання нормативних актів.

Формою семестрового контролю є залік у формі співбесіди або письмовій формі. До заліку допускаються ті студенти, які відпрацювали всі пропущені заняття, виправили незадовільні оцінки, отримані на практичних заняттях, набрали мінімальну кількість балів і успішно здали змістові модулі. На залік виносяться ключові питання, ситуативні задачі, що потребують творчої відповіді, аналітичних навиків, вміння синтезувати отримані знання і застосовувати їх при вирішенні практичних завдань.

Оцінювання студентів проводиться за 100-бальною системою шляхом виконання індивідуальних завдань, що включають два поточні змістові модулі (0 – 40 балів), підсумковий (0 – 60 балів) та семестровий контроль (сумарно 0 – 100 балів), що відображено в таблиці 2. Програмами передбачені орієнтовні форми контролю знань на семінарських заняттях та їх оцінка:

- доповідь (виступ на задану тему) – до 5 балів;
- доповнення доповіді – до 3 балів;
- вирішення задачі – до 5 балів;
- експрес-опитування – до 3 балів;

**Таблиця 2.** Оцінювання знань студентів

Параметри	Оцінка в балах
Змістовий модуль 1	0 – 20
Змістовий модуль 2	0 – 20
Комплексна підсумкова контрольна	0 – 60
Разом (підсумкова оцінка)	0 – 100

- колоквиум – до 5 балів;
- самостійна робота – до 4 балів;
- домашня робота – до 5 балів;
- есе (короткі відповіді на запитання) – до 3 балів;
- тестування (з набору суджень вибрати правильні) – до 5 балів;
- реферат (змістовна письмова робота на задану тему з аналізом літератури та висновками) – до 5 балів;

- участь у дискусії – до 2 балів;
- підсумкова контрольна робота – до 5 балів;
- мінімальний бал за семінар – 1 бал.

Таким чином, за дану дисципліну студентом може бути отримано максимально 100 балів. Знання студента відображаються у заліковій книжці за чотирибальною (національною) шкалою оцінювання, котра наведена в таблиці 3.

**Таблиця 3.** Шкала оцінювання

За 100-бальною шкалою	Оцінка за національною шкалою та шкалою університету	
90 – 100	відмінно	5
75 – 89	добре	4
60 – 74	задовільно	3
0 – 59	незадовільно	2

- У результаті закінчення курсу студент повинен знати:
- міжнародно-правові стандарти в галузі прав людини та охорони здоров'я;
  - чинне законодавство України про охорону здоров'я, у тому числі біоетичне;
  - тенденції нормотворення й державної політики у сфері охорони здоров'я;
  - понятійно-категоріальний апарат у галузі медичного права;
  - рівні соціального регулювання медичної діяльності;
  - права й обов'язки суб'єктів медичних правовідносин;
  - механізми й процедури захисту прав людини у сфері охорони здоров'я (національні й міжнародні);
  - види й підстави юридичної відповідальності у сфері охорони здоров'я;
  - юридичну практику в галузі медичного права, в тому числі Європейського суду з прав людини;
  - правові умови провадження окремих видів медичної діяльності.

Студент повинен уміти:

- самостійно працювати із законодавством України та міжнародними стандартами у сфері охорони здоров'я;
- аналізувати правову природу прав людини у сфері охорони здоров'я;
- готувати необхідні процесуальні документи для захисту прав людини у сфері охорони здоров'я;

- застосовувати юридичну практику для правозахисної і правозастосовної діяльності, в тому числі правові позиції Європейського суду з прав людини, Верховного Суду України;
- ефективно використовувати арсенал експертиз для провадження медичних справ;
- належно забезпечувати документообіг у закладі охорони здоров'я;
- використовувати юрисдикційні й неюрисдикційні форми захисту прав людини у сфері охорони здоров'я;
- правильно кваліфікувати наслідки професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників та давати їм належну юридичну оцінку.

**Висновки.** Затвердження Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України Типових навчальних програм з медичного права України для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації, що навчаються за напрямом підготовки “Правознавство” і здобувають освітньо-кваліфікаційні рівні “магістр” та “спеціаліст”, є значним досягненням у процесі впровадження цієї навчальної дисципліни в курс навчання студентів вищих юридичних навчальних закладів та становлення й розвитку медичного права України загалом.

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” також у вищих медичних навчальних закладах. Необхідно сприяти

розвитку на медичних факультетах кафедр медичного права, підготовці відповідних фахівців у цій галузі, розвивати наукову та навчально-методичну роботу з проблематики медичного права.

#### **Література**

1. Стеценко С. Г. Медичне право України / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта. – Київ : Правова єдність, 2008. – 508 с.
2. Ковальчук Л. Я. Навчальна дисципліна “Медичне право” як невід’ємна складова підготовки лікаря в сучасних умовах в Україні / Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, М. В. Чорненький // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 12–14.
3. Федорчук Є. Медичне право як навчальна дисципліна в світлі Болонської системи / Є. Федорчук, Н. Козань, С. Федорчук // Медичне право. – 2008. – № 1. – С. 74–78.
4. 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.
5. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки : Постанова Кабі-

нету Міністрів України № 14 від 10 січня 2002 року // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 30.

6. Вдосконалення навчально-освітнього компонента медико-правового забезпечення охорони здоров’я в Україні / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, М. О. Винницька [та ін.] // Сучасні проблеми здоров’я та охорони здоров’я населення. – 2008. – № 4. – С. 81–84.

7. Медичне право України : типова навчальна програма для студентів вищих навчальних закладів III—IV рівня акредитації, що навчаються за напрямом підготовки “Правознавство” і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень “магістр” / за ред. В. М. Бронкової, І. Я. Сенюти. – К., 2011. – 99 с.

8. Медичне право України : типова навчальна програма для студентів вищих навчальних закладів III—IV рівня акредитації, що навчаються за напрямом підготовки “Правознавство” і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень “спеціаліст” / за ред. В. М. Бронкової, І. Я. Сенюти. – К., 2011. – 96 с.

УДК 615.1:93

## **ІСТОРИЧНІ ВИТОКИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ**

**С. В. Огарь, В. П. Черних**

*Національний фармацевтичний університет*

## **HISTORICAL ORIGINS AND DEVELOPMENT OF PHARMACEUTICAL EDUCATION**

**S. V. Ohar, V. P. Chernykh**

*National Pharmaceutical University*

У статті проаналізовані історичні джерела зародження фармацевтичної освіти, починаючи з Давнього Єгипту та Давньої Греції, виділена соціальна складова розвитку історії фармації. Проаналізовано середньовіччя як алхімічний період в історії хімії та фармації у контексті розвитку практичної складової фармацевтичної справи. Розглянуто і проаналізовано стан фармацевтичної допомоги за період XI – XIII сторіччя.

The article analyzed the historical sources of pharmaceutical education origin, starting with ancient Egypt and ancient Greece. We have underlined the social component of the history of pharmacy. It has been analyzed as medieval alchemical period in the history of chemistry and pharmacy in the context of the pharmaceutical business practical component. We have also analyzed the state of pharmaceutical assistance for the period from 11th to 13th century.

**Вступ.** Не знаючи минулого, не вивчаючи сучасне, не можна думати про майбутнє – справедливність цього вислову підтверджує вся історія людства. Не винятком у цьому є така життєво важлива сфера професійної діяльності людини, як фармація. Її багатівікова історія зберігає безліч прикладів драматизму та успіху у боротьбі з недугами, самовідданості та самозречення в ім'я науки і здоров'я людей.

Питанню дослідження історії розвитку фармації присвячені праці З. М. Мнушко, М. Л. Сятиня та ін.

**Основна частина.** Фармація, як наука про ліки, зароджувалась у ті далекі часи, коли людина почала шукати засоби зцілення своїх хвороб. В уяві первісної людини світ був заселений духами таємних сил природи. Для наших пращурів хвороби були результатом проникнення злих духів в тіло людини, тому зцілення зводилось до вміння вигнати їх за допомогою магічних дій та заклинань. Ідоли і амулети використовувалися як заходи охорони від хвороб, і були своєрідною профілактикою захворювань того часу. З часом містика первіснообщинної епохи змінилась на розвинуті релігійні погляди. Головною причиною захворювання вважався гнів богів, то ж основою лікування стало звернення до богів, щоб ті змінили гнів на милість.

Поступово в храмовій медицині застосовуються лікарські засоби народної медицини. На певному етапі

історії жерці стали хранителями знань про природу. Вони відбирали лікувальні засоби, і з появою писемності почали записувати народний досвід лікування хвороб.

В одній з перших держав на нашій планеті, Давньому Єгипті, для лікування різних хвороб почали застосовувати лікарські засоби: рослини, мінерали, органи тварин. Саме єгипетські жерці почали використовувати ароматичну смолу – ладан, і помітили його здатність не тільки виділяти запашний аромат, але й припиняти розповсюдження хвороб. Тому ця речовина входила до складу сумішей для обкурювання житла та одягу хворих. Ладан користувався великим попитом і видобувався з надрізів кори дерев сімейства бурзерових, які росли на узбережжі Червоного моря.

Свої медичні пізнання давньоєгипетські лікарі записували на папірусах. Найбільший з медичних папірусів був знайдений у XIX столітті в одній з фіванських гробниць. Зараз він знаходиться в Лейпцизькому університеті і відомий як папірус Еберса [1]. Саме цей німецький романіст і єгиптолог купив його в арабів-кочівників. Папірус написаний майже 3600 років назад. Він складається зі 110 сторінок по 22 рядки. На кожній сторінці є надпис "Книга приготування ліків для всіх частин тіла". В ній наведені численні лікарські прописи для лікування різних хвороб.

© С. В. Огарь, В. П. Черних

На рівень давньоєгипетської медицини вказує приклад одного пропису лікування мігрені, взятого з папірусу Еберса: голова рака, зуб свині, кров ящірки, мозок черепахи, кал антилопи, нутрощі кішки.

Але в папірусі зберігаються і досить цінні відомості. Наприклад, про лікувальні дії печінки бика при захворюваннях очей. Дійсно, такі захворювання, як ксерофтальмія та гемералопія (куряча сліпота), лікуються препаратами вітаміну А, на які багата печінка бика та інших тварин.

Окрім згаданого папірусу відомості про давньоєгипетську фармацію ми маємо з “Терметических книг”, які начебто написані єгипетським Гермесом. Словник Брокгауза і Ефрона вважає автора вигаданим [2]. Походження цих книг грецько-єгипетське і датується приблизно серединою III століття. Із 42 священних книг Давнього Єгипту, про які згадує історія, до нас дійшло 14 трактатів, які в середні віки були надруковані латиною, а пізніше французькою, німецькою та англійською мовами. Шість з них стосуються медицини.

Давні єгиптяни майже не знали анатомії та фізіології, бо тіло людини детально не вивчали. Хворобу вони розуміли як зміни різних частин тіла і крові. Крім того, існувала думка, що здоров’я залежить від невидимої речовини, яка знаходиться в повітрі і яку вони називали пневмою [3]. Пневма вдихається легенями і розповсюджується по тілу. В поглядах того часу здоров’я залежить від стану крові і пневми. Цим поглядам відповідали і методи лікування, метою яких було видалення з організму гниючої речовини, для чого використовували засоби, що викликають блювання, спорожнювання кишечника, сечовиділення, потіння. Інші лікарські засоби збуджували відрижку, відхід газів, тобто головною метою була допомога пневмі виділити “зіпсоване повітря”.

Велике застосування мали препарати тваринного походження. Як ліки використовувалось волосся, жовч, жир, зуби, молоко жінки, особливо після народження сина, молоко корови, ослиці, кисле молоко, сеча, печінка, кал та ін. Також використовували багато рослинних засобів: мак снодійний, макові головки, м’яту, папірус, подорожник, пшеницю, касторове масло, ладан, копалову смолу, опій, пальмове масло, мед, хлібне тісто.

З лікарських форм були відомі мазі, примочки, пластирі, пігулки, відвари.

Медицина Давнього Єгипту мала великий вплив на розвиток медицини Давньої Греції. За свідченням Гомера, серед греків жили вихідці з Єгипту, які не тільки лікували хворих, але й навчали греків мистецтва лікування. В VII столітті до н. е. в Давній Греції

виник культ бога лікування Асклепія (лат. Ескулап), пізніше шанування Ескулапа широко розповсюдилось у Давньому Римі. Припускають, що в основі міфу про Ескулапа – є реальний образ царя Фессалії, який умів зцілювати хворих. На честь Асклепія по всій Греції були збудовані храми-асклепіони. Жерці асклепіонів окрім піднесення молитов ще й лікували хворих. Із асклепіадів вийшли найвидатніший лікар древності Гіппократ (460 – 370 рр. до н. е.), та видатний філософ Аристотель (384–322 рр. до н. е.) [1].

В ті давні часи саме у Греції медицина досягла найвищого розвитку і стала основою всієї подальшої західної медицини. Грецька фармацевтична техніка була більш досконалою, ніж в інших країнах. Так, грекам був відомий спосіб очистки води методом дистиляції. У кожного лікаря зберігались запаси лікарської сировини в спеціально відведеному місці, яке називалось “*apotheca*”. Звідси з’явилася назва – “аптека”. Перша згадка про аптеку як місце зберігання ліків зустрічається у Гіппократа [3].

У творах Гомера та інших давньогрецьких письменників містяться перші відомості про медицину. Жінки в ті часи не тільки готували їжу, але й лікували членів сім’ї, або групи сімей, збирали лікарські рослини.

Давньогрецькі лікарі застосовували порошки, коржі, рідкі та м’які лікарські форми. До рідких належать припарки, супи, відвари у воді, вині, козячому молоці, мелохрат (мед з мукою), оксимель (мед з водою та оцтом) та ін. До м’яких належать: внутрішнього вживання (кашки, пиріжки); зовнішні (мазі, пластирі, супозиторії у вигляді кульки, жолудя, свічки; песарії – тампони з шерсті, просочені лікарською сумішшю). Основою для мазі були крейда, масло, сало, згущені соки та відвари у воді або вині [4].

Вже тоді греки знали про отруйну дію деяких грибів. Важливу роль у терапії давньогрецьких лікарів відігравав відвар ячменю.

Для лікування ран вживалися порошкові речовини у вигляді присипок для зупинки кровотечі і усунення болю. При цьому усередину з метою знеболювання давали зміцнювальний напій з вина з цибулею, медом, козячим сиром і білою мукою.

Медична практика була вільним ремеслом. Лікування хворих проводилось в основному вдома. Більшість лікарів займались відразу всіма галузями медицини. Спеціалістів майже не було. Крім лікарів існували різотомі, які збирали рослини та корінці. Трохи вище стояли фармакополи, які продавали ліки та косметичні засоби.

Головним джерелом відомостей про стан медицини в Греції є збірка трудів Гіппократа. Він був заснов-

ником наукової медицини, найзнаменитішим лікарем античності. Гіппократ загалом дотримувався матеріалістичних поглядів. Головна його заслуга в тому, що він звільнив медицину від домінування в ній впливу релігії, перший намагався зібрати докупи всі відомі медичні спостереження, систематизував їх і дав філософське обґрунтування [5].

Гіппократ вперше і послідовно показав нерозривну єдність організму і навколишньої природи. Він закликав лікувати хворого, а не хворобу, надаючи більше значення лікуванню природними засобами.

За вченням Гіппократа, здоров'я людини залежить від правильного сполучення чотирьох тілесних соків – крові, мокроти, жовтої та чорної жовчі, порушення якого веде до хвороби, тому кожен ліки повинні діяти на один з цих соків. Всі лікарські речовини ділились на холодні, вологі, теплі та сухі.

Особливу увагу Гіппократ приділяв лікуванню травами. В основному він використовував для лікування свіжі рослини в здрібненому вигляді. Таким чином він намагався зберегти природу лікарських засобів, надавав великого значення умовам зберігання ліків.

Серед рослин, які використовувались в терапії давньогрецькими лікарями, можна назвати аніс, артемізію, блекоту, бузину, волошку, гранат, дуб, материнку, жостір, звіробій, золототисячник, ірис, кардамон, рицину, кропиву, льон, фіалку, молочай, паслін, подорожник та ін. Як наркотичний засіб використовували мак.

З числа мінеральних речовин використовувались мідь, мідний купорос, з'єднання свинцю, залізо, сірка, вапно, галуни, червоний сірчистий миш'як, кухонна сіль та інші.

Серед лікарських засобів тваринного походження широке застосування того часу знайшли жир барана, гуски, качки, бика, жир риб, різні види молока (коров'яче, осячє, кобиляче, козяче).

Широке застосування мала вода. При переломах і вивихах рекомендувались примочки холодної води, при непритомності – обливання. При запаленні легень та головних болях використовувалась тепла вода. Ванни вважались корисними при болях у грудях і спині, при задишці.

У "Збірці Гіппократа" докладно описана технологія складних ліків, вказана кількість інгредієнтів, способи дозування. По об'єму дозувались не тільки рідкі, але й тверді лікарські засоби. Досить часто дозування було приблизним: "розміром з кісточку барана", "в розмірі п'яти оленя", "величиною з біб". В деяких прописах так само дозувались і отруйні речовини: "давати пити у воді, скільки можна захопити трьома пальцями".

Давньогрецькі лікарі використовували різноманітні лікарські форми (тверді, рідкі, м'які, газоподібні). У формі порошків готували засоби рослинного, тваринного і мінерального походження. При цьому використовували такі прийоми, як здрібнення, просіювання, змішування [4].

При призначенні ліків Гіппократ рекомендував дотримувати обережність, враховуючи реакцію організму.

В III–I столітті до н. е. у велику світову державу перетворився Рим. В умовах великої централізованої держави медицина і фармація отримали значно більші можливості розвитку, ніж в інших країнах. Розвиток лікознавства в Давньому Римі логічно пов'язаний з давньогрецькою фармацією. Вчені Давнього Риму багато зробили для становлення медицини і фармації.

В I сторіччі н. е. давньоримський лікар Діоскорид Педаній вперше виділив лікарські речовини в окрему галузь медичних відомостей. Він дав повний опис всіх відомих на той час медикаментів в своєму творі "De material medica" ("Лікарняні засоби"), де описав 600 видів лікарських рослин, які згрупував за морфологічними ознаками, а також лікарські засоби тваринного і мінерального походження. Вперше автор описує опій як лікарський засіб, який він рекомендує від кашлю і захворювання кишечника.

Діоскорид описав способи отримання ртуті, окису свинцю, білил, препаратів міді і приготування лікарських форм цих препаратів (мазі, пігулки, пластирі тощо).

До наших часів дійшло скорочення "Природної історії" Плінія, відоме під назвою "медицина Плінія". Цей твір дає уявлення про лікарські засоби, які застосовувались в Давньому Римі протягом кількох віків.

Дуже великий внесок у розвиток медицини і фармації зробив лікар і філософ Клавдій Гален (131–201 рр. н. е.). Він був послідовником вчення Гіппократа, удосконалив його поправками і доповненнями. Гален мав свою аптеку в Римі, де сам готував ліки. До речі, вперше про аптеку, як про місце, де зберігаються ліки, говорить Гіппократ. У Галена аптека – це місце, де не тільки зберігаються, а й виготовляються ліки.

Номенклатура лікарських засобів Галена була численною і запозиченою у різних шкіл. Його класифікація ліків має схожість з сучасною – це проносні, пом'якшуючі, сечогінні, болезаспокійливі, кровотворні засоби, протиотрути та інші [3].

Гален стверджував, що в ліках є корисні речовини, які треба використовувати, і шкідливі, які потрібно відкидати. Він намагався звільнити лікарські речовини від баласту, отримати більш очищені препарати, тобто вперше застосував поняття про діючі речовини.

Гален ввів у практику витяги з природних речовин і значно ускладнив технологію отримання лікарських препаратів. Лікарські прописи Галена були досить громіздкі за складом, наприклад, для приготування деяких пластирів необхідно було взяти від 23 до 60 речовин.

Галеном були введені в фармацевтичну практику гвинтовий прес, пристосування для здрібнення рослинної сировини. Він встановив ваго-об'ємні співвідношення при приготуванні екстрактів, настоянок, відварів.

Великий вплив на розвиток медицини й фармації в період середньовіччя зробила алхімія. Алхімія – це донауковий період у розвитку хімії, що почався в Олександрії в III–IV століттях н. е. і тривав у Західній Європі майже до початку XVI століття [6].

Основна мета алхімії – пошуки “еліксиру життя”. Алхімічний період в історії хімії та фармації характеризується не тільки поширенням спекулятивної й “дослідної” алхімії, але й одночасно розвитком практичної, ремісничої хімії.

Алхіміки прагнули проникнути в таємниці природи шляхом незліченних експериментів. У лабораторіях алхіміків було розроблено багато хімічних процесів: фільтрування, кристалізація, осадження, перегонка води й спирту, одержання ефірних масел, сублімація.

У кожному напрямку алхімії можна побачити зачатки позитивних знань. З алхімічних текстів, які дійшли до наших часів, видно, що алхімікам належить відкриття або вдосконалення способів одержання коштовних сполук і сумішей (мінеральних і рослинних фарб, скла, емалей, металевих сплавів, кислот, лугів, солей, лікарських препаратів); створення й поліпшення прийомів лабораторної роботи (перегонка, сублімація, фільтрування), винахід нових лабораторних приладів (печі для тривалого нагрівання, перегінні кубки й ін.).

Найвідоміший арабський алхімік Джабір ібн Хайян (бл. 721–815 рр.) підсумував знання древніх алхіміків. У його творах основне місце займали описи практичних операцій: сублімації, перегонки, розчинення, кристалізація, методи одержання азотної кислоти, азотнокислого срібла, нашатиру, сулеми, виплавки металів, фарбування тканин [6].

У країнах сучасної Західної Європи алхімія стає цілком самостійною, справою із власними цілями й теорією. Алхіміки шукали філософський камінь не тільки для того, щоб з його допомогою добувати золото. Вони вірили в те, що він одночасно є панацеєю – ліками від всіх хвороб – і дає безсмертя.

Заслугою західної алхімії було значне розширення знань у сфері практичної та прикладної хімії. Крім во-

дяної бані, були створені апарати для випарювання, нагрівання, кристалізації. Роблячи маніпуляції з речовинами, впливаючи на них різними способами (випал, розчинення, розтирання) з метою одержання таємної квінтесенції, алхіміки мимоволі починали вивчати залежність властивостей речовин від їхньої сполуки.

Розширення арсеналу лікарських засобів, ускладнення способів готування ліків в епоху середньовіччя привело до необхідності в спеціалізації лікарів: вони повинні були або лікувати хворих, або виготовляти ліки. З'являються перші аптеки: Багдад – VIII століття, Європа – XI століття (місто Толедо). У ті далекі часи лікар сам приходив в аптеку й замовляв ліки для своїх пацієнтів. Виписувати рецепти стали тільки в XVI столітті, після того як був винайдений спосіб масового виробництва паперу.

В XI–XIII століттях аптеки облаштовувались у монастирях, ними завідували ченці. Саме там накопичувався досвід лікування хвороб і виготовлення ліків. Для ченців дикоростучі рослини найчастіше були одним із джерел харчування та головним джерелом лікарських засобів. Особливою увагою ченців користувалися рослини, здатні не тільки лікувати, але й підвищувати тонус організму. Таку здатність, наприклад, ченці давно відкрили в дягелі і включили цю рослину в секретну рецептуру готування з нього ряду напоїв, якими завжди славилися ченці всього світу. Ченці внесли величезний внесок по залученню в народну медицину лікарських рослин. Фактично можна говорити про те, що європейська фармацевтична школа своїм існуванням зобов'язана цим безвісним фармацевтам у чернечих рясах. Збереглися найбільш ранні джерела, що являли собою не що інше, як збірники фармакопейних статей на препарати та лікарські рослини, зібрані і вивчені монастирськими вченими. У цих манускриптах докладно описується методика збору, вирощування рослин, способи їхньої обробки, рекомендації із застосування в терапевтичних цілях.

Ченці готували лікарські засоби і безкоштовно віддавали їх тим, хто потребував лікування. Тоді ж вперше з'явилися рецепти, які починались зі слів “Cum Deo” (з Богом!).

Поряд з накопиченням знань та досвіду використання ліків, виникає необхідність у створенні аптек як спеціалізованих закладів. Так, наприклад, близько 1100 року у Венеції, завдяки розвитку Солернської лікарської школи, стали відкриватися перші міські аптеки. Фахівців для них готували поширеним у той час практичним методом, за схемою учень-підмайстер-майстер. Проходження цього ланцюжка займало від

10 до 15 років залежно від ретельності й здібностей того, кого навчали. З XII століття аптеки поширилися в Іспанії, Португалії й інших державах Європи. Спочатку аптекарі входили в гільдію булочників. Уперше професія аптекаря з'явилася у Франції в 1178 році.

Прошло досить багато часу, поки навчання майбутніх фармацевтів основ професії стало окремою спеціальністю. По всій Європі відкривалися десятки й сотні приватних шкіл та "політехнікумів", керівниками й власниками яких нерідко ставали авторитетні аптекарі.

Перші навчальні заклади, що готували провізорів, відкриті в Монпельє (південь Франції), Падуї, Барселоні (Іспанія) у середині XVI століття [6]. У цей же час у Падуї створюється ботанічний сад з величезною колекцією лікарських рослин, який став основою для викладання в Падуанському університеті фармакогнозії – науки про лікарські рослини. Найбільш повні та регламентовані "методичні рекомендації" зі

створення аптек (те, що ми сьогодні називаємо організацією фармацевтичної справи) були написані наприкінці XVII – початку XIX ст.

Чернечі школи, у яких "аптекарь" був терапевтом, хірургом, фармацевтом в одній особі, виявилися не в змозі конкурувати із науковими можливостями загальнодоступних університетів у Болоньї, Парижі, Оксфорді, Саламанці, Празі, Гейдельберзі й інших європейських містах, пік розквіту яких припав на середину XIII сторіччя.

**Висновки.** Становлення та розвиток фармації відбувалось у тісній взаємодії з накопиченим практичним досвідом та знаннями аптекарів. Розвиток фармації та робота тогочасних аптек, починаючи з давніх часів, завжди потребувала підготовлених фахівців. Таким чином, отримання фармацевтичної освіти стало нагальною потребою. Ми і у подальшому будемо вивчати особливості підготовки фармацевтів в розрізі різних історичних епох.

### Література

1. Сало В. М. Музей истории фармации / В. М. Сало // Наука и жизнь. – 1969. – № 11. – С. 82–85.
2. Брокгауз Ф. А. Энциклопедический словарь : [в 86 т.] / Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон – С.-Петербург : Семеновская Типо-Литография, 1890. – Т. 8а. – С. 537–538.
3. Солопова М. А. Гален // Античная философия : энциклопедический словарь. – М. : Прогресс-Традиция, 2008. – 896 с.

4. Ковнер С. Медицина в Древней Греции / С. Ковнер // Университетские известия. – 1878. – № 7. – С. 217–229.
5. Ковнер С. История медицины. Гиппократ / С. Ковнер. – К. : Университетская типография, 1880. – 345 с.
6. Фигуровский Н. А. История химии : учеб. пособие для студентов по химическим и биологическим специальностям / Н. А. Фигуровский. – М. : Просвещение, 1979. – 311 с.



УДК 371.322+614.253.4

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Т. В. Князевич-Чорна, М. І. Гришук, О. Г. Попадинець, О. В. Бойко  
*Івано-Франківський національний медичний університет*

## PECULIARITIES OF TEACHING THE THEORETICAL SUBJECTS FOR STUDENTS OF THE FACULTY OF FOREIGN CITIZENS' TRAINING AT HIGHER MEDICAL SCHOOLS

T. V. Knyazevych-Chorna, M. I. Hryshchuk, O. H. Popadynets, O. V. Boyko  
*Ivano-Frankivsk National Medical University*

У роботі представлено методичні підходи та основні принципи до викладання теоретичних дисциплін з метою кращого засвоєння знань студентами факультету підготовки іноземних громадян у вищих медичних навчальних закладах.

This work presents the methodological approaches and guidelines to the teaching of theoretical disciplines to acquire the knowledge by the students of the Faculty of foreign citizens' training at higher medical schools.

**Вступ.** В останні роки вищі медичні навчальні заклади України все більше приваблюють іноземних студентів. Ще донедавна наші університети були більш популярними серед громадян Південно-Східної Азії та Африки, тепер же спостерігається тенденція до збільшення студентів із Західної Європи, зокрема в нашому університеті навчається багато студентів із Польщі, Німеччини, зі США та Канади. Це свідчить про високий рівень викладання дисциплін в університетах у поєднанні з доступними цінами на навчання [1]. Поряд з цим, все більшої ваги починають набувати проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів.

У переважній більшості ВНЗ нашої держави для іноземців предмети викладаються російською та англійською мовами. Навчання англійською мовою має свої переваги та недоліки.

Переваги:

- переважна більшість іноземних студентів тією чи іншою мірою вже володіє цією мовою, що принаймні на 1 рік скорочує тривалість навчання;
- англійська мова підвищує “конвертованість освіти”, відкриваючи для студентів можливість стажування чи спеціалізації у країнах Західної Європи, Канади, США;
- переважна більшість інформаційних ресурсів Internet та інших пошуково-бібліотечних баз даних англомовні;

– робочою мовою переважної більшості міжнародних конгресів залишається англійська. А згідно із сучасними рекомендаціями, фахівцям практичної охорони здоров'я необхідно не менше 1 разу в рік, а науковим працівникам – не менше 2-3 разів брати участь у міжнародних конгресах для підтримки належного фахового рівня;

– викладання іноземною мовою відкриває нові економічні резерви для вітчизняних медичних ВНЗ і збільшує їх конкурентоспроможність на міжнародних ринках вищої освіти.

Єдиним винятком залишаються араби з країн МАГРИБу, для яких більш привабливим варіантом часто є французька мова.

Недоліки:

- підготовка достатньої кількості англомовних фахівців з кожного предмета. Ця проблема достатньо легко долається за рахунок внутрішніх ресурсів ВНЗ і з часом забезпечує досить серйозні переваги (активація міжнародного співробітництва, обміну, участі у грант-проектах, збільшення відсотка викладачів, які активно користуються англомовними інформаційними ресурсами);
- підготовка англомовних навчальних матеріалів і документації. За наявності англомовних фахівців це питання вирішується в достатньо короткий термін;

– інформаційно-рекламна робота для належної поінформованості потенційних закордонних абітурієнтів про можливість такої форми навчання [ 2, 3, 4].

Кінцевою метою і головним завданням вищої медичної освіти є покращення якості надання медичних послуг населенню. Тому підготовка студента до майбутньої діяльності лікаря з перших його професійних кроків повинна бути спрямована не лише на засвоєння спеціальних знань та вмінь, але й на оволодіння сучасними технологіями профілактики, діагностики й лікування. Це, у свою чергу, забезпечується новими підходами до методики викладання, розробкою адекватних програм контролю та обліку знань, які вимагають використання інноваційних технологій у навчальному процесі [5].

**Основна частина.** Реформування вищої медичної освіти в Україні передбачає удосконалення процесу підготовки висококваліфікованих фахівців, особливо це стосується іноземних громадян. Тому актуальною є проблема пошуку оптимальних та прогресивних методів навчання і контролю знань студентів. Важливою вимогою є положення, що всі види діяльності студента, форми роботи викладача повинні мати чітку, комплексну і логічну схему, доповнювати одна одну, сприяти вирішенню педагогічних завдань.

Анатомія та гістологія, як дисципліни, які мають у системі медичної освіти фундаментальне та важливе клінічне значення, вивчаються студентами на лекціях, практичних заняттях та під час їх самостійної роботи. Ці форми навчання органічно пов'язані між собою і взаємно доповнюють одна одну.

Лекція залишається основною ланкою навчального процесу, їй належить пріоритетна роль у передачі інформації. У лекціях узагальнюється досвід вітчизняних та світових морфологічних шкіл. Читати лекції для іноземних студентів досить складно. По-перше, іноземні студенти сприймають лекцію як спосіб дискусії між ними та лектором, тому треба адаптовувати їх до написання основного матеріалу лекції і не забувати в проміжках між поданням тексту проводити короткі дискусії (ставити запитання, наводити приклади, питати їх думку). По-друге, у зв'язку із мовними проблемами лекційний матеріал краще мінімізувати в розумних межах, адаптувати до читання та розуміння, концентрувати матеріал у вигляді схем, таблиць, малюнків, фотографій і, звичайно, презентувати на мультимедійному проекторі. Такі лекції імпонують студентам і вони їх охоче та легко сприймають. Крім того, розмаїття демонстраційного матеріалу (макро-, мікропрепарати, муляжі, об'ємні моделі, навчальні таблиці, фільми) також закладають підвалини знань.

Основна мета практичних занять полягає в тому, щоб забезпечити набуття студентами якнайбільшої кількості практичних навиків по препаруванню, вивченню синтопії, голотопії та скелетотопії органів, частин тіла людини; дати інтегроване уявлення про макро- та мікробудову кожного органа. В системі навчання студентів в університетах світу провідними є дві основні тенденції: індивідуалізація навчання і самостійна робота. В цьому випадку в роботі з іноземними студентами є перевага того, що їх кількість у групах невелика і викладач більше часу може приділити кожному студентові. Так, під час самостійної роботи викладач в індивідуальній бесіді зі студентами доповнює, глибше розкриває матеріал, уточнює окремі незрозумілі моменти, використовуючи препарати, муляжі, підручники, атласи, навчальні таблиці, методичні посібники. Пояснюючи матеріал, викладач може виписувати на дошці англійською та латинською мовами всі номенклатурні анатомічні терміни. Доцільним є використання оригінальних схем і малюнків.

Створити свідому мотивацію стосовно вивчення фундаментальних дисциплін і розвинути клінічне мислення допомагає вирішення ситуаційних задач, які розроблені на кожній кафедрі за всіма темами та перекладені на російську і англійську мову. Також викладач може практикувати перегляд навчальних програм та електронних атласів з ефектами анімації і звуковим коментарем, що інтенсифікує викладання матеріалу, зацікавлює і викликає активну діяльність мислення. Найбільш ефективним та результативним є робота студентів в анатомічному залі та гістологічній лабораторії не тільки в робочий час, а й позааудиторно.

У силу своєї специфіки такі предмети, як анатомія та гістологія, потребують організації процесу самопідготовки у вечірній час і для студентів-іноземців. Так, на наших кафедрах разом із викладачем для українських студентів є завжди викладач, що володіє англійською мовою. Таким чином, студенти-іноземці без жодних проблем можуть отримати кваліфіковану консультацію і у вечірній час.

**Висновок.** Отже, методично обґрунтований шлях оптимізації та наукової організації навчального процесу по прикладному вивченню теоретичних дисциплін, зокрема анатомії та гістології, для студентів-іноземців має передбачати раціональне використання і поєднання традиційних методів із різними формами інтеграції. Впровадження підходів до організаційно-методичного забезпечення навчального процесу, кінцевою метою яких є сформулювати свідому мотивацію на вивчення не тільки програмного мате-

ріалу, але й додаткового, ефективно прищеплює інтерес до морфології і медицини в цілому. Працювати в

такому режимі доволі складно і потребує великої затрати часу, але результати обнадіюють.

### **Література**

1. Теорія та методика навчання фундаментальних дисциплін у вищій школі : збірник наукових праць. – Кривий Ріг : Видавничий відділ НМетАУ, 2004. – 465 с.

2. Адаменко О. В. Тематичний спектр дисертаційних досліджень з питань навчання в Україні іноземних громадян (1990–2010 рр.) / О. В. Адаменко, М. В. Разорьонова // Викладання мов у вищих навчальних закладах освіти. – Харків, 2011. – Вісник № 18. – С. 9–19.

3. Васецька Л. І. Організаційно-методичні аспекти навчання мови іноземних студентів-медиків англійської форми освіти / Л. І. Васецька, Л. М. Сенік // Викладання

мов у вищих навчальних закладах освіти. – Харків, 2010. – Вісник № 16. – С. 49–56.

4. Господарський І. Я. Особливості навчання іноземних студентів в субординатурі медичного вузу / Всеукраїнська експертна мережа [[http://www.experts.in.ua/baza/analitic/index.php?ELEMENT\\_ID=10950](http://www.experts.in.ua/baza/analitic/index.php?ELEMENT_ID=10950)].

5. Проблеми та особливості організації практично орієнтованого викладання фізіології студентам, що навчаються за кредитно-модульною системою / С. С. Ткачук, Г. І. Ходоровський, В. І. Швець [та ін.] // Медична освіта. – 2008. – № 4. – С. 29–32.

УДК 613.2:378.147:613.22

## **НОВІ НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ” НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ**

**С. Т. Омельчук, Н. В. Велика, Т. І. Аністратенко**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

## **NEW DIRECTIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM INTRODUCTION IN TEACHING OF «HYGIENE AND ECOLOGY» DISCIPLINE ON MEDICO-PSYCHOLOGICAL FACULTY**

**S. T. Omelchuk, N. V. Velyka, T. I. Anistratenko**

*National Medical University by O. O. Bohomolets*

Викладання дисципліни “Гігієна та екологія” за кредитно-модульною системою студентам за фахом “Медична психологія” дозволяє формувати у них поняття про єдність організму та навколишнього середовища, несприятливі поліетіологічні чинники та їх вплив на загальне та психічне здоров'я, а також розширити їх професійні можливості за рахунок використання оздоровчих властивостей природних факторів для зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, загартування організму, підвищення стресостійкості, у профілактичних та реабілітаційних психогігієнічних програмах.

Teaching of “Hygiene and Ecology” discipline for students on “Medical Psychology” speciality with the use of credit-modular system allows to formulate in students the understanding about organism and environment unity, about unfavorable polyetiologic factors and their influence on general and mental health, and let to extend their professional abilities with the use of health properties of natural factors for physical and mental health strengthening, tempering of organism, increase of stressresistance in prophylactic and rehabilitation psycho-hygienic programmes.

**Вступ.** Вивчення та засвоєння студентами дисципліни значною мірою залежать від мотиваційного рівня, який формується фаховою орієнтованістю та можливістю застосування отриманих знань та навичок у майбутній професійній діяльності. У новій програмі дисципліни “Гігієна та екологія” традиційні розділи гігієни профілізовані щодо фаху “Медична психологія” вивченням психогігієнічних та біоетичних аспектів впливу чинників оточуючого, виробничого, навчального, побутового середовища. Велика увага приділяється механізмам негативного впливу чинників на організм і психологічний стан та їх профілактиці. Обов'язково розглядаються механізми та методи використання природних чинників для оздоровлення та підвищення адаптаційних можливостей організму.

**Основна частина.** Викладання гігієни та екології на медико-психологічному факультеті проводиться кафедрою гігієни харчування вже протягом семи років за програмою, створеною колективом кафедри в співавторстві з провідними гігієністами. За дорученням ЦМК З ВМО МОЗ України у 2011 році розробле-

на нова програма дисципліни “Гігієна та екологія” за кредитно-модульною системою (наказ МОЗ України від 19.10.2009 № 750 із змінами, внесеними наказом МОЗ України від 08.07.2010 № 540), яка відповідає вимогам нового навчального плану підготовки фахівців за спеціальністю “Медична психологія”.

Програма з гігієни та екології для медико-психологічних факультетів за спеціальністю 7.110110 – “Медична психологія” створена відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) спеціаліста за спеціальністю 7.110110, 8.110.110 – “Медична психологія” напрямку підготовки 6.1101 “Медицина” згідно з новим Навчальним планом підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар-психолог” у вищих медичних навчальних закладах III – IV рівнів акредитації.

З метою розширення фахових можливостей та доповнення окремих розділів дисципліни “Гігієна та екологія” відповідно до Навчального плану до переліку навчальних дисциплін, які викладаються студентам медико-психологічного факультету, включено два

курси за вибором – “Нутриціологія” та “Психогігієна”, які базуються на знаннях і вміннях, отриманих під час вивчення гігієни, та знаннях і навичках, набутих при вивченні і застосуванні психологічних дисциплін.

Вищезгаданим навчальним планом на викладання дисципліни “Гігієна та екологія” на 3-му році навчання відводиться 5 кредитів, тобто 150 навчальних годин, з яких 100 годин аудиторних, в тому числі 20 – лекційних, 80 – практичних занять, 50 – самостійна робота студентів. Дисципліна структурована на 2 модулі, кожен з яких включає по 5 змістових модулів.

Модуль 1 “Загальні питання гігієни та екології. Гігієна навколишнього середовища” включає змістові модулі “Гігієна та екологія як наука”, “Гігієнічне значення навколишнього середовища”, “Гігієна води та водопостачання. Гігієна ґрунту”, “Гігієна населених місць”, “Гігієна харчування”. Модуль 2 “Спеціальні питання гігієни та екології” структурований на змістові модулі “Гігієна дітей та підлітків”, “Гігієна праці”, “Гігієна лікувально-профілактичних закладів”, “Радіаційна гігієна” та “Здоровий спосіб життя, особиста гігієна та психогігієна”.

Змістовий модуль “Гігієна та екологія як наука” чітко визначає зміст науки та основні напрямки гігієни, історичні етапи розвитку, зв’язок її з іншими науками та напрямками діяльності і роль у формуванні світогляду та роботі медичного психолога. Змістовий модуль “Гігієнічне значення навколишнього середовища”, який охоплює вивчення сонячної радіації та її спектра, клімату та погоди як важливих факторів навколишнього середовища, доповнений інформацією про вплив метеорологічних чинників на психічний та сомато-психічний стан, психометеотропні реакції, їх розповсюдженість, можливості попередження у відповідних контингентів пацієнтів, що студенти вважають важливим аспектом своєї майбутньої професійної діяльності. Вивчення гігієни природного освітлення, окрім традиційних питань, включає інформацію про значення і механізми впливу світла на психоемоційний стан, процеси вищої нервової діяльності та розумову працездатність, а також інформацію щодо впливу кольорів на загальний та психоемоційний стан з елементами кольоропрофілактики та кольоротерапії, студенти активно використовують свої знання з психології щодо кольородіагностики психологічного статусу за тестом Люшера. Традиційні питання гігієни повітряного середовища доповнені інформацією про вплив повітря, його природних складників та забруднень на загальний і психологічний стан людини, їх негативні наслідки, а також можливості оздоровчого та профілактичного ефекту аеропродур, озонова-

ного повітря, ароматизованого повітря, певних ароматів з урахуванням характеру їх дії на нервову систему, процеси вищої нервової діяльності і в цілому на організм (з елементами аромопрофілактики та аромотерапії). Студенти творчо сприймають ці заняття, і це наштовхує їх на пошукові дослідження, які в подальшому реалізуються у науковій студентській роботі та розширюють їх професійні можливості. В цих напрямках студенти виконали, доповіли на наукових студентських конференціях й опублікували 8 наукових студентських робіт.

Змістовий модуль “Гігієна води та водопостачання. Гігієна ґрунту” охоплює традиційні питання гігієни та епідеміології води і водопостачання та профілізований вивченням ролі води, гідропроцедур в оздоровленні організму, психологічному розвантаженні, профілактиці фізичного і психічного перенапруження, дистресів, у загартовуванні організму. Окремо розглядається вплив мінерального складу води на загальне здоров’я та психологічний стан і можливості використання мінеральних вод в оздоровчих програмах. Увага майбутніх медичних психологів акцентується на важливих питаннях значення ґрунту у розповсюдженні геогельмінтозів, які є безпосередніми чинниками впливу на загальний та психологічний стан.

Змістовий модуль “Гігієна населених місць та житла”, окрім традиційних питань, висвітлює особливості впливу сучасних міст, несприятливих факторів урбанізації на психічне здоров’я та принципи, методи і засоби гігієнічної та психогігієнічної профілактики. Окрема увага приділяється сучасним засобам комунікації, новим технологіям, засобам і приладам, які все ширше використовуються у побуті, та механізмам їх несприятливого впливу на організм, загальне і психічне здоров’я.

У викладанні розділу “Гігієна харчування” студентам медико-психологічного фаху акцентується увага на вивченні харчового статусу організму і його зв’язку з психологічним станом ролі нутрієнтів, їх комплексів та харчових продуктів у перебігу окремих процесів, функціонуванні органів та систем і особливо у діяльності нервової системи та можливості їх використання у нутриціологічній корекції психологічного статусу і його порушень – дистресу, дезадаптації, порушень розумової працездатності, пам’яті тощо. Цей розділ гігієни харчування, який належить до нутриціології, кафедра виділяє як “Психонутрієнтологія” і вперше вводить цей термін до програми дисципліни. Особлива увага приділяється розповсюдженим в Україні нутрієнтним дефіцитам та дисбалансам, їх наслідкам для організму та нервово-психічної діяльності. Проблема

йододефіциту розглядається у зв'язку з особливою роллю йоду у формуванні нервової системи та вищої нервової діяльності, інтелектуальних можливостей, пам'яті, розумової працездатності на всіх етапах прета постнатального розвитку людини. Медичним психологам важливо знати, що йододефіцит знищує інтелектуальний потенціал нації, та вміти обґрунтовувати і проводити профілактику йододефіциту та його наслідків за допомогою природних біодоступних засобів.

Змістовий модуль "Гігієна харчування" доповнений вивченням нутриціологічних аспектів корекції соматичних захворювань і пов'язаних з ними сомато-психічних та психосоматичних розладів. Зі студентами обговорюються проблеми поширених в Україні і в світі аліментарних захворювань, серед яких одне з чільних місць посідає ожиріння. Відомо, що більшість людей з надлишковою масою тіла знаходиться в стані хронічного стресу, який переходить у дистрес і супроводжується емоційно-афективними та психовегетативними розладами, зниженням самооцінки, обмеженням соціальних контактів, виникненням конфліктних і додаткових стресових ситуацій. Такі пацієнти часто звертаються за допомогою психолога, але зрозуміло, що лише психологічним консультуванням таку проблему вирішити неможливо, оскільки психоемоційні розлади в цьому випадку часто є вторинними і необхідно, в першу чергу, знайти причини соматичних розладів та вирішувати проблему комплексно, грамотно поєднуючи методи психологічного впливу з принципами і підходами нутриціологічної корекції надлишкової маси тіла. Студенти надзвичайно активно сприймають цю інформацію, відзначають її наукове та практичне значення у розширенні професійних можливостей їх майбутньої практичної професійної діяльності.

Крім того, психонутрієнтологічні аспекти більш детально і поглиблено висвітлюються в елективному курсі "Нутриціологія" для медико-психологічного факультету. Програма елективного курсу теж затверджена і видана у 2011 році. Важливим аспектом вивчення цього розділу дисципліни є можливість практичного застосування набутих знань під час виконання самостійної позааудиторної роботи та перевірки ефективності нутриціологічної корекції конкретних ситуацій за допомогою нутриціологічних і психологічних методів, тестів та критеріїв, якими студенти добре володіють.

Змістовий модуль "Гігієна дітей та підлітків" доповнений методами, тестами і критеріями оцінки психологічного та психофізіологічного стану дітей. Значна увага приділяється психологічним особливостям

окремих вікових категорій і методам їх психогігієнічної корекції, процесам адаптації та дизадаптації, втомі і перевтоми під час навчальної та інших видів шкільної діяльності. Студенти знайомляться з особливостями впливу на організм та психологічний стан новітніх технічних засобів навчання – телебачення, комп'ютерних технологій, сучасних ігор, іграшок та книжок, які набувають все більшого поширення у школах і позашкільній діяльності, а також вивчають гігієнічні вимоги та державні законодавчо-нормативні документи, які регламентують гігієнічні вимоги щодо цих засобів. Акцентуються роль, форми та методи діяльності медичного психолога у школі. Новим розділом є оцінка ігор та іграшок, які є важливим елементом дитячого навчання і виховання вже з раннього віку, впливають на фізичний та розумовий розвиток, естетичне виховання, вчать пізнавати світ, розрізняти добро і зло, формувати ставлення до праці, творчості, мистецтва, розвивати свою активну діяльність. Медичні психологи у своїй професійній діяльності будуть працювати з дітьми різного віку і різного психологічного стану, тому дуже важливо вміти правильно оцінити іграшки з гігієнічних та психологічних позицій та використовувати їх як елементи формування психологічного комфорту дитини. Набуті знання психологи використовують не тільки у спілкуванні з дітьми, а і у роботі з батьками щодо адекватного вибору ігор та іграшок для дитини.

Змістовий модуль "Гігієна праці" доповнений вивченням механізмів впливу шкідливих фізичних, хімічних, біологічних, психологічних чинників виробничого середовища і професійної діяльності на загальне та психічне здоров'я робітників, методами гігієнічної і психогігієнічної профілактики. Визначається роль медичного психолога у виробничому колективі та у медико-санітарній частині виробничих підприємств. Крім того, приділяється увага гігієні праці медичних працівників різного профілю, особливостям їх психологічного навантаження і методам профілактики психічних розладів серед медичних працівників.

У змістовому модулі "Гігієна лікувально-профілактичних закладів" приділяється окрема увага принципам медичної етики та деонтології, методам соціально-психологічної адаптації хворих до умов перебування у лікувальному закладі з використанням методів психогігієні і психопрофілактики, особливостям психогігієнічної роботи з персоналом лікарні з метою створення оптимального психологічного комфорту в медичному середовищі.

У змістовому модулі "Радіаційна гігієна" студенти вивчають механізми біологічної дії іонізуючого випромінювання на стан соматичного і психічного здоро-

в'я, а також методи та засоби захисту від них на виробництві, у медицині, для населення в цілому. Акцентується увага на впливі іонізуючого випромінювання на нервову систему та психічний стан людини, вивчаються сомато-психічні і психосоматичні розлади в осіб, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання, механізми і засоби реабілітації та профілактики. Аналізуються наслідки Чорнобильської катастрофи для здоров'я, психічного і психологічного стану населення, визначається роль медичного психолога у профілактиці психологічних розладів та фобій.

Змістовий модуль "Здоровий спосіб життя, особиста гігієна та психогігієна" розширений інформацією про значення та механізми впливу здорового способу життя на формування психічного здоров'я і підтримання психічної рівноваги у сучасних умовах, значення фізичної культури, гідро- та аеропробудування, активного відпочинку, сну у підтриманні загального і психічного здоров'я. Окрема увага приділяється методам психогігієни в профілактиці і корекції психосоматичних та сомато-психічних розладів – застосуванню засобів мистецтва (музико-, арттерапії), кольоро-, анімалотерапії, використанню декоративних рослин тощо у профілактиці нервово-психічного перенапруження, гармонізації психологічного стану та оздоровленні способу життя.

Акцентується увага студентів на ролі лікаря-психолога у профілактиці розповсюдження шкідливих звичок (активного та пасивного тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркоманії, токсикоманії) серед населення.

Велика увага приділяється самостійній позааудиторній роботі студентів, яка дозволяє використовувати їх творчий потенціал. Напрямки і тематику позааудиторної роботи визначаємо індивідуально з урахуванням наукової зацікавленості студентів та напрямку їх майбутньої професійної діяльності.

**Висновки:** 1. Програма дисципліни "Гігієна та екологія" для студентів за фахом "Медична психологія" відображає всі сучасні аспекти гігієнічної науки і включає профільні питання психогігієни та психопрофілактики.

2. Вивчення дисципліни формує у студентів поняття про єдність організму та навколишнього середовища, несприятливі поліетіологічні чинники і їх вплив на загальне і психічне здоров'я, а також розширює їх професійні можливості за рахунок використання оздоровчих властивостей природних факторів для зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, загартування організму, підвищення стресостійкості, у профілактичних і реабілітаційних психогігієнічних програмах.

УДК 616.1/4-08:378.147.88“313”

## **ВПРОВАДЖЕННЯ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ МАТЕРІАЛІВ ЩОДО СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ: ПРАКТИКА, ОЦІНКА, ПЕРСПЕКТИВИ**

**О. В. Курята, К. Г. Карапетян, І. Л. Караванська, С. В. Сорочан**

*Дніпропетровська державна медична академія*

## **INTRODUCTION IN THE EDUCATIONAL PROCESS AT THE DEPARTMENTS OF THERAPEUTIC PROFILE MATERIALS ON MODERN TECHNOLOGY OF DIAGNOSIS AND TREATMENT: PRACTICE, EVALUATION AND PERSPECTIVES**

**O. V. Kuriata, K. H. Karapetian, I. L. Karavanska, S.V. Sorochan**

*Dnipropetrovsk State Medical Academy*

Шляхом вивчення матеріальних умов навчання, анкетування викладачів, студентів і практикуючих лікарів розглянуто питання викладання сучасних технологій діагностики та лікування на кафедрах терапевтичного профілю.

By studying the material conditions of learning, questioning of teachers, students and practitioners there was considered the teaching issue of modern technologies of diagnosis and treatment at the departments of the therapeutic profile.

**Вступ.** Участь України в Болонському процесі робить необхідним певну синхронізацію навчального процесу та відповідність змісту навчання загальноєвропейській практиці. Слід прагнути до того, щоб студент в Україні отримував такі ж знання про сучасні методи діагностики і лікування, як і його закордонний колега. Адже в кінцевому результаті саме від рівня підготовки фахівця залежить ефективність надання медичної допомоги населенню [1].

На наш погляд, для цього є достатні передумови: наші викладачі добре ознайомлені з сучасними медичними технологіями, мають вільний доступ до Інтернету, провідні вчені беруть активну участь у роботі європейських товариств відповідного профілю. Поступово формується контингент викладачів, у яких висока професійна компетентність поєднується з умінням працювати в інформаційних потоках [2].

Важливою складовою навчального процесу на клінічних кафедрах є викладання сучасних технологій діагностики та лікування (СТДЛ). Враховуючи головну тенденцію розвитку медичної науки, основою викладання СТДЛ повинні стати аргументи і факти доказової медицини.

Метою роботи було оцінити ставлення до викладання СТДЛ основних учасників процесу навчання – викладачів і студентів, і в цьому аспекті вивчити ре-

альну практику роботи на різних кафедрах, думку практикуючих лікарів про рівень підготовки студентів, можливості клінічних баз та перспективи поліпшення навчального процесу.

**Основна частина.** Кожен викладач у своїй роботі стикається з проблемою поєднання базових знань і даних про сучасні технології діагностики та лікування. При цьому ніхто не заперечує саму необхідність таких знань.

Питання розглядається в аспектах:

– На якому курсі необхідно давати інформацію про СТДЛ?

– В якому обсязі?

– Яким способом краще донести до студента необхідні знання?

Ми вивчили умови формування навчального матеріалу, способи його подачі і технічні можливості кафедр терапевтичного профілю. Методом анкетування опитані викладачі клінічних кафедр терапевтичного профілю (25), студенти старших курсів (47), практикуючі лікарі (31). У безсумнівні плюси слід віднести наявність прямого виходу в Інтернет на всіх кафедрах терапевтичного профілю, електронних сторінок кафедр на сайті академії, комп'ютерних класів (на 4 кафедрах з 8). Кафедри активно формують відеоте-



ки, відбулася зміна поколінь підручників, якими в основному забезпечені студенти. В міру сил кафедри забезпечують наочність процесу навчання: спірометрія, пікфлоуметрія, ЕКГ-апарати і т. п. Провідні фахівці кафедр та молодь мали можливість короткочасного стажування у зарубіжних центрах.

Практику впровадження в навчальний процес матеріалів за сучасними технологіями діагностики лікування (СТДЛ) оцінювали шляхом опитування завучів та викладачів кафедр терапевтичного профілю.

На думку всіх опитаних, основою для включення матеріалу в навчальний процес є навчальна програма. Рішення про включення матеріалу в робочу програму приймається спільно завідувачем кафедри, завучем та лекторами, затверджується на засіданні кафедр (рис. 1).

У цілому між практикою кафедри в цілому і поглядами окремих викладачів немає принципових відмінностей.

Активну позицію в аспекті вивчення СТДЛ займають студенти (рис. 2).

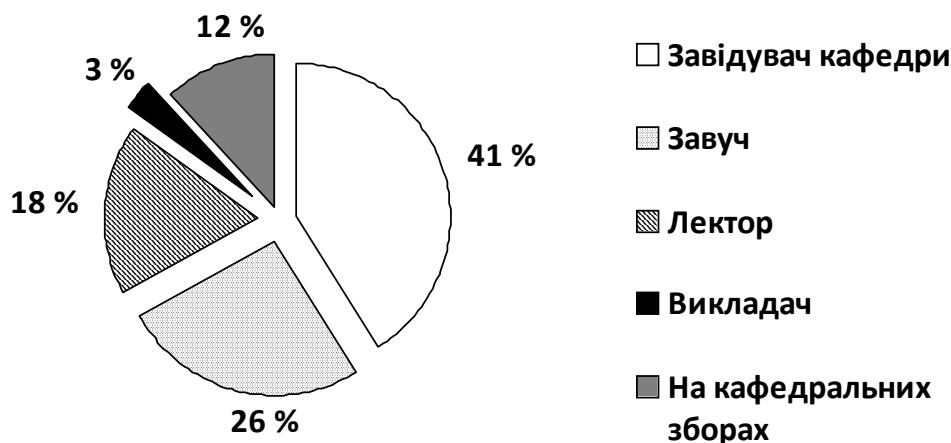


Рис. 1. Рішення про включення СТДЛ у навчальний процес (на думку викладачів).



Рис. 2. Необхідність при навчанні в академії розглядати вищі сучасні технології діагностики та лікування (на думку студентів).

Знання про СТДЛ вони рівною мірою отримують на лекціях, практичних заняттях, клінічних демонстраціях, тобто 66 % припадає на конкретну клінічну практику (рис. 3).

Знання про СТДЛ випускників ВНЗ практикуючі лікарі оцінюють досить високо: як відмінні – 7 %, як

добрі – 48 %, як посередні – 32 %.

На думку викладачів, матеріальною базою впровадження сучасних технологій діагностики та лікування (обладнання, технології, медикаменти) є рівною мірою можливості клінічної бази та засоби, що належать кафедрі (рис. 4).

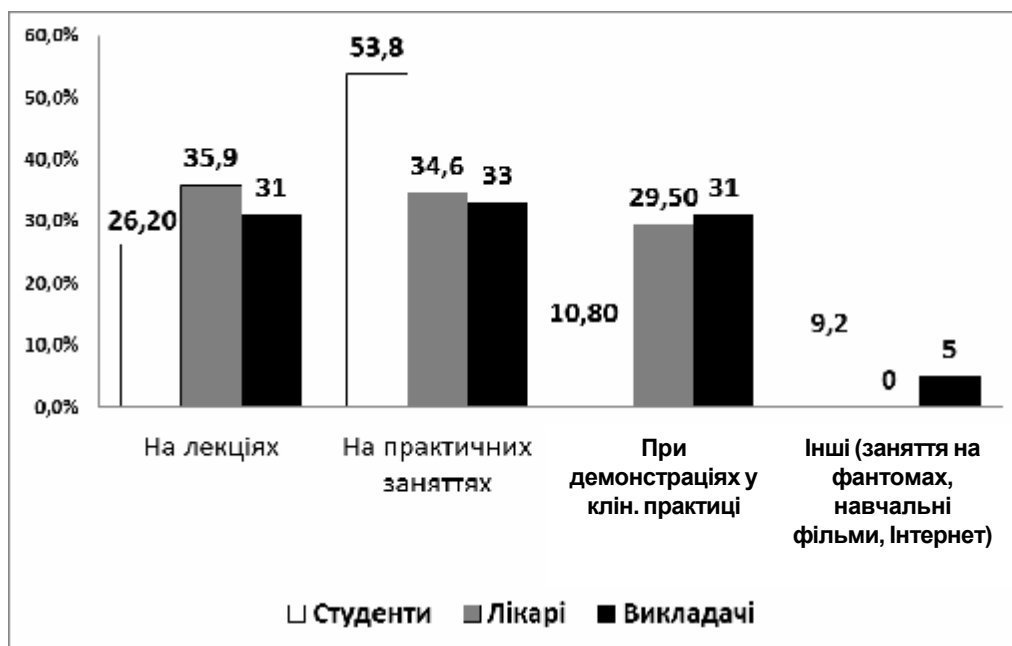


Рис. 3. Ознайомлення з СТДЛ під час навчання у ВНЗ.

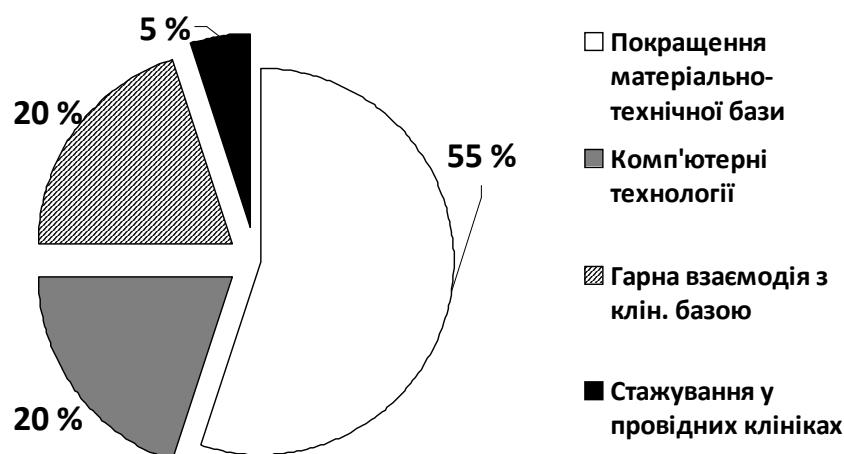


Рис. 4. Допомога кафедри у впровадженні сучасних технологій діагностики та лікування в навчальний процес (на думку викладачів).

Не можна стверджувати, що сьогочасне становище задовольняє викладацький корпус. Всі вказують на конкретні можливості поліпшення викладання СТДЛ, в першу чергу за рахунок зміцнення й розвитку матеріальної бази кафедр.

Більшість практикуючих лікарів (61 %) оцінили матеріальну базу клінічних закладів як гарну для впровадження СТДЛ. Оцінювання студентами цього аспекту більш диференційоване, на їхню думку, для впровадження СТДЛ можливості клінічної бази використовуються повністю (49 % опитаних), частково (49 % опитаних).

У цілому студенти і лікарі адекватно оцінюють необхідність впровадження СТДЛ, наявні для цього мож-

ливості і відповідно рівень підготовки студентів. Можливо, бажання вивчати СТДЛ у великому обсязі і на всіх курсах є переоцінкою власних можливостей.

Проведений аналіз показав, що обидві сторони навчального процесу (студенти і викладачі) позитивно ставляться до вивчення СТДЛ і вважають це необхідним для майбутньої клінічної практики. Проведене вивчення питання дозволяє нам зробити такі **висновки**:

- впровадження матеріалів по СТДЛ є обов'язковою вимогою навчального процесу;
- основою і фактором, що лімітує включення матеріалів у навчальний процес, є навчальна програма;
- СТДЛ, які є “золотим стандартом”, повинні розглядатися в лекціях і більш докладно на практичних

заняттях. При цьому слід забезпечити демонстрацію цих технологій, а за відсутності такої можливості – віртуальну демонстрацію;

– СТДЛ, які не використовуються в реальній клінічній практиці, (через слабкість матеріальної бази) можуть розглядатися на лекціях і повинні бути віднесені на наступні етапи навчання (якщо до того часу зберуть свою актуальність).

#### **Література**

1. Про напрямки удосконалення якості підготовки студентів / Г. В. Дзяк, Т. О. Перцева, Л. Ю. Науменко [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 100–101.

Фактором, що обмежує можливості навчання, є недостатнє оснащення клінічних баз та відсутність цілеспрямованого державного фінансування на придбання сучасних приладів і технологій. При всьому цьому практично всі кафедри шукають свої шляхи для ефективного навчання студентів СТДЛ. Це дозволяє нам з певним оптимізмом дивитися у майбутнє.

2. Мінцер О. П. Роль інформаційних технологій на етапах реформування медичної освіти / О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 128–130.

УДК 615:378.1

## ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ТА МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

К. В. Півторак, І. В. Феджага

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова*

## FORMING OF PERSONALITY AND MOTIVATION TO STUDY IN THE STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

K. V. Pivtorak, I. V. Fedzhaha

*Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov*

У статті розглядається сучасний стан проблеми формування мотивації до навчання та особистості студентів на кафедрах клінічної фармації та клінічної фармакології, внутрішньої та сімейної медицини.

This article adduces the current status of the forming of motivation for learning and students' personality in the departments of clinical pharmacy and clinical pharmacology, internal and family medicine.

**Вступ.** Сучасна медицина високих технологій висуває особливі вимоги до системи навчання. Навчальний процес як складова частина загального процесу виховання всебічно розвиненої особистості, що відповідає потребам сучасного суспільства, повинен забезпечити виконання цього завдання реалізацією трьох функцій: освітньої, розвиваючої та виховної.

Нині перед вищою школою стоїть дилема: або "штампування" функціонерів, або формування розвиненої особистості. Від вибору у цій ситуації залежить місце і місія вищої освіти в сучасному суспільстві: в першому випадку вища освіта плентається позаду суспільства, у другому – забезпечує його розвиток. Цей вибір і визначає спрямованість реформи вищої школи [1].

Становлення особистості професіонала визначається формуванням складних психічних систем регуляції діяльності та формуванням особливостей поведінки. Кожна професія впливає на розвиток схожих рис особистості, її установок, мотиваційної сфери та відповідної системи цінностей. У своєму розвитку особистість засвоює основні особливості професії, і ці характеристики починають проявлятися в інших сферах життєдіяльності. Це притаманно тим особам, що зацікавлені професійною діяльністю, відчувають задоволення від її освоєння та практичної роботи. Іншими словами, такі фахівці характеризуються високим рівнем ідентифікації зі своєю професією [2].

Посилення інтересу до проблеми мотивації студентів до навчання як рушійної сили в процесі їх на-

вчання у вузі пов'язане з пошуком факторів впливу на особистість, з виявленням динамічних, енергетичних і смислоутворюючих закономірностей співвідношення між її активізуючими і змістовними детермінантами [3].

Проблема створення педагогічних умов для мотиваційного поля студентів є актуальною, оскільки висвітлює необхідність нових підходів до організації навчально-виховного процесу у вищій освіті, перегляду існуючих методів, форм і засобів навчання у медичному вузі, використання основних положень особистісно орієнтованого підходу у процесі викладання.

**Основна частина.** Мета роботи: теоретично охарактеризувати процес формування мотивації до навчання та кращих рис особистості лікаря, розробити шляхи удосконалення цього процесу. Виходячи з мети роботи, ми поставили завдання проаналізувати досвід формування мотивів у навчальному процесі медичного університету та розробити методичні рекомендації щодо формування позитивних мотивів навчання, що сприяють особистісному зростанню майбутніх лікарів.

У психології і педагогіці напрацьовано багато ідей, що стосуються організації професійного навчання у вищій школі.

Ще в 1856 році М. І. Пирогов у статті "Вопросы жизни" різко виступив проти школи для різних верств населення та ранньої утилітарно-професійної виучки, яку прагнув ввести царський уряд за рахунок зниження рівня загальної освіти молоді. Він протиста-

© К. В. Півторак, І. В. Феджага

вив офіційному курсу освіти ідею загальнолюдського виховання, яка повинна підготувати до громадського життя високоморальну людину з широким розумовим кругозором [4].

Розмірковуючи про методологічні засади вузівської підготовки практичного психолога, Н. Л. Коломінський висловлює думку, що основними функціями вузівського навчання, спрямованими на професійне становлення особистості, є такі: формування професійних (цільових, смислових, операційних) установок, формування системи професійно важливих знань, науково-культурного кругозору; формування професійно важливих умінь, навичок; виявлення, розвиток професійно важливих здібностей (інтелектуальних, перцептивних, комунікативних, експресивних, організаторських, мовних та ін.); розвиток духовних потреб майбутнього спеціаліста, морально-етичне вдосконалення його особистості; сприяння самоактуалізації кожної особистості, культивування розвитку індивідуальності, як передумова індивідуального стилю праці [5].

Як і будь-який інший вид, мотивація до навчання в медичному вузі визначається цілим рядом специфічних для цієї діяльності факторів. По-перше, вона визначається самою освітньою системою, освітньою установою, де здійснюється навчальна діяльність, по-друге, організацією освітнього процесу, по-третє, суб'єктивними особливостями того, хто навчається (вік, стать, інтелектуальний розвиток, здібності, рівень вимог, самооцінка, взаємодія з іншими студентами і т. д.), по-четверте, суб'єктивними особливостями педагога і, перш за все, системою відношення його до студента, до справи, по-п'яте, специфікою навчального предмета [6].

Нами проаналізовано навчання студентів на кафедрах клінічної фармації та клінічної фармакології, внутрішньої та сімейної медицини у вирішенні практичних задач діагностики та лікування хворих, подальшого формування клінічного мислення, лікарської професійної поведінки, яка базується на деонтологічних засадах.

Особливості кафедри клінічної фармації та клінічної фармакології в тому, що предмет є базовим для формування майбутнього лікаря, дає необхідний алгоритм застосування набутих теоретичних знань, навичок та вмій в наступній клінічній діяльності, сприяє подальшому формуванню клінічного мислення, лікарської професійної поведінки, яка базується на деонтологічних засадах. Потужним фактором, що сприяє оптимізації навчального процесу, є логіка та глибоке розуміння клінічного значення теоретичного матеріалу, який розглядається на практичному занятті. Гармонійне поєднання навчальної діяльності на

практичних заняттях досягається шляхом надання заняттям проблемного характеру. Останнім часом успішно впроваджено в навчальний процес розв'язання ситуаційних задач за темою заняття, розгляд задач із бази даних ліцензійного інтегрованого іспиту "КРОК-2". Створення дискусії навколо цих питань сприяє формуванню клінічного мислення студентів.

Впровадження нової методології навчання (кредитно-модульної системи) вносить деякий дисонанс в уяву про класичне навчання в медичному вузі. Акценти та переваги в розподілі педагогічного часу під час заняття були направлені саме на пацієнта, контакти з ним, елементи деонтології впроваджувалися на практиці, що сприяло формуванню у студентів розуміння важливості таких контактів та практичних навичок, сприяло формуванню уміння індивідуального підходу до хворого, без якого неможлива реалізація оптимальної фармакотерапії.

Викладання на кафедрі клінічної фармації і клінічної фармакології студентам 5-го курсу медичного факультету дисципліни "Клінічна фармакологія" має важливе значення, з урахуванням міждисциплінарних аспектів цього предмета, знання якого потрібне лікарям будь-якої спеціалізації. На жаль, розуміння цього факту при формуванні програм у вузах (як для студентів, так і для інтернів) недостатнє, підтвердженням чого є мінімальна кількість годин при навчанні в медуніверситеті проти аналогічної ситуації в країнах Європи [7] та фармацевтичних факультетів, де обсяг навчання з фармакології на порядок більше. Тематика практичних занять (при відсутності лекцій) обмежується найбільш важливими групами препаратів, що застосовуються при поширених захворюваннях. Одне практичне заняття вимагає підготовки з декількох груп лікарських засобів, що інколи не відповідає можливостям студента. Тому на курацію хворих відведено лише 2 години позааудиторного часу, що знижує значення цієї складової навчання.

Наш досвід викладання клінічної фармакології студентам-лікувальникам за кредитно-модульною системою свідчить, що така система має як позитивні, так і негативні риси [8]. До перших слід віднести збільшення мотивації у студентів до засвоєння теми, щоб отримати більшу кількість балів. Тим більше, що опитування проводиться на кожному занятті. Але ця мотивація має свої особливості – вона обернена переважно на теоретичні знання, і не має спрямованості на практичну орієнтацію. Тим більше, що обмежена кількість годин не дозволяє наблизити студентів до ліжка хворого і отримати їм власний досвід ефективності та безпеки фармакотерапії.

Успішність проблемного навчання забезпечується спільними зусиллями викладача і студентів. На кафедрі внутрішньої та сімейної медицини досить ефективним є клінічний семінар, який має творчий та дослідницький характер, коли в ході обстеження хворого поновлюються або набуваються знання пропедевтики внутрішніх хвороб, клінічної інтерпретації симптомів внутрішніх хвороб, патофізіологічне обґрунтування симптомів хвороби, використання параклінічних методів обстеження в структурі діагностичного алгоритму та вироблення правильного тактичного та лікувального підходу до хворої людини. Основною методичною особливістю клінічного розбору хворого є активна участь всіх присутніх. В ході обговорення випадку в учасників виникає бажання поділитися своїми думками, досвідом, знаннями, виказати свої сумніви, підтримати та повніше аргументувати думки. Відштовхуючись від інформації про конкретного хворого, можна підвести учасників до поглибленого обговорення питань етіології, патогенезу, морфології, диференційної діагностики, лікування та профілактики визначеного захворювання. Слід підкреслити, що предмет дискусії під час розбору не є надуманим чи нав'язаним, він визначається ходом обговорення конкретного хворого. Це підтверджує нерозривний зв'язок теоретичних питань з повсякденною клінічною практикою, оскільки таке ж коло питань, асоціацій, логічних побудов повинно виникати у лікаря в його повсякденній роботі. Навчання студентів на кафедрі під час клінічних розборів хворих направлено не тільки на розвиток професійних, але й особистих якостей лікаря, адже він не тільки лікар, але й психолог, педагог, коли раціональна діяльність поєднується і збагачується емоційною. Зосередженість уваги, терпіння, проникливість, культура спілкування з людьми, мистецтво спілкування – невід'ємні риси, які відносяться до професійних якостей лікаря і формуються під час навчального процесу під впливом всього колективу кафедри при особливій ролі викладача як терапевта-професіонала та особистості.

До негативних явищ процесу навчання слід віднести посилення акценту на тестовому контролі. Значна частка часу витрачається на вирішення тестів, але студенти намагаються вивчити правильні відповіді, інколи вгадують відповідь. Розуміння та обґрунтування відповідей на ці ж питання при усному опитуванні викликає значні труднощі і підтверджує дефіцит клінічного мислення, яке втрачено за рахунок відсутності навчання коло ліжка хворого. Слід відмітити такі негативні аспекти, коли студенти намагаються шукати допоміжні заходи для вирішення тестів – обмін інформацією між собою, “допомога” мобільних теле-

фонів тощо. Зрозуміло, що такі ситуації аж ніяк не сприяють формуванню порядної особистості, а націлюють студента на вирішення поставлених завдань будь-яким, в т. ч. некоректним шляхом.

Проявити себе, як справжній лікар, кожен студент може на курації хворого, коли потрібно застосувати набуті теоретичні знання на практиці.

Відсутність або ж бідність клінічного мислення також спостерігається при захисті Протоколів ефективності та безпеки застосування лікарських засобів, під час курації хворих. Студенти вважають, що для захисту протоколу курації достатньо його тексту, в якому висвітлені питання діагностики, характеристики фармакодинаміки та фармакокінетики препаратів, показань, протипоказань до призначення ліків, взаємодія між ними. Оскільки студенти не володіють тонким розумінням диференційованого підходу до призначення фармакотерапії, то вони і не спроможні чітко та впевнено пропонувати альтернативне лікування, тобто найбільш оптимальне, у разі неефективності чи недотримання стандартів та формулярів терапії лікарями.

Найбільш складним для відповідей є питання негативної взаємодії лікарських засобів між собою, елементи поліпрагмазії, які не помічаються студентами при оцінці фармакотерапії хворого. Одна із складових такого нерозуміння – неадекватна довіра до дії лікаря, студенти не наважуються помітити очевидні помилки (які і в світі, за даними наукових досліджень, достатньо часто зустрічаються), у них відсутня сміливість пропонувати інші варіанти терапії. Тобто таке навчання не стимулює до розкриття широти поглядів, елементів фантазії, дискусії, вирішення проблеми з власного погляду. Студенти інколи не вміють висловлювати або відстоювати свої думки.

На вирішення ситуаційних завдань теж витрачається багато часу, що обумовлено повільним темпом мислення студентів, а через велике інформаційне перевантаження заняття страждає детальне обговорення найбільш важливих характеристик груп препаратів, їх взаємодії, особливостей застосування в окремих ситуаціях (залежно від віку хворих, статі, супутньої патології тощо).

Щодо інших складових кредитно-модульної системи, то позитивним можна вважати додаткові бали за індивідуальну роботу студентів, що спонукає їх до участі у студентських гуртках та конференціях, реферуванні додаткового поглибленого матеріалу для практичних занять. Але це стосується значно обмеженого контингенту студентів – одна – три особи в групі. В цілому, в боротьбі за бали змінюється об'

ективність самооцінки студентів, на тлі збільшення власних амбіцій, вони вважають себе більш досвідченими та навченими, ніж є насправді. Це викликає протиріччя між належним етичним ставленням до навчання, а саме між метою накопичення професійних вмінь, яка втрачається, та їх обмеженням і вузьким способом досягнення – лише боротьбою за оцінку. Все це обумовлено умовами навчання в Україні, які не відповідають вимогам та рекомендаціям кредитно-модульної системи, а саме – необхідності наявності в групі лише декількох студентів (тоді збільшувалися б індивідуальні контакти з викладачем, можливості індивідуального контролю освоєння знань та практичних навичок). Перевантаження груп кількістю до 10–12 студентів, зрозуміло, не може забезпечити належний психологічний клімат у групах, наслідком чого є відсутність оптимальних етичних умов для розвитку особистості [9].

Таким чином, постійне прагнення викладача вищої медичної школи до поліпшення якості навчання, через розвиток свого творчого потенціалу дозволить забезпечувати мотивацію навчання студентів, конкурентоспроможність вузу, гарантії високої якості його випускників. Поєднання різноманітних прийомів оволодіння професійними навичками, створення сприятливої атмосфери для розвитку клінічного мислення дає можливість сформувати особистість лікаря-спеціаліста високого гатунку.

**Висновки:** 1. Особистість лікаря має бути головним і вирішальним фактором клінічної медицини.

### Література

1. Бех І. Д. Виховання сучасної вузівської молоді / І. Д. Бех // Філософія освіти XXI століття : проблеми і перспективи : зб. наук. праць. – К., 2000. – Вип. 3. – С. 229–232.
2. Тадіян С. В. Проблеми формування професійної свідомості фахівця ДПО в умовах ВНЗ / С. В. Тадіян // Формування та розвиток особистості в умовах вищих навчальних закладів МНС України : матеріали Першої міжвузівської науково-практичної конференції, 19 грудня 2003 року. – Харків, 2003.
3. Запорожан В. М. Взаємозв'язок мотивації досягнень та успіхів у навчанні у студентів медичного факультету / В. М. Запорожан, Л. Р. Нікогосян, К. В. Аймедов // Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 108–113.
4. Константинов Н. А. История педагогики / Н. А. Константинов, Е. Н. Медынский, М. Ф. Шабаева. – М. : Просвещение, 1982. – С. 201.
5. Коломінський Н. Л. Методологічні засади професійної підготовки практичного психолога / Н. Л. Коломінський // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 4. – С. 12–13.
6. Результати впровадження нових технологій навчання

2. Головними детермінантами особистісного зростання майбутнього професіонала у медичному університеті є: концептуальна єдність і наступність змісту, форм і методів навчання; проблемно-орієнтований, розвивальний характер викладання, зв'язок між теорією та практикою; відкритість освітнього процесу і змісту навчального матеріалу до інновацій; індивідуалізація та диференціація навчального процесу; співробітництво викладачів зі студентами в навчальному процесі.

3. Клінічний семінар – клінічний розбір випадку хвороби в амбулаторного хворого є високоефективною формою навчання студентів, при якій активна пізнавальна діяльність стимулюється життєвою проблемною ситуацією – наявністю хворого, який потребує негайного вирішення проблеми діагностики його захворювання та ефективного лікування.

4. Колективна, за участю співробітників кафедри, робота під час клінічних розборів пацієнтів сприяє формуванню необхідних морально-етичних рис та деонтологічних норм поведінки майбутніх лікарів-професіоналів.

5. У вищій медичній школі проблема комплектування навчальних груп стоїть найбільш гостро. Тільки в найменшому складі академічної групи (не більше 5 осіб) можливе вироблення практичних навичок і вмінь лікаря.

6. Задоволення від самого процесу навчання є вагомим, постійно діючим джерелом мотивації до навчання, що називають радістю пізнання. Викладач повинен захопити студента предметом, привернути його до самостійної роботи, зацікавити в результатах.

за кредитно-модульною системою у Вінницькому національному медичному університеті / В. М. Мороз, Т. Л. Полєся, Ю. Й. Гумінський, Л. В. Фоміна // Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 83–85.

7. Кліщ Г. І. Реформування медичної освіти в Австрії : зразок успішного проведення і приклад для наслідування / Г. І. Кліщ // Медична освіта. – 2011. – № 1. – С. 58–66.

8. Особливості впливу кредитно-модульної системи на формування мотивації та особистості студентів-медиків / О. О. Яковлева, Н. В. Коновалова, І. О. Дорошкевич [та ін.] // Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів-медиків : матеріали X ювілейної міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 25 березня 2010 року). – К. : СПД "Рудак", 2010. – С. 140–141.

9. Яковлева О. О. Соціально-економічні передумови формування особистості спеціалістів у медицині / О. О. Яковлева, К. В. Півторак, Л. А. Вознюк // Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів-медиків : матеріали XI міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 23 березня 2011 року). – К., 2011. – С. 124.

УДК 614.23(436)

## ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК МЕТА ПІДГОТОВКИ СУЧАСНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ АВСТРІЇ

Г. І. Кліщ

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

## PROFESSIONAL COMPETENCE AS A GOAL OF TRAINING OF MODERN DOCTORS IN MEDICAL UNIVERSITIES OF AUSTRIA

H. I. Klishch

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

У статті розглядається проблема компетентнісного підходу до підготовки лікарів у вищих медичних навчальних закладах Австрії. Зроблено наголос на тому, що сучасні навчальні програми, що впроваджені внаслідок реформи медичної освіти в Австрії, побудовані не за принципом здобуття знань та вмінь, а набуття компетенцій. Розглянуто також теоретичні аспекти цієї проблеми.

The article is about the problem of competence approach to training of doctors in higher medical educational establishments of Austria. The emphasis is made on the fact that modern syllabi that were implemented after the reform of medical education in Austria are built not on the principle of gaining knowledge and skills, but acquiring competencies. The theoretical aspects of this problem are also considered.

**Вступ.** Система вищої освіти у світі змінюється відповідно з вимогами сучасного суспільства та ринку праці, які потребують максимально адаптованих, ефективних, конкурентоспроможних фахівців для забезпечення більш ефективного розвитку суспільства. Як результатом у Європі виник Болонський процес зі створення єдиного європейського простору вищої освіти та науки, спрямований на підвищення конкурентоспроможності європейської системи вищої освіти в цілому.

**Основна частина.** Проблема формування професійної компетентності фахівця в будь-якій галузі знаходиться в полі зору багатьох наукових дисциплін: соціології, культурології, психології, історії, філософії, професійної педагогіки тощо. Тому розгляд цієї складної проблеми передбачає здійснення теоретичного пошуку на стику кількох наукових дисциплін. Необхідність розгляду проблем освіти з точки зору компетентнісного підходу викликана загальноєвропейською і світовою тенденцією інтеграції, глобалізації світової економіки, стандартизацією європейської освіти на засадах Болонської угоди. Істотним, як зазначають дослідники, є й той факт, що універсалізація нововведень у галузі освіти, забезпечення студентської та викладацької мобільності, міжнародне визнання ступенів, введення освітніх кредитів, – все це передбачає і певну термінологічну уніфікацію. Це стосується й поняття компетентності [3, с. 428]. Окрім того, необхідність введення поняття компетентності й компетентнісного підходу в освіті визначається зміною освітньої парадигми – сукупності переконань, цінностей, технічних засобів тощо [5, с. 375].

Теоретичний аналіз проблеми формування професійної компетентності фахівців спрямовує нас до головних понять дослідження: “компетентність” і “компетенція”. Ці поняття в сучасній науковій літературі суттєво різняться, тому їх доцільно розглядати як різнорівневі й окреслювати по-різному.

На сторінках науково-педагогічних видань ведеться дискусія про співвідношення понять “компетенція” й “компетентність”. Розглянувши основні підходи їх трактування, ми дійшли висновку, що професійна компетенція – це професійно-статусні можливості по здійсненню людиною державних, соціальних та особистісних повноважень у професійній діяльності.

Професійно-статусні можливості можуть бути такі: адміністративно-правові (передбачають рівень адміністративної влади й повноважень фахівця у вирішенні виробничих, економічних, фінансових, кадрових та інших питань діяльності підрозділу або організації в цілому); інформаційні (передбачають певний обсяг одержуваної фахівцем службової інформації для реалізації своїх професійних функцій); економічні (передбачають певний рівень самостійності співробітника в економічній сфері діяльності). Можна констатувати існування як широкого, так і більш вузького тлумачення поняття “компетентність” [10, с. 2886].

© Г. І. Кліщ



У широкому сенсі компетентність, в основному, розуміється як ступінь соціальної й психологічної зрілості людини, яка передбачає певний рівень психічного розвитку особистості, психологічну готовність до певного виду діяльності, що дозволяє індивіду успішно функціонувати в суспільстві та інтегруватися в нього. У вузькому сенсі компетентність розглядається в якості діяльній характеристик, як міра інтегрованості людини в діяльність. А це передбачає певну світоглядну спрямованість особистості, ціннісне ставлення до діяльності та її предметів. Отже, компетентність є готовністю та здатністю людини діяти в будь-якій сфері. Вона передбачає володіння людиною відповідною компетенцією, яка включає її особистісне ставлення до предмета діяльності. Компетентнісна в окремій галузі людина володіє певними знаннями та здібностями, які дозволяють їй обґрунтовано судити про цю галузь та ефективно діяти в ній. Важливим при цьому є не протиставляти компетентність знанням або вмінням, оскільки перше поняття більш широке, ніж поняття “знання” або “вміння”. Компетентність є готовністю та здатністю людини діяти в будь-якій сфері. Вона передбачає володіння людиною відповідною компетенцією, яка включає її особистісне ставлення до предмета діяльності [4, с. 10].

Таким чином, компетентність виражає значення традиційної тріади “знання–вміння–навички”, інтегруючи їх у єдиний комплекс. Крім того, компетентність визначається як поглиблене знання предмета або освоєне вміння [7].

Зручність компетентнісного підходу полягає в тому, що він дозволяє зберігати гнучкість і автономію в архітектурі навчального плану. Умовою створення пан’європейської освітньої системи є її прозорість і легкість у розумінні та застосуванні. У результаті дослідження проблеми компетентності на рівні Болонської декларації були відібрані 30 загальних компетенцій із трьох категорій: інструментальні, міжособистісні та системні. Зауважимо, що кожна з вказаних категорій передбачає володіння спеціалістом певним рівнем інформаційних технологій [6].

Заслуговує на увагу концепція “інтегрованого розвитку компетентності”, розроблена шведськими й американськими вченими (В. Чапанат, Г. Вайлер, Я. Лефстед). Розвиток компетентності фахівця вони пов’язують з інтеграцією інтелектуальних, моральних, соціальних, естетичних, політичних аспектів знань та умінь. Професійна компетентність у контексті зазначеної концепції включає знання й вміння з різних сфер життєдіяльності людини, які необхідні для фор-

мування умінь і навичок здійснення діяльності творчого рівня [8]. У науковій літературі США фігурує особлива одиниця виміру знань фахівця – період піврозпаду компетентності. Це означає, що за певний час після закінчення вищого закладу освіти одержані знання будуть застарілими в зв’язку з тим, що з’являється нова інформація, компетентність спеціаліста знижується на 50 % [13, с. 19]. Постійне оновлення інформаційного поля професійної діяльності людини не може відбуватися без залучення сучасних комп’ютерних технологій. Тому вміння працювати в такому інформаційному полі на сучасному технологічному рівні є необхідним у системі знань, умінь і навичок спеціаліста в галузі медицини. Фахівець у цій галузі має бути наділений ключовими компетентностями, причому із залученням відповідних інформаційних технологій; особливо це стосується двох останніх типів ключових компетенцій, які передбачають відповідний до суспільного розвитку рівень оволодіння сучасними інформаційними технологіями та здатність до самонавчання, яка вміщує постійне оновлення професійної інформації, неможливе сьогодні без застосування інформаційно-комп’ютерних технологій [14].

Важливими в контексті проблеми компетентнісного підходу є окреслені зарубіжними вченими рівні формування компетенцій під час навчання у вищому навчальному закладі, визначені в європейських країнах. Так, для першого рівня характерними є такі загальні для різних предметних галузей компетенції: здатність демонструвати знання основ та історії дисципліни; здатність логічно й послідовно представити освоєне знання; здатність контекстуалізувати нову інформацію й давати її тлумачення; вміння демонструвати розуміння загальної структури дисципліни й зв’язок між піддисциплінами; здатність розуміти та використовувати методи критичного аналізу й розвитку теорій; здатність правильно використовувати методи й техніки дисципліни; здатність оцінювати якість досліджень у цій предметній галузі; здатність розуміти результати експериментальних і спостережливих способів перевірки наукових теорій [9, с. 612].

На другому рівні майбутні фахівці мають володіти такими компетенціями: знати предметну сферу на належному кваліфікаційному рівні, тобто володіти новітніми методами й техніками дослідження, знати новітні теорії та їхні інтерпретації; критично відслідковувати й осмислювати розвиток теорії й практики; володіти методами незалежного дослідження й уміти пояснювати його результати на належному рівні; бути здатним внести оригінальний вклад у дисциплі-

ну відповідно до канонів цієї предметної галузі, наприклад, у рамках кваліфікаційної роботи; демонструвати оригінальність і творчий підхід; опанувати компетенції на професійному рівні [9, с. 615].

Таким чином, формування компетентності входить у загальний контекст формування особистості. Тому важливим аспектом розуміння компетентності є її оцінково-світоглядна спрямованість, що характеризує людину як суб'єкта спеціалізованої діяльності в системі суспільного розвитку праці. При цьому враховується здатність людини давати кваліфіковані судження, приймати адекватні та відповідальні рішення в проблемних ситуаціях, планувати та здійснювати дії, які приводять до раціонального й успішного досягнення поставлених цілей. Тому під компетентністю може розумітися стійка здатність виконувати певний вид діяльності, яка включає такі аспекти, як: глибоке розуміння сутності виконуваних завдань і вирішуваних проблем; ґрунтовне знання досвіду, який є в цій галузі, активне оволодіння його найкращими досягненнями; вміння обирати засоби та способи дії, адекватні конкретним обставинам місця й часу; почуття відповідальності за досягнуті результати; здатність учитися на помилках і вносити корективи в процес досягнення цілей. Такий підхід дослідники окреслюють як діяльнісний. У межах цього підходу поєднуються, зокрема, поняття “компетентність” і “готовність”, які визначаються не як тотожні, а як зв'язок між внутрішнім потенціалом та реальним його втіленням (внутрішньою сутністю й зовнішнім виявом) [15, с. 24]. Отже, професійна компетентність може розумітися як один із структурних компонентів професійної готовності до конкретного виду діяльності [5, с. 375].

В останні десятиріччя система медичної освіти різних країн орієнтована на кінцевий результат – підготовку лікарів, які володіють різнобічними навичками й мають широкий світогляд, здатні інтегрувати свою роботу в діяльність усіх працівників сектора охорони здоров'я та інших професійних напрямків, можуть самостійно приймати професійні рішення на підставі оволодіння визначеним колом функцій і завдань [1, с. 34]. Всесвітня організація охорони здоров'я запровадила визначення сучасного висококваліфікованого лікаря як особи, що надає допомогу, приймає рішення, спілкується, керує та враховує інтереси й потреби суспільства [16, с. 14].

Згідно з цим було розроблено документи, у яких відображено кваліфікаційні вимоги до сучасного лікаря з урахуванням темпів зростання наукової бази медицини, існування різноманітних моделей органі-

зації охорони здоров'я, наявності глобальних інтеграційних процесів у світі. Мета цих документів – повернути увагу до нових потреб системи охорони здоров'я, які диктують необхідність змін у системі медичної освіти. Відправними документами реформування системи вищої медичної освіти в Австрії стали Единбурзька декларація 1988 року, яка визначила 12 принципів реформування та рекомендації Всесвітнього саміту 1993 року, більшість з яких визначають чіткі схеми дій у цьому напрямі [17, с. 234]. За результатами Всесвітнього саміту Консультативний комітет з питань медичної підготовки Європейського Союзу підготував рекомендації щодо медичної освіти, які отримали загальну назву “Лікарська директива” і відображають вимоги до базової медичної освіти в країнах ЄС та до фахівців медичної сфери [2, с. 5].

Однак ці загальні вимоги тільки визначають медичним навчальним закладам концептуальні засади формування навчальних планів з метою отримання студентами основних елементів професії лікаря, їх підготовки до відповідальної діяльності, здатності пристосовуватися до змін, нових ідей і напрямів розвитку медицини, продовжувати навчання протягом усього життя. Тому окремі країни, виходячи з традицій, регіональних та національних вимог, власних апробованих методик навчання, створюють свої підходи щодо професійної підготовки лікарів [9, с. 614].

В основі світових теоретико-методологічних підходів щодо підготовки майбутнього лікаря лежать такі поняття, як “кінцеві результати навчання” (learning outcomes), “кінцеві цілі навчання” (learning aims), “цілі навчання” (objectives), “цілі” (goals), “компетентності” (competencies), “мінімально необхідні найважливіші вимоги” (minimal essential requirements), “ролі” (roles) тощо. У багатьох країнах світу оцінювання досягнень професійної підготовки лікаря базується на підході, запропонованому американським науковцем Дж. Міллером (піраміда Міллера), який базується на поступовому набутті компетентності в будь-якій змістовній сфері та необхідності оцінювати не мінімальний рівень фахових знань, а спостерігати виконання в реальних умовах майбутнім лікарем завдань професійної діяльності із застосуванням знань [12, с. 65].

До тих пір, поки компетенції (Kompetenz) не були основним елементом в німецькій подвійній системі VET, головний акцент у визначенні професіоналізму робився на точне визначення необхідних знань, і в меншій мірі – на результати. Поняття професійної компетентності, дане в концепції Beruf (завичай пе-

рекладається як професія, але розкриває традиції ремісничого майстерності), розмежовує професійно-технічне навчання та педагогіку. У рамках цієї традиції, модуляризація та узагальнення компетенцій викликає сумнів, оскільки вони можуть зашкодити єдності стандартів майстерності. У 80-х роках ХХ століття з'являється поняття “ключових кваліфікацій” (Schlüsselqualifikationen), яке включає індивідуальні компетенції типу “здатності діяти автономно і вирішувати проблеми незалежно”, “гнучкість”, “здатність до співпраці”, “етичність і моральна зрілість”. У той час як Qualifikation показує здатність впоратися з вимогами ситуації, Kompetenz же звертається до здатності людини діяти і є більш цілісними, включають не тільки зміст або предмет знань і здібностей, але також і “ядерні” і загальні здібності. У 1996 році німецька система освіти прийняла підхід “компетенції дії”, рухаючись від предмета до компетенцій та до навчальних планів, що більшою мірою визначають галузі засвоєння знань (Lernfelder), і в меншій пов'язані з роботою: знання та навички. Стандартна типологія компетенцій обґрунтовується на початку кожного нового навчального плану професійного навчання, ретельно розробляються професійно-технічні “компетенції дії” (Handlungskompetenz) у термінах сфери діяльності або предметних компетенцій (Fachkompetenz), особистісні компетенції (Personalkompetenz) і соціальні компетенції (Sozialkompetenz). Компетенції, що стосуються сфери діяльності, розкривають готовність і здатність, на основі предметних знань і навичок, виконувати завдання, вирішувати проблеми, оцінювати результати послідовно і незалежно, відповідно до цілей. Загальні когнітивні компетенції (Sachkompetenz) – здатність думати і діяти способом, що дозволяє вникнути і вирішити проблему. Вони є передумовою для того, щоб розвинути Fachkompetenz, який включають як пізнавальні, так і функціональні компетенції. Особистісні компетенції описують готовність і здатність розуміти, аналізувати і оцінювати можливі шляхи розвитку, вимоги та обмеження в особистому, трудовому і суспільному житті, розвивати власні навички так само успішно, як і вибирати й реалізовувати життєві плани. Це визначення включає такі властивості особистості, як “незалежність”, “здатність до виконання своїх функцій в критичних ситуаціях”, “впевненість у собі”, “надійність”, “відповідальність” і “почуття боргу”, поряд з професійними та етичними цінностями. Personalkompetenz, таким чином, включає когнітивні та соціальні компетенції. У деяких випадках самокомпетенції (Selbstkompetenz) визначають як здатність

діяти морально і незалежно, що включає відстоювання позитивного я-образу і розвиток моральності. Соціальні компетенції визначаються готовністю і здатністю створювати і підтримувати відносини, ідентифікувати і розуміти можливі вигоди і загрозу у відносинах, а також здатність взаємодіяти з іншими раціональним і чесним способом, що включає розвиток почуття соціальної відповідальності та солідарності. Sozialkompetenz, таким чином, включають функціональні та соціальні компетенції. Баланс предметних, особистісних і соціальних компетенцій – передумова для Methodenkompetenz and Lernkompetenz. Methodenkompetenz – розширення Sachkompetenz і Fachkompetenz, що є результатом виконання трансверсальних стратегій і процесів знаходження і вирішення проблем, тоді як Lernkompetenz прирівнюються до мета-компетенцій: “learning how to learn”. В сучасних умовах у Німеччині 350 професійних профілів, складених за загальним форматом, що розробляє компетенції в рамках і термінах зазначених вище [15, с. 26].

В Австрії діє схожий з німецьким підхід до поняття ключових кваліфікацій (Schlüsselqualifikationen). Їх визначають як трансверсальні функціональні та професійні кваліфікації, що включають непередметні специфічні здібності і особливості структури особистості. Вони згруповані за трьома напрямками: когнітивні, соціальні і особистісні компетенції. Когнітивні компетенції (Sachkompetenz) – знання, навички та здібності, які можуть використовуватися як у певній, специфічній діяльності, так і трансверсально, а також навички і здібності, необхідні для того, щоб впоратися із завданнями та виробляти стратегії, орієнтовані на вирішення проблем. Таким чином, теоретичне мислення, Methodenkompetenz (що включає навчальні методи) і професіоналізм – пов'язані з такими навичками, як ІТ, безпека робочого місця та менеджмент, які відносяться до Sachkompetenz. Соціальні компетенції (Sozialkompetenz) значною мірою пов'язані з іншими компетенціями і можуть бути визначені як здатність і готовність відповідально співпрацювати, взаємодіяти з іншими, з групою способом, орієнтованим на відносини. Особистісні компетенції (Selbstkompetenz) включають ключові кваліфікації і можуть бути визначені в термінах, здатності та готовності розвиватися самому, так само як розвивати навички, мотивацію і відносини, щоб не тільки ефективно працювати [4, с. 9].

Категорія професіоналізму є складною для визначення, оскільки пов'язана не лише із зовнішніми обставинами діяльності фахівця, а й із внутрішніми фак-

торами, які її супроводжують. Такими факторами є поєднана дія моральних, соціальних і діяльнісних норм як того об'єктивного складу і тієї структури діяльності, які лише й можуть забезпечити розв'язання завдань [14].

Професіоналізм медичного працівника – інтегральна характеристика особистості, поєднання психологічних якостей, які забезпечують продуктивне вирішення професійних завдань – збереження, укріплення здоров'я людини, продовження її життя, попередження і лікування захворювань. Слід зазначити, що досягнення вершин професіоналізму має відбуватися не будь-якою ціною, а екологічно для організму, в рамках природних норм, без шкоди для оточуючих [14].

Як відзначив Дейвід Майстер (Maister) у праці “Справжній професіоналізм” (True Professionalism), “професіоналізм є, передусім, внутрішньою позицією, радше ніж сукупністю компетенцій”. Великих професіоналів вирізняє, каже він, їхня здатність пишати власною роботою, своєю відданістю якості, своєю вірністю інтересам пацієнта. До цього я додав би ідею пристрасності. Справжній професіонал пристрасно відданий якості, інтересам пацієнта, є вірним публічним інтересам та втіленню ідеалів лікаря [11, с. 74].

Професія лікаря – це унікальна професія, яка повинна містити комплекс таких характеристик, як: постійний потяг до самовдосконалення, величезний практичний досвід, знання специфіки даної діяльності, здібності до лікарської праці, знання перспектив розвитку медичної галузі [15, с. 26].

Виділимо комплекс особистісних якостей, якими має володіти лікар:

- морально-етичні якості: чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, вміння тримати слово;

- комунікативні якості: особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, готовність допомогти, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність контактів, довіра до оточуючих;

- вольові якості: впевненість у собі, витримка, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, самоорганізація, настирність, цілеспрямованість;

- організаційні якості: вимогливість до себе та оточуючих, схильність брати на себе відповідальність, вміння приймати рішення, вміння правильно оцінити себе та пацієнта, вміння планувати свою роботу [9, с. 611].

Дослідники виокремили дві великі групи спеціальних якостей лікаря:

- перцептивно-рефлексивні (перцепція – сприйняття) якості, що визначають можливість проникнення лікаря в індивідуальну своєрідність особистості пацієнта і розуміння його (ці здібності є ведучими);

- проєктивні здібності, які пов'язані з умінням діяти на іншу людину, на пацієнта.

Серед них головними є такі:

1. Здатність правильно оцінювати внутрішній стан пацієнта, співчувати, співпереживати йому (здатність до емпатії).

2. Здатність бути прикладом для тих, кого лікують, у думках, у почуттях і вчинках.

3. Здатність пристосовуватися до індивідуальних особливостей пацієнта.

4. Здатність вселяти в пацієнта впевненість, заспокоювати його.

5. Здатність знаходити потрібний стиль спілкування з кожним, домагатися його розташування і взаєморозуміння.

6. Здатність викликати до себе повагу в пацієнта, користуватися (неформально) його визнанням, мати авторитет серед тих, кого лікуєш [10, с. 2885].

Передусім зазначимо, що необхідність професіоналізму і компетентності лікаря пов'язується з особливостями його діяльності, а саме – її гуманістичною спрямованістю. Гуманістичний ідеал визначає зміст і призначення діяльності медика, а її цінності тією чи іншою мірою відображають визнання гармонії суспільних та особистих інтересів, пріоритету загальнолюдських цінностей (здоров'я, милосердя, добро, допомога іншій людині тощо). Головною особливістю роботи лікаря є його вміння визначати проблеми і потреби на різних рівнях – індивідуальному, міжособистісному та суспільному. Важливе місце у процесі навчання посідає розвиток навичок спілкування, позаяк саме комунікація відіграє особливу роль у діяльності лікаря. Спілкування – процес багатогранний. Воно реалізується в різноманітних формах (міжособистісне спілкування, соціальний діалог, ділове й управлінське спілкування тощо) [3, с. 427].

Серед робіт, присвячених професійній компетентності фахівців охорони здоров'я, переважають англійськомовні джерела – Benner P. (професійна компетентність медичних сестер), Chambers D.W. (професійна компетентність стоматологів), Dall'Alba G. (професійна компетентність лікаря) – оскільки вітчизняна наукова школа з цих питань лише формується [6].

У системі медичної освіти поняття “професійна компетентність” також використовується в різних

розуміннях (від загального до специфічного), відбиваючи ситуацію із суперечливим підходом до поняття компетентності в загальній освіті та психології. Ми формуємо визначення поняття “професійна компетентність лікаря” як здатність фахівця від моменту початку своєї професійної діяльності успішно (на рівні певного стандарту) відповідати суспільним вимогам медичної професії шляхом ефективного і належного виконання завдань лікарської діяльності та демонструвати належні особисті якості, мобілізуючи для цього релевантні знання, вміння, навички, емоції, ґрунтуючись на власній внутрішній мотивації, ставленнях, моральних і етичних цінностях та досвіді, усвідомлюючи обмеження у своїх знаннях і вміннях та акумулюючи інші ресурси для їх компенсації. Це визначення професійної компетентності ґрунтується на визначенні поняття компетентності проектом Організації економічного співробітництва та розвитку як здатності успішно відповідати вимогам або виконувати завдання (діяльність), яка складається з когнітивних та некогнітивних компонентів. Це визначення є логічним, обґрунтованим, оскільки розробники системно проаналізували погляди декількох галузей (зокрема педагогіки, психології, соціальних наук), отримали зворотний зв'язок від суспільства та залучили значну кількість експертів різних галузей [12, с. 64].

І. Фрейдсон (E. Freidson) вважає, що професія медика помітно впливає не тільки на пацієнтів, але і на інші організації та соціальні інститути. Медицина стає зразком професіоналізму, лікарі знаходять абсолютний авторитет у своїй та інших видах діяльності [8, с. 267].

Особливості медичної професії, пов'язані з високою відповідальністю за результати праці, інтелектуальною напругою, фізичними навантаженнями, контактом з біологічними і фізичними чинниками, призводять до шкідливих та небезпечних впливів на стан здоров'я фахівців [14].

Лікар повинен володіти такими якостями, як спостережливість і проникливість, розвинуте клінічне мислення, професійна наполегливість і пристрасність тощо.

Довіряючись лікарю, хворий чекає від нього прояву вищих моральних якостей, хоче бачити в лікареві зосередження моральних чеснот і насамперед співчуття, виключну сумлінність та самодисципліну, чесність і високу майстерність, вправність, серйозне ставлення до своєї справи і здатність до самозречення. Наявність цих якостей є моральною гарантією, основою для довіри й авторитету [14].

Лікар має ставитися до хворого не як до людини взагалі, а як до особистості. Інакше гуманізм є лише задекларованим принципом, а не реальним керівництвом до дії. Отже, лікарський гуманізм – цілком конкретний, реальний гуманізм. Щодо моралі як суті, то маємо тут деяку однозначність, не залежну від обставин. Вона нібито забезпечує “надійність” лікаря у його стосунках з людьми (здоровими і хворими) безпосередньо на робочому місці й у побуті, визначає всі етичні принципи його. Починаючи спілкування з хворим, лікар зобов'язаний сконцентрувати на ньому свою увагу, нібито забувши про себе, цілком підкоривши розум, волю, знання й досвід справі збереження життя, полегшення страждань, відновлення здоров'я. Гуманізм лікаря збігається з соціальною функцією медицини і втілений у моральній ідеї та почуттях. Він виявляється в активному, вільному прагненні присвятити себе хворим і, долаючи труднощі, використати усі можливості для відновлення та охорони здоров'я, не спричиняючи у той самий час діями і словами додаткових страждань [14].

Медична етика має внутрішній зв'язок з компетентністю, класифікацією лікарів, медичних сестер за їх діловими якостями. Не власне моральні якості, а їхнє поєднання з професійними знаннями, навичками і досвідом створює ту своєрідну доміную, яка реалізується під час виконання професійного обов'язку. Причому, коли йдеться про професійну медичну мораль, потрібно не тільки формулювати кодекс відповідних положень стосовно трудової діяльності, а і сприяти виробленню у лікаря здатності до моральної орієнтації у складних клінічних ситуаціях, які вимагають високих морально-ділових і соціальних якостей [7].

**Висновок.** Таким чином, професійна компетентність сучасного спеціаліста є складним багатокомпонентним поняттям, яке в сучасній науковій літературі характеризується з точки зору кількох наукових підходів: соціокультурного, діяльнісного, комунікативного, професійного, контекстно-інформаційного та психологічного. Кожен із названих підходів не вичерпує наукового аналізу проблеми професійної компетентності повністю; всі ці підходи знаходяться у взаємозв'язку один з одним і взаємодоповнюють один одного. Для дослідження проблеми формування професійної компетентності особливо важливим вважаємо змістову структуру професійної компетентності майбутніх лікарів із використанням загальнонаукового аналізу поняття професійної компетентності.

**Література**

1. Медицинское образование в мире и в Украине / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец и др.]. – Харьков : ИПП “Контраст”, 2005. – 464 с.
2. Тревор Д. Гіббс. Відкрите обговорення системи медичної освіти в Україні : на початку нової ери / Тревор Д. Гіббс // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 5–6.
3. Ansorg J. Von der kontinuierlichen medizinischen Fortbildung zur kontinuierlichen professionellen Entwicklung am Beispiel der chirurgischen Fortbildung / J. Ansorg, M. Betzler // Gesundheitsschutz. – 2006. – № 49. – S. 426–432.
4. Bollinger H. Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Arztes-Standes / H. Bollinger, J. Hohl // Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis. – 1981. – № 32(4). – 12 s.
5. Catto G. Improving professional competence – the way ahead? / G. Catto // International Journal for Quality in Health Care. – № 5 – P. 375–376.
6. Overview of Medical Education in Europe / S. Curtoni, S. Willemstein, F. Smolders, J. De Koning // Medical Education in Europe. [An Anthology of Med-Net conference presentations Lille, 1998]. – Maastricht, 1999.
7. Finucane P. An Introduction to Professional Competence Schemes. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <<http://medicalcouncil.newswave.co.uk/MedicalCouncil/16yo5ca4cwх>> – Загол. з екрана. – Мова англ.
8. Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. – NY. – 1970. – 398 p.
9. Goldie J. Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study / J. Goldie, A. Dowie, P. Cotton, J. Morrison // Medical Education. – 2007. – № 41. – P. 610–617.
10. Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter / S. Herzig, L. Biehl, H. Stelberg [et al.] // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 2006. – 131. – S. 2883–2888.
11. Maister D. True professionalism : The Courage to Care About Your People, Your Clients, and Your Career / David H. Maister. – 2000. – 203 p.
12. Miller G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance / G. E. Miller // Academic medicine (Supplement). – 1990. – № 9. – P. 63–67.
13. Norman G. R. Defining competence: a methodological review / G. R. Norman // Assessing Clinical Competence. – New York, 1985. – P. 15–5.
14. Ronald M., Hundert E. Defining and Assessing Professional Competence. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <<http://jama.ama-assn.org/content/287/2/226>> – Загол. з екрана. – Мова англ.
15. Schroder T. H. Der ärztliche Beruf vor alten und neuen Herausforderungen (“new medical professionalism”) / T. H. Schroder, H. Raspe // Schleswig-Holsteinisches Arzteblatt. – 2006. – № 8. – S. 32.
16. Towards the Assessment of Quality in Medical Education / World Health Organization. – Geneva : WHO, 1992. – 17 p.
17. World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration // Medical education. – 1988. – № 22. – P. 481 – 482.

УДК 34:159.147

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРЕДМЕТА “МЕДИЧНЕ ПРАВОЗНАВСТВО” СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

А. Й. Заволович, В. Т. Бачинський, О. Я. Ванчуляк

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

## SPECIFIC CHARACTERISTICS OF TEACHING THE EDUCATIONAL SUBJECT “MEDICAL SCIENCE OF LAW” TO STUDENTS OF THE STOMATOLOGICAL DEPARTMENT IN HIGHER MEDICAL SCHOOLS

A. Y. Zavalovych, V. T. Bachynskiy, O. Ya. Vanchuliak

*Bukovynian State Medical University, Chernivtsi*

У роботі запропоновано окремі шляхи вирішення деяких методичних недоліків, з якими часто зустрічаються викладачі вищих медичних навчальних закладів при викладанні дисципліни “Медичне правознавство”, для студентів стоматологічних факультетів.

The paper proposes the certain ways of solving some methodological drawbacks, often facing lecturers of higher medical schools, while teaching the subject “Medical Science of Law”, for students of stomatological faculties.

**Вступ.** Викладання предмета “Медичне правознавство” для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних закладів є обов’язковою складовою базової медичної освіти. Навчальний предмет “Медичне правознавство” викладається студентам 3-го курсу спеціалістами фаху “Кримінальне право” на базі кафедри або курсу судової медицини. Однак, беручи до уваги специфіку професійного спрямування даних студентів, нерідко виникають проблеми мотивації підготовки до практичних занять, які, в свою чергу, підкріплюються дефіцитом методичної та навчальної літератури за фахом.

**Основна частина.** Враховуючи специфіку навчального предмета “Медичне правознавство” (певна абстрактність понять, засвоєння алгоритмів), у змісті навчального матеріалу можна виділити дві частини: загальну та особливу. У цій статті ми відкриємо особливості організації занять загальної частини медичного законодавства.

З точки зору методології проведення занять – теоретичний матеріал представляється поняттями з їх означенням, твердженнями, алгоритмами, узагальненням та аналізом.

Для підвищення мотивації студентів до вивчення дисципліни необхідно:

– відображення перспективи подальшого застосування нових теоретичних фактів та знань при вивченні інших дисциплін;

– можливість їхнього застосування на практиці;

– демонстрація широкого спектра юридичних аспектів та правових актів при вивченні кожного розділу теоретичного матеріалу;

– моделювання практичних ситуацій через створення тематичних задач, вирішення та пояснення яких можливе лише при вивченні нових теоретичних відомостей, опрацюванні тематичної літератури тощо.

При підготовці до теоретичного заняття як студенти, так і викладачі мають труднощі при пошуку необхідного матеріалу для опанування, як окремих тем, так і нерідко цілих розділів медичного правознавства. Така ситуація призводить до зниження рівня підготовки студента до практичного заняття, збільшує навантаження на викладача при пошуку необхідного матеріалу та подальшого його викладання студентам. На допомогу у вирішенні цієї складної ситуації приходять традиційні форми організації вивчення теоретичного матеріалу у вузах – лекції. Лекції при вивченні даного курсу посідають особливе місце у навчальному процесі через те, що лекційний матеріал не тільки підвищує мотивацію та спрямування студента, а й допомагає отримати

матеріал важкодоступний студенту при підготовці до заняття.

Процес вузівської підготовки кваліфікованого спеціаліста в галузі стоматології при проходженні курсу медичного правознавства не повинен обмежуватись загальною та особливою частинами підготовки, а й повинен включати в себе особистісний рівень, який полягає у розвитку у студента професійно важливих якостей як у майбутнього фахівця та спрямування їх до постійного самовдосконалення при вивченні даної навчальної дисципліни. Не слід нехтувати організаційно-методичним рівнем якості підготовки студента під час заняття надаючи можливість йому впливати на методику проведення практичних занять при висвітленні даних чи технологій по окремих темати-

ках шляхом діалогічної організації проведення навчального заняття.

Для покращення рівня підготовки студента та подальшого контролю якості засвоєного матеріалу слід активно долучатись до дистанційних методів надання інформації студентам при підготовці до практичних занять і впроваджувати елементи дистанційного контролю окремих етапів визначення рівня підготовки студента.

**Висновок.** Втілення у навчальний процес вищеперелічених заходів значно підвищить ефективність навчання, кваліфікаційний рівень підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів за фахом “Стоматологія” під час вивчення курсу медичного правознавства.

### Література

1. Москаленко В. Ф. Актуальные вопросы изучения медицинского права в учебном курсе подготовки специалистов медицинской отрасли / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Р. Ю. Гревцова // *Здоров'я України*. – 2008. – № 8. – С. 58–59.
2. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта; за заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація

видавців “Правова єдність”, 2008. – С. 507.

3. Сенюта І. Я. Правові основи біоетики. Формування особистості студентів як майбутніх фахівців лікарської справи, працівників охорони здоров'я та інших соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики / І. Я. Сенюта // *Матеріали Міжнар. наук.-практ. конференції, Львів, 6-7 берез. 2003 р.* – 2003. – С. 150.



УДК 61:378.147.84

## СТУДЕНТСЬКА ОЛІМПІАДА ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ФАХІВЦЯ

Л. М. Унгурян, О. А. Мельник, І. А. Науменко

*Одеський національний медичний університет*

## STUDENT OLYMPIAD AS A CONDITION OF FORMING OF SPECIALIST

L. M. Unhuryan, O. A. Melnyk, I. A. Naumenko

*Odessa National Medical University*

Одним із засобів формування студентів як фахівців є Всеукраїнська студентська олімпіада (ВСО) – змагання студентів в творчому застосуванні знань і умінь з дисциплін, що вивчаються у вищому навчальному закладі. Вона проводиться з метою вдосконалення якості підготовки фахівців, а також для підвищення інтересу студентів до вибраної професії, виявлення обдарованої молоді і формування кадрового потенціалу.

One of facilities of forming of students as specialists there is All-Ukrainian Student Olympiad (VSO) – competition of students in creative application of knowledges and abilities on disciplines which are studied in higher educational establishment. It is conducted with the purpose of perfection of quality of preparation of specialists, and also for the increase of interest of students to the chosen profession, exposure of the gifted young people forming of skilled potential.

**Вступ.** Однією з важливих проблем сучасної професійної освіти є пошук і розробка нових методів підготовки фахівців.

Робота з обдарованими дітьми є одним з пріоритетних напрямів молодіжної державної політики. Олімпіади – одна із загально визнаних форм роботи з обдарованими студентами. Участь в олімпіаді відіграє велику роль у справі виховання молодих людей і формує такі важливі особові якості, як відповідальність за почату справу, цілеспрямованість, працьовитість. Це завдання успішно вирішується при навчанні в умовах олімпіадного середовища – одного з основних навчальних процесів єдиної методичної системи.

Всеукраїнська студентська фармацевтична олімпіада – система очних змагань студентів вищих медичних і фармацевтичних, а також технологічних навчальних закладів, в ході яких проводиться оцінка рівня знань і підготовки студентів-учасників зі спеціальностей “Фармація”, “Технологія фармацевтичного виробництва” і на конкурсній основі визначаються переможці.

Основними цілями олімпіади є:

- підвищення престижу спеціальностей “Фармація” і “Технологія фармацевтичного виробництва”;
- стимулювання мотивації студентів до оволодіння знаннями, уміньми і навиками при отриманні вказаних спеціальностей;
- сприяння розвитку соціального партнерства підприємств галузі і вузів.

Завданнями олімпіади є:

- виявлення якісного рівня підготовки; умінь застосовувати знання і навички по дисциплінах, що вивчаються; загальний рівень готовності фахівців, що випускаються до професійної діяльності;
- виявлення перспективних кадрів фармацевтичних спеціальностей, стимулювання їх наукової діяльності, організація роботи профорієнтації і сприяння зайнятості молодих фахівців-випускників.

**Основна частина.** Всеукраїнська студентська олімпіада (ВСО) є одним із засобів формування студентів як фахівців. Студенти змагаються в творчому застосуванні знань і умінь з дисциплін, що вивчаються у вищому навчальному закладі. Вона проводиться з метою вдосконалення якості підготовки фахівців, а також для підвищення інтересу студентів до вибраної професії, виявлення обдарованої молоді і формування кадрового потенціалу.

Олімпіада проводиться в два тури протягом календарного року: перший тур – внутрішньовузівський, другий – всеукраїнський (міжрегіональний). Кожен тур олімпіади включає єдину триаду етапів її проведення: підготовку учасників до виступу, проведення олімпіади, аналіз виступу. Найбільш важливим є етап підготування до ВСО.

Як завжди, олімпіада проходить у два етапи: теоретичний і практичний, до складу журі входять керівники всіх делегацій. Олімпіада за спеціальністю “Фармація” – комплексна, об’єднує всі шість дис-

© Л. М. Унгурян, О. А. Мельник, І. А. Науменко

циплін-складових спеціальності. У порівнянні з монолімпіадами це інтелектуальне змагання значно складніше, але більш показове.

ВСО включає спеціальні дисципліни:

- з фармакогнозії – встановлення достовірності і оцінка якості лікарської рослинної сировини;
- з управління і економіки фармації на знання нормативної бази і механізмів фармацевтичного маркетингу;
- з аптечної технології – виготовлення екстемпоральної лікарської форми;
- з фармацевтичної хімії – на знання властивостей лікарських субстанцій і сучасної приладової бази для оцінки якості субстанції.

Історія проведення Всеукраїнської студентської олімпіади з фармації нараховує вже майже півтора десятиліття. Вперше вона три роки поспіль проходила на базі НФаУ, далі тричі у Запоріжжі, потім – у Львові, останні три роки знову відбувається на базі НФаУ, а цього року буде проводитися в Тернополі.

Неможливо забезпечити хороший виступ команди і окремих її учасників, а також вирішити інші завдання навчання, якщо цілеспрямовано не займатися їх підготовкою. Проте на практиці найчастіше викладачі обмежуються тільки виявленням і відбором найбільш здатних студентів. На наш погляд, це неправильно, оскільки у разі невдалого виступу студент може отримати важку психологічну травму, яка може позначитися на його подальшій освітній і професійній діяльності. У зв'язку з цим необхідна методична система по забезпеченню підготовчого етапу.

Сформулюємо її основні принципи:

1. Принцип фундаментальності знань. Оскільки мова йде про підготовку студентів до предметних олімпіад і конкурсів за фахом, то володіння знаннями, вміннями і навиками у сфері спеціальних дисциплін стає обов'язковою умовою успіху виступу, закріплення цих знань при вирішенні практичних завдань.

2. Принцип міжпредметних зв'язків і розвитку отриманих знань. Так, наприклад, олімпіада з фармації вимагає знань технології лікарських форм, фармацевтичної хімії, фармакогнозії, організації і економіки фармації, фармакології і виконання представлених на олімпіаді завдань вимагає використання всього об'єму попередніх знань.

3. Принцип максимальної самостійності. Найміцніші знання – це ті, які студент отримує в процесі самостійної роботи. Правильне рішення задачі, отримане самостійно, нехай навіть іноді не через повне логічне обґрунтування, надалі при остаточному колективно-обговоренні і аналізі результату не тільки набуде

ясної переконливої форми і збереже в пам'яті новий спосіб рішення, але і забезпечить упевненість у своїх силах.

4. Принцип активності знань. Однією з особливостей олімпіад є те, що весь запас знань і умінь учасника знаходиться в постійному активі, оскільки олімпіадні завдання складаються з урахуванням всіх накопичених знань, при цьому не тільки з однієї даної дисципліни.

5. Принцип дієвості знань. Особливо значимий при проведенні конкурсів за фахом, в програму яких включаються практичні завдання. Уміння матеріалізувати отримані знання – одне з головних завдань навчання.

6. Принцип додаткових знань. При навчанні деякі теми і навіть цілі розділи часто розглядаються поверхнево або їх вивчення не передбачене навчальною програмою зовсім, незважаючи на їх важливість не тільки для освоєння безпосередньо дисципліни, але і для майбутньої професійної діяльності. В цьому випадку вивчення таких тем в рамках наукових кружків дозволяє раціонально коректувати освітні програми.

7. Принцип випереджаючого рівня складності завдань. Його суть полягає в наданні студентам при підготовці до олімпіади певного туру можливості вирішення завдань, які за складністю відповідають вищому статусу. Ефективність цього принципу багато разів підтверджувалася на практиці і не тільки при олімпіадній підготовці.

8. Принцип комплексного аналізу виконуваних завдань. Цей принцип сприяє виробленню навиків по рішенням завдань підвищеної складності, глибшому вивченню предмета, формуванню творчого аналітичного мислення і здатності до майбутньої фармацевтичної діяльності. Він реалізується за рахунок виявлення багатоваріантності виконання завдання і вибору найбільш раціонального з них.

9. Аналіз результатів минулих олімпіад. Аналізується ступінь вирішеності завдань попередніх олімпіад, виявляються недоліки, а також нові способи вирішення відомих завдань. Це також сприяє зміцненню знань, умінь, навиків.

10. Принцип спадкоємності знань. Полягає не тільки в послідовному накопиченні знань учасниками олімпіад і конкурсів, але і в активному використанні ними знань, отриманих у всіх навчальних процесах (навчання у вузі, навчально-виробнича практика, професійне і особисте спілкування).

11. Принцип безперервності отримання знань. Припускає цілеспрямоване навчання студентів починаючи з 1-го курсу вміння мислити творчо, нешаблон-

но, самостійно, розвиток у них інтуїції, здібностей до абстрагування.

Конкурсний етап ВСО полягає у виконанні учасниками різних завдань, що включають вирішення теоретичних і експериментальних завдань, практичні завдання, тестування тощо. Всі завдання виконуються самостійно, в умовах обмеженого часу, в незвичній обстановці, в стані хвилювання за свою команду.

**Висновок.** Таким чином, вищеперелічені умови,

вимоги і принципи спільно з практичною підготовкою при врахуванні психолого-методичних особливостей складають в цілому методичну систему формування у студентів здатності до інноваційної діяльності в умовах олімпіадного середовища, яке є невід'ємною частиною навчального процесу. Висока ефективність її використання підтверджується перемогами на олімпіадах і конкурсах, а також практичною роботою студентів по розробці інноваційних продуктів.

#### Література

1. Гудзинский А. О. Социальный механизм управления инновационным университетом: автореф. дисс. д-ра соц. наук : 22.00.08 / Гудзинский Александр Олегович. – СПб., 2005. – 354 с.
2. Морозова А. В. Управление процессом профессиональной социализации студентов вузов в условиях модернизации институтов образования : монография / А. В. Морозова, Н. А. Фролова. – Орел : Изд-во ОРАГС, 2005. – 200 с.
3. Наумкин Н. И. Инновационные методы обучения в вузе / Н. И. Наумкин. – Саранск, 2008.
4. Прокопенко І. Ф. Педагогічні технології : навчальний

посібник / І. Ф. Прокопенко, В. І. Євдокимов. – Харків : Колегіум, 2005. – 224 с.

5. Ребрин О. Смешанное обучение / О. Ребрин, И. Шолина, А. Сысков // Высшее образование в России. – 2005. – № 8.

6. Трушкова И. Гуманитарные технологии в образовании / И. Трушкова // Высшее образование в России. – 2006. – № 3.

7. Шагеева Ф. Современные образовательные технологии / Ф. Шагеева, В. Иванов // Высшее образование в России. – 2006. – № 4.

УДК 378.1:616.1/4

## ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ЛЕКЦІЙ З “ОСНОВ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ” В СВІТЛІ ЗАСАД БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

М. І. Швед, Н. В. Пасечко, Л. П. Мартинюк, Л. П. Мазур, Л. П. Боднар,  
І. В. Смачило, А. О. Боб, Л. В. Наумова, Л. В. Радецька, Т. В. Лихацька,  
О. Л. Сидоренко

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

## THE WAYS OF LECTURES TEACHING OPTIMIZATION ON “BASES OF INTERNAL MEDICINE” IN THE LIGHT OF PRINCIPLES OF BOLOGNA DECLARATION

M. I. Shved, N. V. Pasyechko, L. P. Martynyuk, L. P. Mazur, L. P. Bodnar, I. V. Smachylo,  
A. O. Bob, L. V. Naumova, L. V. Radetska, T. V. Lyhatska, O. L. Sydorenko  
*SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”*

Впровадження у систему освіти засад Болонської декларації передбачає застосування для навчання студентів різноманітних методів та технологій – практичних занять, лекцій та самостійної підготовки. Особливістю клінічних лекцій є використання сучасних комп’ютерних технологій, подання світових даних та власного клінічного досвіду лектора для досягнення основної мети – формування клінічного мислення у майбутніх лікарів.

Introduction into education system the principles of Bologna declaration predicts the application for the students’ studies of various methods and technologies – practical employments, lectures and independent preparation. The specific feature of clinical lectures is the use of modern computer technologies, presentation of world information and own clinical experience of lecturer for achievement of main purpose – forming of clinical thought in future doctors.

**Вступ.** Метою Болонської системи освіти, яка впроваджується у країнах Європи вже більше 10 років, є створення європейського науково-освітнього простору, об’єднання систем навчання різних країн для забезпечення високої якості підготовки фахівців, підвищення їх конкурентоспроможності та зростання мобільності викладачів, наукових працівників та студентів [1]. Водночас, повинні враховуватися і мовні та культурні особливості країн-учасниць Болонського освітнього простору, а також накопичений досвід національних систем навчання [2].

Впровадження у систему освіти у ВНЗ України засад Болонської декларації із застосуванням кредитно-модульної системи навчання передбачає постійний пошук новітніх засобів та технологій викладання, які б забезпечили всебічну та якісну підготовку спеціалістів медичного профілю [3].

**Основна частина.** Згідно із робочою програмою “Основ внутрішньої медицини” для студентів 4 курсу медичного факультету передбачено викладання дисципліни у рамках одного модуля. Предмет вклю-

чає такі розділи терапії, як гастроентерологія, ендокринологія, гематологія та пульмонологія, які структуровані у відповідні змістові модулі. Всього дисципліна включає 240 годин – 8 кредитів ECTS.

Згідно із основними засадами кредитно-модульної системи навчання, яка передбачає застосування різноманітних методик навчання студентів-медиків, у вказаному об’ємі навчальних годин виділено лекції – 26 годин, практичні заняття – 138 годин; на самостійну роботу студентів відводиться відповідно 30 годин.

Одним із найбільш важливих компонентів підготовки майбутніх лікарів є читання їм лекцій. Робоча програма із “Основ внутрішньої медицини” передбачає подання лекційного матеріалу із найбільш поширених захворювань внутрішніх органів (табл. 1).

Слід відмітити, що для усвідомлення важливості лекцій для студентів-медиків необхідно врахувати ряд особливостей підготовки фахівців у медичних ВНЗ. Навчання студентів матеріалу не може бути суто теоретичним, воно повинне мати у своїй основі прак-

© М. І. Швед, Н. В. Пасечко, Л. П. Мартинюк та ін.

**Таблиця 1.** Перелік лекцій із предмета “Основи внутрішньої медицини” для студентів 4 курсу медичного факультету

№ з/п	Тема
1	Цукровий діабет. Сучасна класифікація, етіологія, клініка, діагностика. Актуальні питання ангіо- та нейропатій
2	Новітні методи лікування хворих на ЦД. Пероральні цукрознижувальні засоби, сучасні препарати інсуліну та його аналоги
3	Діагностичні критерії та лікування коматозних станів при цукровому діабеті
4	Захворювання щитоподібної залози. Діагноз, диференційний діагноз, профілактика та лікування зоба
5	Захворювання надниркових залоз. Хронічна недостатність надниркових залоз. Гормонально-активні пухлини
6	Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи. Її участь в корегуванні функціональної активності залоз внутрішньої секреції
7	Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Шлункова диспепсія та хронічні гастрити. Виразкова хвороба та інші виразки шлунка та дванадцятипалої кишки
8	Жовчнокам’яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення
9	Хронічні захворювання тонкої кишки
10	Хронічні захворювання товстої кишки: СРК та неспецифічні коліти
11	Хронічні гепатити
12	Цирози печінки
13	Хронічні панкреатити
14	Хронічні обструктивні захворювання легень
15	Бронхіальна астма
16	Пневмонії
17	Плеврити та нагнійні захворювання легень
18	Анемії
19	Гострі та хронічні лейкемії
20	Геморагічні діатези

тичне спрямування. При цьому необхідним є як орієнтування на світові та українські стандарти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів, на результати численних світових багатоцентрових досліджень, так і на клінічний досвід – як провідних світових клінік та вчених, так і на власні спостереження лектора.

Викладання лекцій на кафедрі внутрішньої медицини № 1 проводиться досвідченими викладачами – професорами та доцентами кафедри, які окрім викладацького досвіду володіють значним особистим досвідом у певній галузі медицини. Це забезпечує подання інтегрованих даних щодо етіології, патогенезу, діагностики, терапії та профілактики терапевтичних захворювань, що є наслідком детального та глибокого аналізу як даних літератури, так і клінічного досвіду викладача.

Усі лекції для студентів 4 курсу забезпечені мультимедійним супроводом. Це значно покращує сприйняття слухачами матеріалу, що подається, за рахунок не лише звукового, але й візуального сприйняття. Крім того, це дозволяє презентувати на екрані фото-

графії та відеоролики. На кафедрі створені великі бази візуальних матеріалів, що дозволяє подавати студентам як класичні випадки захворювань, так і рідкісні особливості перебігу патології. При цьому викладач має змогу спрямувати студента у правильному напрямку щодо пошуку тих чи інших особливостей хвороби, що є особливо важливим з огляду на необхідність постійного проведення диференційного діагнозу між захворюваннями у практичній роботі лікаря.

При поданні матеріалу важливою частиною кожної лекції є розбір особливостей етіології та патогенезу захворювань. Напрямки лікування патології також розглядаються із точки зору механізмів прогресування хвороби – це забезпечує розвиток у студентів клінічного мислення. Постійний розвиток фармацевтичної науки, щорічне знаходження нових груп лікувальних засобів вимагає від майбутніх фахівців-медиків розуміння патогенетичних принципів лікування – завдяки цьому прийшовши у практичну медицину, вони не розгубляться серед різноманіття лікувальних засобів, а зможуть адекватно їх засто-

совувати виходячи із принципу індивідуального підходу до лікування кожного пацієнта.

Виділення “лекційного” дня у кожному навчальному тижні забезпечує студентам можливість теоретичної підготовки до кожної лекції. Для цього можна використовувати презентації лекцій та матеріали для підготовки до лекцій, які розміщені на ВЕБ-порталі університету та містять сучасні дані, які постійно оновлюються. Маючи теоретичний запас знань, студенти можуть акцентуватись на найбільш важливому матеріалі, виділити для себе основні віхи патології, а також – при прямому спілкуванні із лектором знайти відповіді на виниклі запитання.

У підготовці мабутнього лікаря важливим є постійне повторення матеріалу, актуальною є і його

інтеграція із новими знаннями, набутими на інших кафедрах. Тому доцільним виглядає розділення у часі лекцій та практичних занять із певних змістових модулів, що дозволить максимально ефективно забезпечити оволодіння студентами матеріалом, розвинути його клінічне спрямування та створити сприятливі умови для подальшої практичної діяльності.

**Висновок.** Застосування при викладанні лекцій сучасних комп’ютерних технологій, зіставлення світового та власного досвіду викладача, розвиток патогенетично спрямованого мислення студентів є засадами ефективного оволодіння ними принципами діагностики та терапії захворювань внутрішніх органів у рамках предмета “Основи внутрішньої медицини”.

### Література

1. Мишанич Г. І. Медична та фармацевтична освіта в умовах Болонського процесу / Г. І. Мишанич // Внутрішня медицина. – 2007. – № 3. – С. 128–131.

2. Ковальчук Л. Я. Медична освіта в Україні та Болонський процес : реальність і шляхи переходу до європейського

освітнього простору / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, К. О. Пашко // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 21–23.

3. Болонський процес і система організації практичної підготовки студентів / Є. М. Нейко, Л. В. Глушко, М. І. Мізюк, І. П. Вакалюк // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 56–58.

УДК 387.147+614.255

## УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Л. В. Глушко, Н. В. Чаплинська, Н. З. Позур, Т. Ю. Гавриш  
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

## IMPROVING THE QUALITY OF DOCTORS' TRAINING IN THE BOLOGNA PROCESS

L. V. Hlushko, N. V. Chaplynska, N. Z. Pozur, T. Yu. Havrysh  
SHEI “Ivano-Frankivsk National Medical University”

У статті розглядається актуальність підвищення якості підготовки лікарів за кредитно-модульною системою організації навчального процесу та з врахуванням можливостей і соціально-медичних потреб українського сьогодення. Відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики запропоновано педагогічний підхід у викладанні клінічних дисциплін, сфокусований на практичну професійно-орієнтовану роботу студентів.

The article adduces the relevance of improving the quality of physicians training in terms of credit-modular system of educational process taking into account the opportunities and socio-medical requirements of Ukrainian today. According to the educational qualification characteristics it was proposed a pedagogical approach in teaching of clinical courses, aiming at the practical professionally-oriented work of students.

**Вступ.** Процеси глобалізації сьогодення зумовлюють новітні тенденції в освіті, що є необхідною передумовою подальшого її розвитку й удосконалення. Адже досягти нових результатів у вищій освіті, створити якісну систему підготовки фахівців і на цій основі забезпечити конкурентоспроможність випускників та престиж української вищої освіти у світовому просторі можна лише за умов упровадження нових технологій навчання [1, 3, 5].

Медична освіта України – органічна складова національної вищої освіти, яка переживає період оновлення і системної реорганізації. В останнє десятиріччя процес професійної підготовки лікаря в Україні відбувається під впливом вимог європейського освітнього простору. Це пов'язано з впровадженням у вищій медичній школі основних положень Болонської системи, необхідністю надати майбутньому лікарю уніфіковані для різних країн професійні знання й навички. Рівень оволодіння ними повинен відображатися в дипломі, що є перепусткою до професійної реалізації особистості в будь-якій державі [2, 4].

**Основна частина.** Проведення реформ у галузі вищої медичної освіти потребує обґрунтованих, продуманих рішень на основі синтезу наукових і практичних досягнень національного та світового масштабу. Важливим є раціональне використання досвіду фахівців

зарубіжних вищих медичних навчальних закладів. Так, у стінах Івано-Франківського державного медичного університету був проведений Всеукраїнський симпозіум на тему: “Кредитно-модульний принцип організації навчального процесу у вищих медичних закладах України III-IV рівнів акредитації: стан, проблеми, перспективи” з участю спеціалістів медичного факультету Мюнхенського університету імені Людвіга Максиміліана, які поділились своїм досвідом впровадження Болонської системи у навчальний процес їхнього вузу.

За умови відсутності цілісного комплексу нормативних документів МОН України з питань кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) в ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет” розроблено Тимчасове положення про КМСОНП, яке регламентує педагогічну діяльність університету. Згідно з цим Положенням, у 2005 році навчання на засадах ECTS запроваджено на першому курсі за спеціальністю “Лікувальна справа”. У 2010–2011 навчальному році на кафедрі терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти вперше розпочато викладання циклу “Загальна практика-сімейна медицина” для студентів 6 курсу за Болонською системою.

Однією з ключових позицій, за якою ведеться викладання, є така якість педагогічного процесу, де на кожному його етапі наявний зворотний зв'язок зі сту-

©Л. В. Глушко, Н. В. Чаплинська, Н. З. Позур, Т. Ю. Гавриш

дентом. Це дозволяє підсилити мотивацію до навчально-пізнавального процесу, психологічно розвантажити студента, створюючи здорову конкуренцію в освоєнні навчального матеріалу. Сьогодні вважається не настільки важливим дати конкретний матеріал (фактичні дані можна знайти в багатьох інформаційних джерелах), як розвивати особистість медика у системі дисципліни. Відомо, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) запровадила таке визначення сучасного висококваліфікованого лікаря як особи, що "надає допомогу, приймає рішення, спілкується, керує та враховує інтереси й потреби суспільства" [2].

Нові знання на 6 курсі легко сприйматимуться студентами на підставі наявності у них хорошої бази з фундаментальних і клінічних дисциплін, закладеної на попередніх курсах. Однак тут викладачі кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти зустрілися з деякими труднощами. Як відомо, при щоденному оцінюванні знань студентів при КМСОНП перевагу надають стандартизованим методам: тестуванню, структурованим письмовим роботам, усному опитуванню, контролю практичних навичок. Використання тестів у навчальному процесі надійно увійшло в світову педагогічну практику. Постійно розвиваються наші уявлення про призначення та педагогічні можливості тестів, їх форми та формати запитань. Проте доволі часто використання такої форми контролю поступово почало відтиснути на другий план найбільш важливу частину заняття з клінічних дисциплін – практичну професійно-орієнтовану роботу студентів. Як результат, студент, котрий добре справляється з вирішенням тестових завдань, не завжди може пояснити та обґрунтувати свою відповідь. Його знання є фрагментарними, базуються на стандартних тренажерах-моделях ситуацій, що неодноразово повторюються, а клінічного мислення та практичної підготовки бракує.

Без сумніву, тестування більше, ніж інші методи вимірювання знань, які використовуються у сучасній педагогіці, відповідає критеріям якості при визначенні рівня теоретичної підготовки. Однак сучасний професійний медичний працівник повинен володіти не лише теоретичними знаннями, але й високоточними відпрацьованими практичними навичками, швидко приймати правильні рішення в умовах стресу та дефіциту часу. Єдиним ефективним способом для до-

сягнення таких цілей є робота безпосередньо з пацієнтами. З метою збільшення мотивації студентів до засвоєння ними такого матеріалу доцільним вважаємо перерозподіл кількості балів під час оцінювання успішності навчання на клінічних дисциплінах на користь практичних навичок. Пропонуємо різко збільшити відсоток часу навчального процесу для освоєння студентами навичок із надання невідкладної медичної допомоги безпосередньо в лікарських амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, інших клінічних базах кафедр. Лише біля ліжка хворого, збираючи скарги та анамнез, виконуючи фізикальне обстеження, аналізуючи результати додаткових методів дослідження, студент 6 курсу зможе самостійно інтегрувати знання з предметів, вивчених на попередніх курсах.

У такому процесі навчання дуже важливою є роль викладача, його компетентності, сумлінності, працездатності. Для того, щоб навчання студента було ефективним, а майбутня оцінка об'єктивною, викладач повинен простежити за етапом визначення діагнозу, вибору та обґрунтування найефективнішої лікувальної тактики, надати додаткову інформацію для порівняння, відібрати патології для диференційної діагностики. Тільки педагог із великим стажем лікаря може дати своїм учням-студентам таку інформацію, якої вони не знайдуть у жодній книжці.

Запропонований педагогічний підхід у викладанні клінічних дисциплін, особливо на 6 курсі, спонукає до вмілого оперативного і свідомого використання засвоєних знань, буде сприяти їх закріпленню в нових умовах справжньої, а не тестової клінічної ситуації. А це, в остаточному підсумку, допоможе майбутнім лікарям зрозуміти й оцінити затребуваність теоретичних фундаментальних знань.

**Висновки.** Цілком логічним є висновок про необхідність серйозної підготовки і студентів, і викладачів вищих медичних навчальних закладів України. У складний період освітніх інтеграційних процесів доцільним було б максимально зберегти позитивні здобутки національної системи медичної освіти з врахуванням можливостей і соціально-медичних потреб українського сьогодення, а також ефективно використати досвід європейських країн для підготовки мобільного, творчого, конкурентоспроможного лікаря високої кваліфікації.



**Література**

1. Каложна Н. Л. Приєднання України до Болонської конвенції, її переваги та недоліки [Електронний ресурс]. – Режим доступу до статті : [http://www.rusnauka.com/1\\_NIO\\_2008/Pedagogica/25782.doc.htm](http://www.rusnauka.com/1_NIO_2008/Pedagogica/25782.doc.htm).
2. Неловкіна Берналь О. А. Соціально-професійна підготовка сучасного лікаря : американський та європейський підходи / О. А. Неловкіна Берналь // Соціальна педагогіка : теорія та практика. – 2010. – № 1. – С. 101–106.
3. Пикалюк В. С. Болонський процес в медвузах через п'ять років після старту : на що сподівались (що планували) і що маємо [Електронний ресурс]. – Режим доступу до статті : [http://anatomycsmu.at.ua/publ/bolonskij\\_proces\\_v\\_medvuzakh\\_cherez\\_p\\_jat\\_rokiv\\_pislja\\_startu\\_na\\_shho\\_spodivalis\\_shho\\_planovali\\_i\\_shho\\_maemo/1-1-0-5](http://anatomycsmu.at.ua/publ/bolonskij_proces_v_medvuzakh_cherez_p_jat_rokiv_pislja_startu_na_shho_spodivalis_shho_planovali_i_shho_maemo/1-1-0-5).
4. Радомська Л. А. Українська система вищої освіти : переваги й недоліки Болонського процесу [Електронний ресурс]. – Режим доступу до статті : [http://conf.vstu.vinnica.ua/humed/2010/txt/Radomska\\_Stadniy.php](http://conf.vstu.vinnica.ua/humed/2010/txt/Radomska_Stadniy.php).
5. Міцність знань студентів – невід'ємна умова успішності подальшої професійної діяльності / М. І. Тарапата, П. Я. Кравцов, Б. Г. Попов [та ін.] // Матеріали науково-практичної конференції “Самостійна робота студентів вищих навчальних закладів : досвід, проблеми та перспективи”, 20–21 квітня 2004 р. – Харків, 2004. – С. 147–148.

УДК 378.147

## **КРЕДИТНО-MOДУЛЬНА СИСТЕМА – ШЛЯХ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАННЯ**

**С. М. Смірнов, Г. П. Победьонна, Б. Ю. Добрін, П. В. Матюхін,  
І. О. Лаврінчук, М. Ф. Зєнін, В. І. Сіротін, Н. О. Щербак**

*ДЗ “Луганський державний медичний університет”*

## **CREDIT-MODULAR SYSTEM – A WAY TO INCREASING OF EFFICIENCY OF THE EDUCATION**

**S. M. Smirnov, H. P. Pobedionna, B. Yu. Dobrin, P. V. Matiuhin, I. O. Lavrinchuk,  
M. F. Zienin, V. I. Sirotin, N. O. Shcherbak**

*SI “Luhansk State Medical University”*

У роботі проаналізовано досвід та ефективність викладання внутрішньої медицини та якість оцінювання студентів IV курсу у розрізі кредитно-модульної системи.

In the work it is analyzed the experience and efficiency of the teaching of internal medicine and quality of students' estimation of IV course in conditions of credit-modular system.

**Вступ.** Наш час визначається процесами все-світньої та європейської інтеграції, які охоплюють дедалі більше сфер життєдіяльності, зокрема і освіти. Україна не може залишатися на узбіччі цього процесу і тому, чітко визначивши орієнтири на входження в освітній простір Європи, здійснює модернізацію освітньої діяльності в контексті європейських вимог, приєднавшись до Болонського процесу, який передбачає організацію навчання за кредитно-модульною системою [2, 3].

Мета роботи – проаналізувати ефективність викладання внутрішньої медицини та якість оцінювання студентів IV курсу у розрізі кредитно-модульної системи.

**Основна частина.** Матеріалом дослідження були посібники, а також власні розробки Луганського державного медичного університету з організації кредитно-модульної системи та власний досвід кафедри у викладанні внутрішньої медицини студентам IV курсу.

Втілення в життя принципів навчання за кредитно-модульною системою здійснювалося ректоратом університету сумісно з деканатами факультетів.

Для поліпшення розуміння суті кредитно-модульної системи навчання та організації педагогічного процесу керівництвом університету був розроблений та виданий навчально-методичний посібник “Поло-

ження про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців у Луганському державному медичному університеті” (2009 р.) [1], який перевидавався. Деканат сприяє побудові розкладу занять з дисципліни окремими навчальними блоками. Протягом блоку здійснюється безперервне навчання за окремим змістовним модулем. При цьому, з одного боку, для студентів досягається цілісне сприйняття дисципліни, а з другого – для кафедри – досягається можливість будувати навчальний процес за потребою кафедри і варіювати змістовними модулями відповідно до наявності тематичних хворих, оптимально планувати лекції та практичні заняття, здійснювати пошук раціональних підходів до навчання з урахуванням обмеженого часу для засвоєння дисципліни.

Викладання внутрішньої медицини на IV курсі медичного університету здійснюється відповідно до Типової програми з внутрішньої медицини, розробленої в 2008 році, одним безперервним блоком. Навчальна типова програма побудована згідно з вимогами кредитно-модульної системи. На IV курсі на кафедрі внутрішньої медицини з основами пульмонології студенти повинні опанувати три змістовні модулі: пульмонологія, гастроентерологія, гематологія.

На основі типової програми кафедрою були розроблені робочі навчальні програми, які враховують

кількість лекцій, практичних занять та обсяг самостійної роботи студентів згідно з програмою. За вимогою сьогодення до тем самостійної роботи включаються питання вакцинопрофілактики грипу, гепатиту В тощо. Лекційний курс будується відповідно до вимог навчального процесу.

Кафедра внутрішньої медицини з основами пульмонології розташована на трьох клінічних базах. Враховуючи територіальну віддаленість навчальних баз, для кращої організації педагогічного процесу доцільно проводити лекційний курс перед відповідним змістовим модулем, що полегшує засвоєння навчального матеріалу. Під час лекцій використовується інформація з інших дисциплін, які вивчалися студентами на попередніх курсах, що інтегрує отримані знання. Також для ілюстрації лекційного матеріалу демонструються зняті кафедрою навчальні фільми.

Після лекцій того ж дня на кафедрі впроваджене заняття з оволодіння практичними навичками, із засвоєння та оцінки методів додаткових досліджень в межах 1 навчальної години.

Практичні заняття проводяться з залученням як власних клінічних баз, так і клінічних баз інших кафедр для підбору та обстеження тематичних хворих.

При проведенні практичних занять здійснюється контроль засвоєння теоретичного матеріалу шляхом усного опитування, рішення ситуаційних задач з банку даних "Крок 2" за темою заняття.

Після цього студенти під керівництвом викладача опитують та обстежують тематичного хворого. Курація завершується обговоренням типових клінічних симптомів, анамнезу хвороби та життя хворого, даних його фізикального обстеження. На підставі цього формується один чи декілька попередніх діагнозів. Кожен студент висловлює індивідуальну думку та доводить її. Потім обговорюється план подальшого обстеження хворого з урахуванням диференційного діагнозу між попередньо висловленими. Після ознайомлення студентів з даними лабораторних та інструментальних досліджень формується клінічний діагноз з урахуванням рекомендацій вітчизняних Протоколів діагностики та лікування.

За відсутності тематичного хворого на клінічній базі практичне заняття ведеться у вигляді рольової гри. При проведенні заняття залежно від цілі можуть застосовуватися інші форми навчання: тематична дискусія, клінічна конференція, ділова гра.

Вся інформація про хворого заноситься до розробленого кафедрою "Щоденника", ведення якого передбачено Типовою програмою з внутрішньої медицини (2008 р.).

Після завершення роботи з щоденником кожен студент отримує індивідуальне завдання з виписування рецептів до призначених лікарських засобів. Викладач перевіряє правильність записів у щоденнику.

Щоденник був розроблений та виданий в університеті для підвищення якості практичної та теоретичної підготовки студентів, а також для покращення запам'ятовування навчального матеріалу. В щоденнику також містяться довідкові матеріали з тем, що вивчаються, завдання для самостійної роботи. Наявність такого щоденника дозволяє більш ефективно контролювати практичні навички студентів, як майбутніх лікарів з обстеження та лікування хворих, дотримання ними існуючих Протоколів діагностики та лікування. Разом з тим, щоденники, що залишаються у студентів, дозволяють у будь-який час згадати хворих і методи їх лікування, що є важливим при відносно короткочасному під час навчального року періоді навчання на кожному з курсів.

Ми вважаємо, що запровадження аналогічних щоденників - конспектів з практичних навичок може бути корисним і для інших дисциплін, бо сприяє підвищенню ефективності навчання. Крім того, під час підсумкового модульного контролю завідувач кафедри може проконтролювати обсяг виконання практичної роботи за кожним модулем відповідно до Типової навчальної програми. З метою формування узгодженого підходу до навчання з внутрішньої медицини сумісно з кафедрою, що буде викладати предмет на V курсі, був розроблений "Щоденник" для студентів IV-V курсів. Він повинен бути помічником при проведенні диференційної діагностики на VI курсі.

Завершується заняття доповідями студентів за завданням з індивідуальної роботи за темами, що запропоновані кафедрою та розширюють світогляд студента про патологію за напрямками вивчення.

За допомогою комп'ютерних класів згідно з поточними графіками в позанавчальний час студенти розв'язують ситуаційні задачі з банку даних "КРОК 2".

Історія хвороби пишеться за традиційною схемою і оцінюється за десятибальною шкалою, що дозволяє більш виважено підійти до оцінки роботи студента.

Підсумковий модульний контроль оцінюється згідно з вимогами кредитно-модульної системи та Типової навчальної програми. В підсумкову оцінку введені в пропорційній кількості бали за оволодіння практичними навичками, написання історії хвороби та розв'язання ситуаційних задач з банку даних "КРОК 2". Сумарна оцінка за поточне навчання конвертується у бали. Бальний підхід до оцінювання на підсумковому модульному контролі дозволяє індивідуалізувати

оцінку за опанування навчального матеріалу, більш повно відобразити якість підготовки студентів.

Контроль за виконанням навчального плану здійснюється деканом за уніфікованими відомостями. Деканат і кафедра сприяють своєчасній ліквідації студентами академічної заборгованості та виконанню навчального плану впродовж поточного навчального року.

На радах факультету відповідно до плану заслуховуються питання організації навчального процесу згідно з кредитно-модульною системою, організується обмін досвідом між кафедрами. Позитивний досвід кафедр, щодо проведення занять та оцінювання, впроваджується в практику на інших кафедрах та відображається в університетській газеті.

Дуже часто університету та кафедрі доводиться приймати на навчання студентів з інших вищих навчальних закладів та країн. Це виявляється можливим, якщо навчання в цих країнах було також побудовано за кредитно-модульною системою. Деканатом аналізуються обсяг проведеного навчання, можливість відпрацювання блоку з відповідної дисциплі-

ни, якщо він не був опанований повністю. З урахуванням усіх обставин деканат дозволяє відпрацювати ці теми в загальному порядку або за індивідуальним планом.

**Висновки:** 1. Кредитно-модульна система є позитивним та раціональним варіантом організації навчання, що дозволяє студентам послідовно і комплексно засвоювати навчальну дисципліну.

2. Побудова навчального процесу відповідно до навчальної програми за кредитно-модульною системою дозволяє викладачу логічно, послідовно і, в той же час, творчо підходити до організації навчального процесу з дисципліни, що вивчається, підвищувати якість викладання, шукати нові форми та засоби навчання.

3. Бальний підхід до оцінювання студента за вимогами кредитно-модульної системи сприяє індивідуалізації оцінки знань студента, краще відображає їх рівень.

4. Підхід до організації навчання дисципліни за кредитно-модульною системою дозволяє уніфікувати його не лише в межах однієї країни, а і на міжнародному рівні.

### Література

1. Івченко В. К. Положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців у Луганському державному медичному університеті / Івченко В. К., Сіроко В. В., Смірнов С. М. – Луганськ, 2009. – 41 с.
2. Основні засади розвитку вищої освіти України в кон-

тексті Болонського процесу / за ред. В. Г. Кременя. – Київ – Тернопіль : ТДПУ, 2004. – 146 с.

3. Болонський процес у фактах і документах / [М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, В. Д. Шинкарук та ін.]. – Тернопіль : Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.

УДК 615.1:378.14

## ОСОБЛИВОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ З ДИСЦИПЛІНИ “ОРГАНІЧНА ХІМІЯ” В УМОВАХ БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ

I. В. Ніженковська, О. О. Глушаченко, О. І. Головченко

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ*

## PECULIARITIES OF THE SELF-STUDYING FOR THE FUTURE PHARMACISTS AT THE CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM

I. V. Nizhenkovska, O. O. Hlushachenko, O. I. Holovchenko

*National Medical University by O. O. Bohomolets, Kyiv*

У статті обґрунтовується необхідність удосконалення змісту самостійної роботи студентів та впровадження інноваційних технологій організації навчання з дисципліни “Органічна хімія”.

The article adduces the necessity of improvement of the self-studying content and application of the innovational technologies for organization of studying process for organic chemistry.

**Вступ.** Реформування та розвиток освітньої системи в Україні, зокрема медичної та фармацевтичної [1–3], забезпечується Національною програмою “Освіта. Україна XXI сторіччя”, виконання якої повинно привести до реалізації системи безперервної освіти “через все життя”. В сучасних умовах зростає необхідність безупинно розширювати своє сприйняття комплексності світу та формування інформаційного суспільства. Для того щоб знання отримали конкретний зв’язок з діями, необхідно постійно “навчатися себе”. Ця система навчання спрямована на самостійну роботу людини. Тому самостійна робота студента повинна стати основною (пріоритетною) формою навчального процесу, що відповідає сучасним формам і методам навчання Болонської освітньої системи.

Метою роботи є обґрунтування необхідності нових методів включення студентів у творчу діяльність та забезпечення відповідного акценту на їх самостійну роботу, набуття ними власного досвіду в процесі навчання.

**Основна частина.** Будь-який вид діяльності, який створює умови для зародження самостійної думки, пізнавальної активності студента, пов’язаний із самостійною роботою. Самостійна робота являє собою сукупність всієї самостійної діяльності студентів як у навчальній аудиторії, так і поза нею, в контакті з викладачем і в його відсутності, в створенні умов високої активності, самостійності і відповідальності за виконання самостійної роботи в ході будь-якої навчальної діяльності.

© I. В. Ніженковська, О. О. Глушаченко, О. І. Головченко

Перший напрямок – це збільшення ролі самостійної роботи в процесі аудиторних занять, що вимагає розробки методик і форм організації аудиторних занять, забезпечення високого рівня самостійності студентів і покращення якості підготовки.

Другий напрямок – підвищення активності студентів щодо всіх напрямків у позааудиторний час, що пов’язано з рядом труднощів: недостатнім інформаційним забезпеченням навчального процесу для ефективної організації самостійної роботи, неготовністю до самостійної роботи більшості студентів і викладачів в професійному і психологічному аспектах. Традиційно, виходячи із досвіду більшості вузів і окремих викладачів, самостійна робота реалізується:

– безпосередньо в процесі аудиторних занять, а саме: на лекціях, практичних і семінарських заняттях, при виконанні лабораторних робіт;

– в позааудиторний час – на консультаціях, при ліквідації заборгованості, при виконанні індивідуальних завдань (в контакті з викладачем);

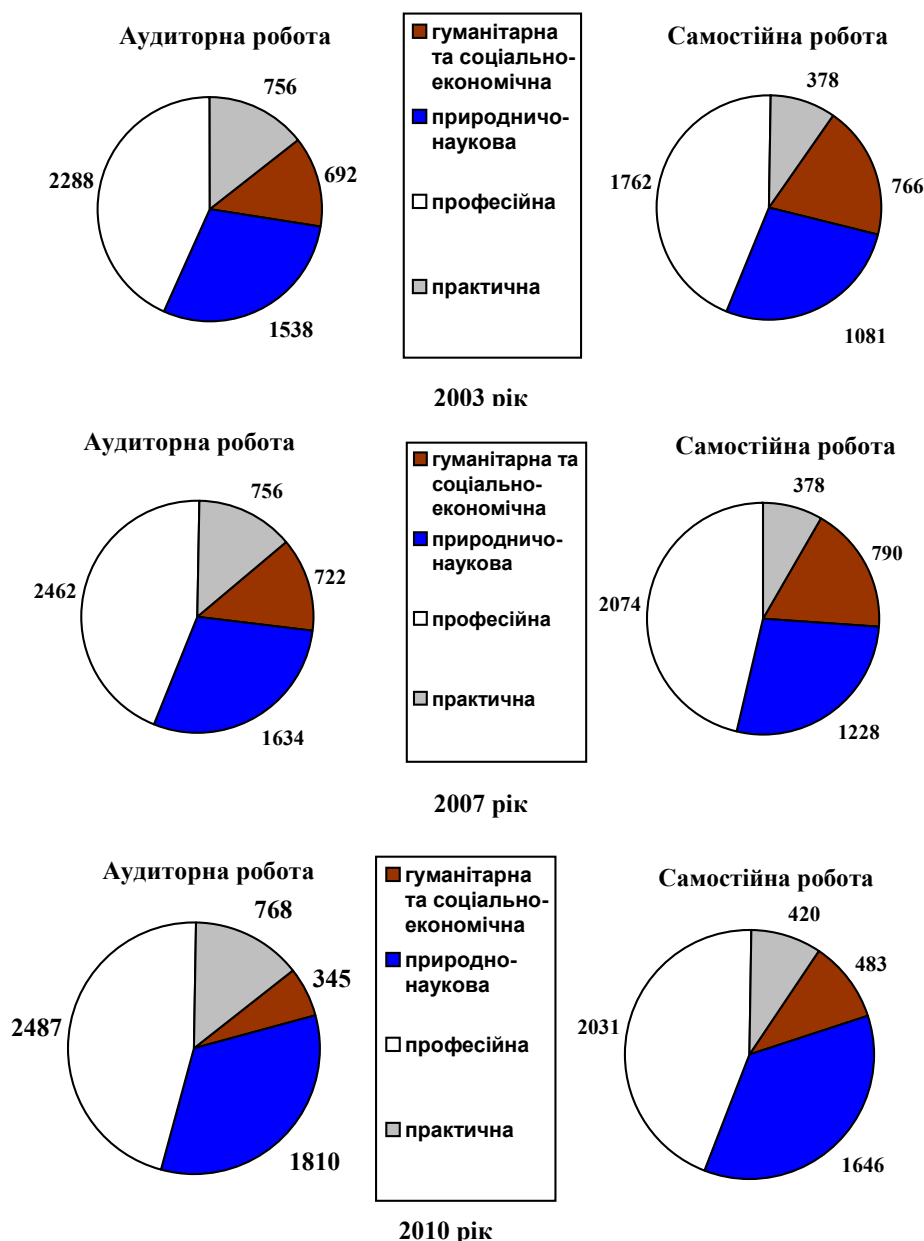
– в бібліотеці, вдома, в гуртожитку, на кафедрі при виконанні студентом творчих задач.

Навчальний час, відведений для самостійної роботи студента, регламентується навчальними планами (типовим і робочим) і, згідно із положенням Закону України “Про вищу освіту”, повинен становити не менше 1/3 та не більше 2/3 загального обсягу навчального часу, відведеного для вивчення конкретної навчальної дисципліни [4]. В навчальному плані

підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “провізор” у вищих навчальних закладах України IV рівня акредитації є декілька циклів підготовки: гуманітарна та соціально-економічна, природничо-наукова, професійна та практична. На рисунку 1 наведені дані розподілу часу аудиторної та самостійної роботи між циклами підготовки відповідно до типових навчальних планів різних років.

Порівняльний аналіз навчальних планів різних років свідчить про те, що:

– спостерігається зростання кількості годин, зокрема самостійна робота студентів в 2003 році складала 42 % від загального навчального завантаження, в 2009 році – 47 %. Таким чином положення Болонського процесу орієнтують на надання більшої самостійності у вивченні навчальних дисциплін;



**Рис. 1.** Моніторинг кількості годин аудиторної та самостійної роботи студентів за циклами підготовки.

– змінюється розподіл часу аудиторної та самостійної роботи між циклами підготовки, набуває більшого значення природничо-наукова підготовка студентів.

На кафедрі біоорганічної, біологічної та фармацевтичної хімії Національного медичного університету викладається навчальна дисципліна “Органічна хімія” для

студентів фармацевтичного факультету, спеціальність 7.110201 “Фармація”, денної форми навчання. Дисципліна входить до природничо-наукової підготовки студентів. Організація навчального процесу з вересня 2010 року здійснюється за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу.

Органічна хімія є однією з найважливіших дисциплін у системі вищої фармацевтичної освіти. Її вивчення надає студентів базову підготовку для оволодіння дисциплінами хімічного (аналітичною, біологічною, фізикоїдною; фармацевтичною, токсикологічною хімією, фармакогнозією); медико-біологічного (патологією, фармакологією); технологічного (аптечною і заводською технологією ліків, технологією парфумерно-косметичних засобів) профілів.

Головним завданням органічної хімії як фундаментальної дисципліни є забезпечення наукового підходу до вирішення проблем, пов'язаних з фармацевтичним та хіміко-токсикологічним аналізом. При викладанні органічної хімії слід приділяти увагу не тільки теоретичній підготовці студентів, але й різнобічним

практичним навичкам і вмінням у проведенні хімічного експерименту. Оскільки 95 % лікарських засобів мають органічну будову, то систематичне вивчення закономірностей хімічної поведінки органічних сполук у взаємозв'язку з їх будовою і формування на цій основі творчого хімічного мислення необхідне для успішного освоєння профільних дисциплін, наприклад фармацевтичної хімії, а також для практичної діяльності.

Видами навчальних занять для даної навчальної дисципліни згідно з навчальним планом є: а) лекції; б) лабораторні заняття; в) самостійна робота студентів (СРС); г) контрольні заходи. Як свідчать дані таблиці 1, кількість годин з органічної хімії значно збільшилась в основному за рахунок самостійної роботи студентів.

**Таблиця 1.** Розподіл годин у межах дисципліни (відповідно до типових навчальних планів різних років)

Навчальні програми	Кредит	Всього	Аудиторні години	Лекції	Практичні заняття	Самостійна робота студентів (СРС)
2003	5	270	180	36	144	90 (33 %)
2007	9	324	192	42	150	132(41 %)
2009	9	324	180	30	150	144 (44 %)

Вивчення органічної хімії, згідно з навчальним планом, затвердженим у 2010 році, розпочинається на 2-му році навчання (III та IV семестри). Дана дисципліна "Органічна хімія" структурована на 2 модулі, які, в свою чергу, поділяються на 5 змістових модулів. На вивчення дисципліни відведено 9 кредитів. Загальна кількість годин складає 324 години, самостійна робота студентів складає 44 % від загального навантаження.

При оцінюванні поточної навчальної діяльності вага теми в балах визначається діленням 120 балів (за поточний контроль) на кількість тем навчальних за-

нять в модулі; остання тема (підсумковий модульний контроль) не враховується.

Відповідно до Листа МОЗ України від 21.01.2008 р. № 08.01-22/65 та згідно з рішенням Вченої ради НМУ від 14.02.2008 р. протокол № 6, при оцінюванні засвоєння кожної теми модуля студенту виставляються оцінки за чотирибальною (традиційною) шкалою. При цьому враховуються усі види робіт, передбачені методичною розробкою для вивчення теми.

Виставлені за традиційною шкалою оцінки конвертуються у бали залежно від кількостей у модулі, як приклад, таким чином:

"5"	3	5	6	9	10	12	15	18
"4"	2,5	4	5	7	8	10	12	15
"3"	2	3	4	5	6	8	9	12
"2"	0,75	1	1,35	1,75	2	2,75	3	4

Вага кожної теми в межах одного модуля має бути однаковою, але може бути різною для різних модулів однієї дисципліни і визначається кількістю тем у модулі.

Наприклад: МОДУЛЬ 1. Основи будови органічних сполук. Вуглеводні (алкани, циклоалкани, алкени, алкадієни, алкіни, арени) та їх функціональні похідні (галогено-, нітрогено- гідроксипохідні вуглеводнів. Альдегіди. Кетони). Кількість тем в модулі – 17. Тому вага кожної теми в межах першого модуля становить – 7 балів (5 – традиційна), 6 балів (4), 3 бали (4). Незадовільна оцінка – 1,3 бала.

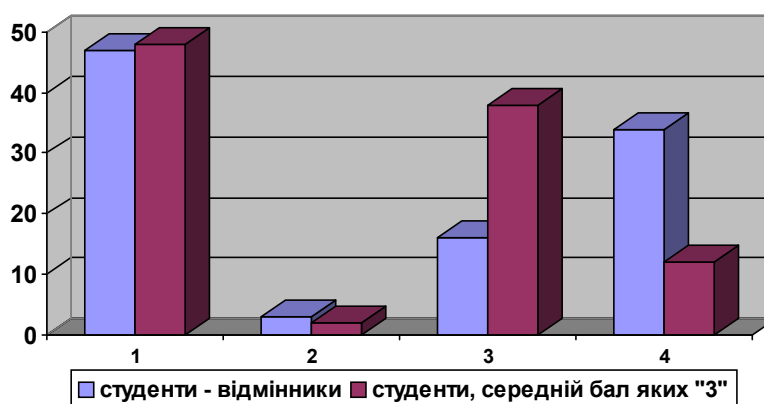
Мінімальна кількість балів, яку повинен набрати студент при вивченні модуля, для допуску до підсумкового модульного контролю вираховується шляхом множення кількості балів, що відповідають оцінці "3", на кількість тем у модулі, тобто складає 68 балів. Максимальна кількість балів, яку може набрати студент за поточну діяльність при вивченні модуля, вираховується шляхом множення кількості балів, що відповідають оцінці "5", на кількість тем у модулі (119 балів) з додаванням балів за індивідуальне завдання студента. Таким чином, кількість балів, яка залишається на виконання індивідуального завдання, мінімальна (1

бал), тобто студенти не мають мотивації до виконання такого виду самостійної роботи, про що свідчать дані соціологічних досліджень (рис. 2).

З метою вивчення особливостей самостійної роботи в умовах кредитно-модульної системи в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця проводились соціологічні дослідження з питань організації самостійної роботи студентів в умовах кредитно-модульної системи та традиційної форми навчання. Думка студентів з цього приводу вивчалась методом анкетування. До анкети були внесені питання, які висвітлювали дві сторони самостійної роботи студента при вивченні органічної та фармацевтичної хімії: це як розподіляється час, який витрачається на самостійну роботу та які джерела застосовувались сту-

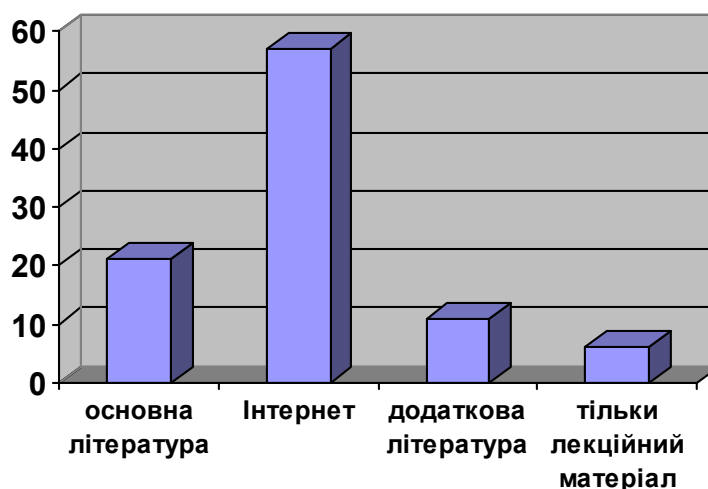
дентом під час виконання самостійної роботи. В опитуванні брали участь студенти 2–5 курсів фармацевтичного факультету, які навчаються за спеціальністю “Фармація”, і умовно були поділені на дві групи. Перша група – студенти-відмінники, яка включає не тільки тих студентів, які мають лише відмінні оцінки, але і тих, що є високо вмотивованими у навчанні. Друга – студенти, які мають середній бал “3” (за традиційною системою оцінювання знань).

Згідно з положенням про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі, самостійна робота студентів охоплює різні види робіт [5], які залежно від успішності студентів розподіляються по-різному. Результати соціологічних досліджень представлені на рисунках 2–3.



**Рис. 2.** Розподіл часу на різні види самостійної роботи студента.

1. Підготовка до аудиторних занять (лекцій, практичних, семінарських, лабораторних тощо);
2. Виконання індивідуальних завдань з навчальної дисципліни протягом семестру; робота над окремими темами навчальних дисциплін відповідно до навчально-тематичних планів;
3. Підготовка до всіх видів контрольних випробувань, у тому числі до курсових, модульних і комплексних контрольних робіт;
4. Робота в студентських наукових гуртках, семінарах; участь у роботі факультативів, спецсемінарів; участь у науковій і науково-методичній роботі кафедр, факультетів; участь у наукових і науково-практичних конференціях, семінарах, конкурсах, олімпіадах.



**Рис. 3.** Джерела, якими користуються студенти при виконанні самостійної роботи.



У ході опитування виявилось, що “студенти-відмінники” майже рівномірно розподіляють свій час на різні види самостійної роботи порівняно із студентами, середній бал яких за традиційною системою оцінювання знань складає “3”. З’ясувалось також, що при самостійній підготовці перевагу надають глобальній системі Internet.

Запровадження КМСОНП у систему підготовки провізорів потребує перебудови системи викладання [6], а саме перенесення акценту на самостійну роботу студентів, де головним завданням викладача “навчити навчатися”. Донедавна така робота студентів обмежувалась лише самостійним опрацюванням окремих тем з навчальної дисципліни. Отриманий досвід викладання органічної хімії на кафедрі біоорганічної, біологічної та фармацевтичної хімії, а також досвід Національного фармацевтичного університету (м. Харків) [7] за КМСОНП дозволяє внести корективи до оцінювання поточної навчальної діяльності. Наприклад: максимальна кількість балів, яку студент може набрати за поточний контроль, – 108 (кількість тем у модулі 18), а за виконання різних видів індивідуальних завдань – 12 балів. Бали за індивідуальні завдання нараховуються студентові лише при успішному їх виконанні та захисті. Вони додаються до суми балів, набраних студентом за поточну навчальну діяльність.

Виконання індивідуальної роботи майбутнього провізора можливе при наявності серйозної мотивації. Мо-

тивація студентів зумовлює формування коротко-строккових та довгострокових цілей. Вагомим мотивуючим чинником є підготовка до успішної професійної діяльності. На кафедрі заплановані такі види індивідуальної роботи, які вчать їх логічно мислити, аргументувати та допомагають виявити творчий потенціал студента, дозволяють перевести студента із пасивного отримувача знань в активного їх творця, який вміє формулювати проблему, проаналізувати шляхи її вирішення та знайти правильний результат. Студентам пропонуються розв’язування складних схем перетворень та підготовка окремих тем дисципліни у вигляді мультимедійної презентації.

**Висновки.** Досвід впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу з дисципліни “Органічна хімія” на кафедрі біоорганічної, біологічної та фармацевтичної хімії і результати проведених соціологічних досліджень виявили необхідність нових підходів в організації самостійної роботи студентів:

1. В самостійній роботі студентів значну увагу слід приділяти елементам дослідження під керівництвом і наглядом досвідчених викладачів.

2. Для більш ефективної організації самостійної роботи студентів є доцільним створення спеціальних навчальних кімнат з можливістю роботи в Internet.

3. Для розвитку творчих здібностей студентів запровадити як одну з форм контролю виконання самостійної роботи проведення міні-конференцій.

### Література

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

2. Біоетика як навчальна дисципліна у вищій медичній школі України / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. С. Вітенко, І. В. Мельник // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 8–10.

3. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти та проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко [та ін.] // Впровадження засад Болонської системи освіти : український та зарубіжний досвід : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2007. – С. 3–12.

4. 1. Закон України “Про вищу освіту” № 2984-III, із змінами від 19 січня 2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим дос-

тупу до журналу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1060-12>

5. Тимчасове положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців (затверджено наказом Міністерства освіти і науки України від 23 січня 2004 р. № 48).

6. 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.

7. Результати впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в Національному фармацевтичному університеті / В. П. Черних, І. С. Гриценко, С. В. Огарь, Л. М. Вінник // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 69–72.

УДК 378:614.252

## ФОРМУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОЇ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ HR-ТЕХНОЛОГІЙ

В. Й. Лисенко, С. В. Лисенко

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
Міжрегіональна академія управління персоналом, Харківський інститут*

## MODERN HR-TECHNOLOGIES ARE INNOVATION STRATEGIES OF DOCTOR'S PRE-ASSESSMENT PREPARATION

V. Y. Lysenko, S. V. Lysenko

*Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education,  
Inter-regional Academy of Personnel Management, Kharkiv Institute*

У статті пропонується на основі HR-технологій змінити зміст передатестаційної підготовки. В якості інновації пропонується грейдінг – проведення оцінки і ранжування категорій та посад лікарів.

The article suggests on the basis of HR-technology to change the content of pre-assessment preparation. As an innovation it was proposed grading – assessment and ranging posts of doctors.

*Єдине, що заважає моєму навчанню, – моя освіта.*

А. Ейнштейн

**Вступ.** Медична освіта – це безперервний процес, який залежить від стану середовища, в якому розвивається людина, та її індивідуальної творчості. Організація європейського освітнього простору за болонськими домовленостями має на меті збільшення конкурентоспроможності української освіти, яка б була привабливою для світу. Не слід забувати, що Болонський процес – це не тільки впровадження кредитно-модульної системи, а також використання сучасних HR (Human Resources)-технологій, які пов'язані з розвитком, навчанням, будівництвом кар'єри та систем мотивації. Такі технології слугують наріжним каменем управління персоналом в будь-якій сфері і потребують ширшого впровадження у сферу медичної освіти всіх рівнів та загалом у медицину. Праця медичного працівника потребує гуманізації: подальшого покращення матеріального та нематеріального стимулювання для ефективного підвищення кваліфікації лікарів.

**Основна частина.** У зв'язку з подальшою інтелектуалізацією медицини, основною проблемою стає формування та цілеспрямоване керівництво творчим потенціалом сучасних медичних закладів. Аналіз методів і засобів менеджменту інтелектуальних процесів показав, що вони, в основному, зводяться до

врахування соціально-психологічних факторів. Однак це залишає поза увагою основні творчі характеристики співробітників – носіїв, авторів та виконавців перетворень, необхідних для задоволення сучасних потреб у медицині.

Зараз вже широко визнається той факт, що не стільки матеріально-фінансові, скільки інтелектуальні ресурси визначають рівень установи. Фахівець стає важливішим за виробничі ресурси і цінується тим більше, чим більші позитивні зміни може вносити за один і той же час у предмет своєї праці. Професійний талант лікаря стає економічною категорією і виявляється в максимальних змінах, які він вносить у продукт своєї праці за мінімальний конкурентоздатний час.

За сучасного стану економіки ця обставина є вирішальною, оскільки, за кінцевим рахунком, рівень прояву таланту (креативної чи творчої енергії) характеризує економічну сутність використання інтелектуальних ресурсів. Тільки креативна складова інтелектуальних ресурсів здатна забезпечити досягнення як суспільної, так і економічної мети в медицині. Щоб ефективно керувати інтелектуальними ресурсами, необхідно володіти інформацією про інтелектуальний капітал кожного співробітника. Для цього у всіх медичних закладах має бути створений банк даних інтелектуальних ресурсів, який включає в себе багаторівневу інформацію про професійні інтелектуально-креативні здібності кожного лікаря.

© В. Й. Лисенко, С. В. Лисенко

Передатестаційний цикл (ПАЦ) має стати системним інструментом управління розвитком і використанням інтелектуального потенціалу лікаря.

На часі зробити ПАЦ частиною моніторингу професійного і посадового розвитку лікарів, додавши як складову прогнозування та управління просуванням лікаря, проєктуючи рівнозначні моделі професійного і службового зростання. Щоб оцінити кожного працюючого, необхідно задіяти основні положення аксіології – науки, яка вивчає співвідношення між результатами пізнання та їх оцінкою. Будь-яка дія, процес, вчинок людини можуть бути об'єктом оцінки і змістом цінності. Оцінка потенціалу відрізняється від формальної атестації тим, що з'ясовує реальний внесок у справу, професійні якості, базові цінності, негативні імперативи, а не тільки оцінює категорію працівника. Дані про те, наскільки ефективно працівник використовує свої професійні навички, кваліфікацію – складають його цінність.

Атестація в тому вигляді, в якому вона є зараз у медицині, перестає бути мотивуючим чинником. Цьому сприяє розмитість тарифних сіток, групи посад, що об'єднані в одну категорію оплати, іноді значно відмінні за складністю роботи. Атестація має набути нового змісту, з використанням сучасних HR-технологій. Основою атестації може стати грейдінг (система процедур з проведення оцінки і ранжування категорій та посад). Кожна категорія поєднується

в один грейд (клас) і має свою оплату. Кількість грейдів іноді сягає 7 і більше. Грейдінг використовує бізнес, але бюджетна сфера також потребує такої інновації, тому що має всього три категорії лікарів. Процесу грейдінгу може допомогти створення інтелектуально-креативної картки лікаря періодичною експертною оцінкою в процесі проходження ним ПАЦ. Картка може вміщувати оцінку теоретичних знань, практичних навичок, коефіцієнтів творчої енергії, а також оцінку аксіологічного потенціалу лікаря. За результатами проходження ПАЦ, розроблення персональних професійних інтелектуально-креативних карток курсантів, які оцінюють здібності кожного з урахуванням розширення кола діяльності, а не тільки іспиту, можливо віднести лікаря до одного з грейдів.

Розробка моделі інтелектуально-креативної картки лікаря-курсанта дозволить запустити пілотний проєкт "Встановлення аксіологічного потенціалу лікаря як базису для грейдінгу".

**Висновки:** 1. Основою атестації лікарів повинен стати грейдінг як система проведення оцінки і ранжування категорій та посад.

2. Необхідно розробити інтелектуально-креативну картку лікаря в процесі проходження ним ПАЦ на кафедрах академій післядипломної освіти.

3. Диференційована оплата може базуватися на основі індивідуально встановлених грейдів.

#### Література

1. Колпаков В. М. Маркетинг персоналу / В. М. Колпаков. – К., 2006. – С. 23–27.

2. Лысенко С. В. Аксиологический потенциал личности лидера в современном обществе / С. В. Лысенко // Збірник наукових праць учасників конференції "Теорія та практика лідерства у сучасному суспільстві". – Донецьк: Норд-Прес, 2009. – С. 389–392.

3. Мельников О. Н. Неоплаченное богатство. Новые принципы управления трудовыми ресурсами предприятия /

О. Н. Мельников // Российское предпринимательство. – 2001. – № 8.

4. Перестройка учебного процесса на последипломном этапе соответственно Болонскому процессу / А. Н. Хвисьюк, В. Г. Марченко [и соавт.] // Мед. образование XXI века : сб. мат. V Междунар. научно-практической конференции, посвященной 75-летию DUVE и 50-летию фармацевтического факультета. – Витебск, 2009. – С. 431–432.

УДК 371.322+378.147+612

## **САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ “ФІЗІОЛОГІЯ” В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ**

**І. М. Лучко, І. В. Ємельяненко, Н. М. Воронич-Семченко, О. О. Шляховенко,  
Ю. В. Бортник**

*Івано-Франківський національний медичний університет*

## **STUDENTS SELF WORK DURING THE STUDY OF «PHYSIOLOGY» DISCIPLINE IN CONDITIONS OF EDUCATIONAL CREDIT-MODULAR SYSTEM**

**I. M. Luchko, I. V. Yemelyanenko, N. M. Voronych-Semchenko,  
O. O. Shlyahovenko, Yu. V. Bortnyk**

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

У статті проаналізовано особливості проведення самостійної та індивідуальної роботи студентів при вивченні фізіології в умовах кредитно-модульної системи навчання. Показано, що така форма навчання, при її правильній організації, сприяє підвищенню ефективності навчального процесу та кращому засвоєнню навчальної дисципліни. Відзначено роль викладача, який спрямовує роботу студента і допомагає подолати труднощі в процесі її виконання. Звертається увага на те, що такі види навчальної діяльності сприятимуть розкриттю і розвитку індивідуальних здібностей та якостей студента як майбутнього фахівця високої кваліфікації.

The peculiarities of self study and individual work of the students during the course of physiology in conditions of credit-modular system of study were analyzed in this article. It was shown that such form of study, if well organized, promotes the increase of effectiveness of educational process and promotes the better mastering of the discipline. The role of the educator that directs the students' work and helps to defeat the difficulties in the process of its execution was emphasized. The attention is paid to the fact that such types of educational activity will promote the discovery and development of individual abilities and qualities of student as a future specialist of high qualification.

**Вступ.** Незаперечним є той факт, що процес європейської інтеграції України тісно пов'язаний із структурним реформуванням національної вищої освіти, спрямованим на підвищення конкурентоспроможності спеціалістів тієї чи іншої галузі. Передумовою зазначених змін є реалізація основних принципів Болонської декларації [1].

Починаючи із 2005 року в Україні відбувається модернізація вищої медичної освіти та її адаптація до стандартів, передбачених Європейською кредитно-трансферною системою (ECTS): “висока якість вищої освіти, її гармонізація та прозорість, створення стандартів освіти та системи забезпечення якісної підготовки фахівців” [2]. Кінцевою метою реформ є удосконалення процесу підготовки висококваліфікованих фахівців. Необхідними умовами для успішного вирішення поставлених завдань є впровадження прогресивних методів навчання і контролю знань сту-

дентів, створення сучасного інформаційного і навчально-методичного забезпечення викладання кожної дисципліни, покращення матеріально-технічної бази вищих навчальних закладів.

Об'єктивна реальність сьогодення показує, що майбутнім лікарям доведеться працювати в нових соціально-економічних умовах, де великого значення набудатиме вміння самостійно мислити та приймати необхідні рішення, вміти критично оцінювати результати своєї діяльності. Тому вища медична освіта повинна бути орієнтована на формування творчої особистості спеціаліста, здатного до саморозвитку, самоосвіти, інноваційної діяльності, який володіє власним стилем мислення та може оригінально вирішувати поставлені завдання. Очевидно, що цього неможливо досягти тільки шляхом простої передачі знань від викладача до студента. Необхідним є здійснення рішучого повороту від масового, групо-

вого навчання до зростання індивідуального підходу, розвитку творчих здібностей майбутніх фахівців на основі їх самостійної роботи, впровадження нових активних методів і форм навчання. У зв'язку з цим самостійна робота студентів (СРС) повинна стати основою навчального процесу, а не тільки його складовою частиною [3, 4, 5]. Слід відмітити, що цей вид діяльності переважає у провідних університетах світу і складає близько 70 % навчального навантаження, тоді як у програмах медико-біологічних дисциплін в Україні становить всього 30 % [2]. Така переорієнтація вищої медичної освіти потребує суттєвих змін у взаємовідносинах “викладач-студент” та удосконалення форм контролю засвоєння теоретичних знань і практичних навичок. Перехід до кредитно-модульної системи сприятиме розв'язанню цих завдань, дозволить стимулювати активну навчальну та творчу діяльність студента для належного засвоєння навчальної програми з дисципліни та досягнення високого рівня знань.

**Основна частина.** Однією із фундаментальних дисциплін, при вивченні яких починається формування майбутнього лікаря, є фізіологія. На кафедрі фізіології ІФНМУ самостійна та індивідуальна робота студентів розроблені відповідно до типової програми з фізіології, затвердженої Центральним методичним кабінетом МОЗ України. Програма дисципліни з усіх спеціальностей (“Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Стоматологія”, “Фармація”) структурована на два модулі. Частка самостійної роботи в педагогічному навантаженні кафедри по першому і другому модулях відповідно становить: на медичному факультеті – 34,7 % і 32,0 %, на стоматологічному – 36,0 % і 29,0 %, на фармацевтичному – 41,0 % і 48,0 %. Як видно із поданих цифр, є різниці в об'ємі цього виду навчальної діяльності студентів залежно від спеціалізації. Також існують певні профільні відмінності в тематичному плані СРС.

Усі види СРС здійснюються у процесі вивчення визначених типовою та робочою програмами тем кожного модуля зокрема. СРС виконується аудиторно і позааудиторно. На етапі самостійної аудиторної роботи важлива роль відводиться викладачам. В індивідуальній бесіді зі студентами він доповнює та поглиблює конкретний матеріал, розглядає клінічні аспекти, уточнює незрозумілі запитання, вчить самостійно мислити. Все це розвиває навички навчально-пізнавальної діяльності. Необхідно вказати і на можливість додаткового спілкування із викладачем під час ліквідації заборгованостей, на систематичних консультативних заняттях.

Позааудиторна самостійна робота проводиться студентом відповідно до календарно-тематичного плану без безпосередньої участі викладача. Самостійне засвоєння окремих тем дисципліни привчає студента систематично працювати з методичною і науковою літературою, довідниками в читальному залі бібліотеки чи вдома, користуватись мережею Інтернет та іншими джерелами інформації. Для ефективного виконання завдань студенти забезпечені відповідними методичними матеріалами, в яких вказані конкретні цілі та методи їх досягнення, контрольні запитання, пропонується перелік рекомендованої літератури.

Контроль рівня знань по СРС на кафедрі проводиться залежно від її виду. Засвоєння самостійно опрацьованого матеріалу оцінюється під час поточного контролю відповідної теми на аудиторних заняттях, практичних навичках по окремих змістових модулях, а в найбільш повному об'ємі – на підсумковому модульному контролі. Перевірка рівня знань здійснюється шляхом тестування, усного та письмового опитування. Тестові завдання мають певні переваги: високий ступінь їх об'єктивності, можливість систематичного проведення на всіх етапах навчання, стандартизованість та уніфікованість, одночасне охоплення контролем усіх студентів та всього навчального матеріалу теми, зменшення витрат часу викладачів. Однак при складанні тестів слід дотримуватися стандартизації, що враховує валідність, точність та об'єктивність запитань [6].

Без сумніву, результативність СРС як форми навчання в умовах кредитно-модульної системи потребує єдиного організаційного підходу, належного методичного забезпечення, уніфікованих форм і методів контролю [7]. Однак вирішальна роль в організації цього виду навчальної діяльності студентів належить викладачеві, який повинен працювати зі студентом як із конкретною особистістю, з її сильними і слабкими сторонами, індивідуальними здібностями і схильностями. Викладач спрямовує роботу студента і допомагає подолати труднощі в процесі її виконання. Завдання викладача полягає не тільки в простій передачі певного об'єму інформації та контролі рівня засвоєних знань, але і у виявленні та розвитку кращих якостей студента як майбутнього фахівця високої кваліфікації.

Досвід роботи викладачів кафедри показує, що більшість студентів із зацікавленням виконують самостійні завдання, які дають їм можливість поглибити свої знання з окремих розділів фізіології людини. Тому у контексті кредитно-модульної системи скла-

довою частиною навчального процесу на кафедрі фізіології є індивідуальна робота студентів, яка не є обов'язковою і виконується за бажанням студента. В процесі такої роботи популяризуються спроби студентів виготовляти препарати, оригінальні схеми, малюнки, створювати функціональні моделі, реєструвати виявлені структурно-функціональні зміни. До плану індивідуальної роботи нами внесено також активну участь у студентському гуртку, виконання експериментальних досліджень під керівництвом викладача та виступ на студентських конференціях, участь у конкурсах наукових робіт, в предметній вузівській та міжвузівській олімпіадах. При проведенні таких робіт студент має можливість отримати додаткові бали і підвищити свій рейтинг з дисципліни. Тут слід відмітити, що сильним мотиваційним фактором самоствердження студента при ECTS є рейтингова система оцінювання, яка створює умови до конкуренції.

У цілому, можна сказати, що організація СРС на кафедрі фізіології передбачає використання сучасних

технологій педагогічного процесу, включаючи інформаційно-адаптивний, процесуальний та контроль-аналітичний етапи [8]. Однак вважаємо за необхідне і надалі вдосконалювати методику проведення СРС, форми і методи контролю знань, оскільки ця сторона в роботі вищих навчальних закладів, безумовно, є виграним аспектом навчального процесу у світлі рішень Болонської програми.

**Висновки:** 1. Самостійна робота студентів є важливою і невід'ємною складовою навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи, яка при правильній її організації сприяє підвищенню ефективності навчання з дисципліни.

2. Самостійна та індивідуальна робота формує у студентів вміння самостійно здобувати знання, приймати рішення і брати на себе відповідальність за нього, закладає основи самоорганізації та самовиховання, сприяє розкриттю і розвитку індивідуальних здібностей та якостей студента як майбутнього фахівця високої кваліфікації.

### Література

1. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003–2004 рр.) / за ред. В. Г. Кременя. – Київ, 2004. – 147 с.
2. Медична освіта у світі та в Україні / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 383 с.
3. Нейко Є. М. Організація самостійної роботи студентів / Є. М. Нейко, Н. В. Скробач, Д. Б. Соломчак // Галицький лікарський вісник. – 2003. – № 1. – С. 115–116.
4. Зубаренко О. В. Організація самостійної роботи студентів за умов модернізації медичної освіти / О. В. Зубаренко, Т. В. Соєва, О. О. Портнова // Матеріали навчально-наукової конференції “Інтеграція української медичної освіти в європейський та американський медичний простір”. – Тернопіль, 2006. – С. 173–174.
5. Ефективність поєднання традиційних форм навчання із засадами Болонського процесу у доклінічній підготовці

лікарів / М. М. Багрій, Н. М. Воронич-Семченко, О. Г. Попадинець [та ін.] // Галицький лікарський вісник. – 2010. – Т. 17, № 1. – С. 89–91.

6 Мілерян В. Є. Медичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник) / В. Є. Мілерян. – К. : Хрещатик, 2006. – 84 с.

7. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в європейський освітній простір? / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

8. Волошко Л. Б. Технологія організації самостійної роботи студентів / Л. Б. Волошко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія / за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ (ХХІІІ), 2007. – № 1. – С. 8–11.

УДК 37.013.44: 37.

## МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС ЯК ТИП ІНСТИТУЦІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ

І. І. Голуб

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

## MEDICAL DISCOURSE AS A TYPE OF INSTITUTIONAL COMMUNICATION

I. I. Holub

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

У статті наведено теоретичне обґрунтування кваліфікації галузі медицини як соціального інституту, визначено особливості спілкування лікаря з пацієнтом в умовах інституційної діяльності та прагматично-лінгвістичні засоби їх вираження у медичному дискурсі.

The qualification of medicine as a social institute is theoretically substantiated in the article. The peculiarities of doctor-patient communication in the context of institutional activity and pragmatically-linguistic means of their expression in medical discourse have been defined.

**Вступ.** В основі сучасної методики викладання іноземних мов для спеціальних цілей лежить підхід, який базується на визначенні конкретних потреб фахівців із врахуванням специфіки їх професійної діяльності та процесу комунікації на ситуативній основі. Розробка нових методик та пошуки шляхів удосконалення іншомовної підготовки майбутніх медиків передбачають розгляд особливостей професійно орієнтованого спілкування лікарів шляхом аналізу напрямків інституційної діяльності фахівця медичної галузі, яка реалізується у переважній більшості з мовленнєвим супроводом.

Сферу медицини все частіше кваліфікують як тип інституційної діяльності. Для вивчення особливостей комунікативної поведінки учасників процесу спілкування у медичній галузі необхідно скористатися соціологічними вченнями Є. М. Бабосова, Ю. Г. Волкова, Г. В. Дворецької, В. В. Касьянова, С. С. Фролова, Г. Ю. Зборовського, Т. Е. Парсонса про соціальні інститути, які виступають підґрунтям нашого дослідження. Для аргументування основ нашої роботи значну роль відіграли праці лінгвістів В. І. Карасіка, Л. С. Бейлінсон, М. І. Барсукова, Н. П. Литвиненко, Р. Л. Водак, в яких розглядаються питання аналізу медичного дискурсу як типу інституційної діяльності.

Мета статті полягає в теоретично-практичному обґрунтуванні кваліфікації галузі медицини як соціального інституту, виявленні прагматично-лінгвістичних засобів вираження особливостей спілкування лікаря з пацієнтом в умовах інституційної діяльності.

**Основна частина.** Поняття “інститут” використовується у більшості соціологічних теорій для позначення історично сформованих стійких комплексів формальних і неформальних правил, принципів, норм, установок, які регулюють різні сфери людської діяльності й організують їх у систему ролей та статусів і задовольняють основні життєві та соціальні потреби, забезпечують дотримання певної дисципліни [8].

Г. Ю. Зборовський трактує соціальний інститут як сталу форму організації суспільного життя і спільної діяльності, що включає сукупність людей та установ, наділених владою і матеріальними засобами для виконання соціальних функцій і ролей, управління й соціального контролю за дотриманням норм і правил поведінки [4].

До інституційних ознак, тобто загальних для всіх інститутів рис та властивостей, соціологи відносять визначену мету діяльності; конкретні функції для досягнення поставлених цілей; наявність кадрів і ресурсів; чіткий розподіл соціальних статусів і ролей, функцій, прав та обов’язків, властивих конкретному інституту; особливий тип регулювання взаємовідносин, систему визначених цінностей, установок, приписів, норм, правил, яких повинні дотримуватися учасники окремого інституту; наявність стандартів поведінки у типових ситуаціях; тривалість існування та діяльності; великомасштабність спільноти; культурні символи; утилітарні риси культури; факт ідеології; інтегрованість у систему суспільства [4, 9, 11].

Позаяк сучасне суспільство характеризується розростанням та ускладненням системи інститутів, то у більшості соціологічних вчень (Бабосов Є. М., Волков Ю. Г., Добреньков В. І., Кравченко А. І., Дворецька Г. В., Касьянов В. В., Нечипуренко В. Н., Попов А. В.) окрім п'яти фундаментальних, загальноприйнятих інститутів (сім'ї, освіти, релігії, економіки та політики) вважають за потрібне виділити ряд інших соціальних інститутів, серед яких інститут охорони здоров'я. Факт нещодавньої кваліфікації медицини в самостійний інститут Ю. Г. Волков пояснює тим, що теперішні функції медичних установ колись були прерогативою інституту сім'ї та релігії. У наші дні охорона здоров'я – це окремий соціальний інститут, що забезпечує широкомасштабну сітку культурних моделей і соціальних зв'язків, відповідальних за проблеми здоров'я і хвороби [10].

Є. М. Бабосов розглядає інститут охорони здоров'я як систему закладів, організацій та спільнот (об'єднання лікарів, лікарні, поліклініки, санаторії), які діють з метою підтримки, збереження та зміцнення здоров'я людей [9].

Вивчення взаємодії лікаря з пацієнтом під час медичної консультації вперше постало темою соціологічного дослідження у вченні американського соціолога Талкота Е. Парсонса "The Social System" [15]. Науковець запровадив концепцію інституційних ролей лікаря і пацієнта та показав загальний шлях функціонування соціальної системи на прикладі їхньої взаємодії. Він вважав хворобу дисфункціонуванням суспільства, а медичну практику – інститутом, призначеним для відновлення цієї ситуації з порушеною рівновагою [15]. У схемі Парсонса права та зобов'язання лікаря зосереджуються навколо його відповідальності за добробут пацієнта шляхом технічної компетенції у галузі медицини. А пацієнти мають право на звільнення від їхніх повсякденних соціальних обов'язків (робота, навчання) і відповідальності за їхню хворобу. Серед обов'язків хворого – бажання бути здоровим, звернення за кваліфікованою медичною допомогою, а також співпраця з лікарем, який його лікує [15].

Проведений нами аналіз соціологічних вчень виявив, що із зовнішньої сторони інститут охорони здоров'я виступає як специфічна сукупність оснащених відповідними матеріальними засобами, обладнанням, технікою, інструментами, літературою, одягом і символікою установ (лікарні, поліклініки, аптеки, диспансери) та спеціально підготовлених фахівців у ролі лікаря, медсестри та інших спеціалістів для обслуговування основного клієнта інституту – пацієнта. За своїм

внутрішнім змістом інститут медицини є набором визначених стандартизованих взірців поведінки уповноважених осіб, які реалізують чітко визначену функцію надання кваліфікованої медичної допомоги хворим та контроль за належним станом здоров'я населення. Медперсонал спілкується засобами фахової мови медицини із використанням спеціального професійного жаргону. Окрім того, у середовищі медиків виникла особлива субкультура зі своїми звичаями, традиціями, цінностями (клятва Гіппократа, добре здоров'я, дотримання рекомендацій лікаря) і нормами (надавати найякіснішу медичну допомогу, не експлуатувати пацієнтів). Студентів-медиків навчають у вишах не тільки технічних знань і навичок, але також етичного кодексу поведінки лікаря, висловлено у відомій клятві Гіппократа [3, 10].

Окрім безпосереднього лікування захворювання медичні заклади намагаються попередити хвороби за допомогою програм превентивного медичного обслуговування, включаючи вакцинацію, санітарну просвіту населення і періодичні профілактичні огляди, а також шляхом введення відповідних гігієнічних нормативів та правил безпеки. Медики проводять дослідження в галузі профілактики і лікування хвороб. Медперсонал здійснює соціальний контроль, визначаючи, який тип поведінки є "нормальним" і "здоровим", а який патологічним [10]. У сучасному суспільстві представники інституту охорони здоров'я засвідчують народження, смерть і придатність до праці, а також вирішують, чи має людина право на пенсію з причин інвалідності, чи не несе вона небезпеки для себе і суспільства [10].

Інститути володіють власними системами цінностей, які викристалізуються в унікальній для кожного інституту ідеології [17]. Відповідно до професійної ідеології лікаря вимоги та очікування, виявлені експліцитно, полягають в тому, що лікар є для всіх пацієнтів на рівних засадах, а сутність імпліцитних прихованих норм та правил виявляється у тому, що публікації та емпіричні дослідження є важливіші для клінічної кар'єри, аніж вилікування пацієнтів. Протиріччя на практиці, які виникають з цих норм, приховуються та легітимізуються за допомогою міфів. Міфом вважається вторинна семіотична система, яка становить другий шар реальності, у який зобов'язані вірити усі учасники [17].

Поширення у науковій літературі набув факт розгляду фахового спілкування в рамках медицини як типу інституційної комунікативної взаємодії людей, які отримали спеціальну підготовку для виконання відповідної трудової діяльності [2].



М. С. Каган визначає інституційне спілкування як комунікацію регламентовану за змістом і формою та обумовлену соціальними функціями партнерів, які виступають представниками тих чи інших соціальних груп або інститутів [5].

Інституційне спілкування є однією з основних сфер дослідження у соціолінгвістиці та дискурсивному аналізі. Соціолінгвістичний аналіз довів свою невід'ємну важливу роль у дослідженнях інститутів, оскільки чисто соціологічний аналіз, який вдається до високого рівня абстракції, не спроможний зробити прозорими деталі динаміки та процесів в інституті [17]. Дискурсивний аналітичний підхід дає можливість виявити в дії очевидні та приховані інституційні правила і норми у кожному спеціальному конкретному тексті [17].

Особливості інституційного спілкування обумовлюються принципами функціонування інститутів. Аналіз соціолінгвістичних досліджень, присвячених соціальним інститутам, проведений Р. Л. Водак [17], виявив такі тенденції в інституційній діяльності, які відображаються у спілкуванні її учасників:

- інститути є анонімними (особиста інформація клієнтів не розголошується; письмова продукція у вигляді заяв, довідок і юридичних текстів відображається в основному за допомогою категорій пасивного стану та характеризується завуальованістю);

- інститутам властиві специфічні ритуали (спеціальний одяг, ритуали, церемонії, а також певні історично сформовані лінгвістичні форми звертання, привітання, складання клятви);

- інститутам притаманний квазівійськовий характер: важливі складники внутрішньої динаміки інститутів влада та ієрархія (багато мовленнєвих актів можуть мати чітко висловлений характер запиту, вимоги, вказівки чи наказу);

- інститути прагнуть відображати гармонію (протиріччя та конфлікти, як правило, замовчуються і відкрито не обговорюються, спричинюючи приховане напруження, яке впливає на спілкування колег або з пацієнтами в палаті);

- інститути є статусно орієнтовані (переважно представникам вищого класу надають медичну допомогу першочергово та ретельніше, ніж іншим людям, першість надають чоловікам перед жінками, корінним жителям перед іноземцями або мігрантами залежно від національності, освічені пацієнти проводять довше часу на консультації. Соціальний клас, стать, освіта, етнічність поєднуються унікальним способом і відіграють важливу роль у ставленні інституту до індивіда. Від згаданих параметрів залежать тривалість прийому лікаря і кількість наданої інформації пацієнту).

На підставі трактування дискурсу через поняття тексту, зануреного в життя [1], пропонуємо розуміти інституційний дискурс як текст, занурений в життя соціального інституту.

Згідно з твердженнями В. В. Касьянова, необхідною умовою діяльності інституту є виконання індивідами своїх соціальних ролей, що базується на реалізації очікуваних дій і дотримання норм поведінки [8]. Суть інституціалізації полягає у типізації повторюваних дій і пов'язаних з ними очікувань. Поведінка людей в інститутах стає взаємопередбачуваною. Ця передбачуваність фіксується у рольовій поведінці і властивих відповідному інституту нормах [8]. Інституційний дискурс є спілкуванням в заданих рамках статусно-рольових відносин, тобто базується на очікуванні того, що особа дотримуватиметься норм, типових для її статусу в суспільстві, які визначаються характером взаємин зі співбесідником. За інституційного спілкування комуніканти можуть виступати тільки в одній ролі, заданій рамками відповідного інституту, що й визначає їхню мовленнєву поведінку.

Інституційний дискурс є спеціалізованим клішованим різновидом спілкування між людьми, які можуть не знати один одного, але повинні спілкуватися відповідно до норм конкретного соціуму [6]. Типи спілкування виділяються зі ступенем умовності, оскільки особистісні якості комунікантів вносять свої корективи у хід інтеракції. Проте учасники дискурсу інтуїтивно відчують межі спілкування, вихід за які підриває основи існування певного суспільного інституту [7].

Л. Бейлінсон стверджує, що інституційні риси професійного дискурсу спричинені його базовими функціями: 1) перформативною (соціальна практика); 2) нормативною (підтримка норм і цінностей інституту); 3) презентаційною (варіативне вираження стереотипних інтенцій та очікувань); 4) парольною (підтримка межі між агентами та клієнтами інституту) [2].

Характерними рисами інституційного дискурсу виступають соціальна ціль – надання кваліфікованої допомоги клієнту спеціальними засобами, висока передбачуваність комунікативних дій, чітко виражена персуазивність і конвенційність, що виражається з допомогою стандартного набору термінів, єдностей питання-відповідь, рекомендацій та комунікативних реакцій фактичного характеру [2].

В. І. Карасік, Л. С. Бейлінсон, М. І. Барсукова, Н. В. Гончаренко, Н. Ю. Сидорова, Н. П. Литвиненко, Р. Л. Водак розглядають медичний дискурс як тип інституційного спілкування. Згідно зі спостереженнями В. І. Карасіка з позицій соціолінгвістики виділення медичного типу дискурсу є цілком виправдане, ос-

кільки здоров'я належить до найвищих людських цінностей, а хвороби переважно є неминучими, їхнє лікування вимагає спеціальної підготовки. Лікарів як соціально-професійну групу символічно виділяють в суспільстві на підставі певних ознак: сакральний характер професії пов'язаний із особливим служінням; наявність медичної етики, специфічних норм поведінки, для прикладу нерозголошення лікарської таємниці; функціонування великої кількості медичної термінології; розроблена система ритуальних знаків (білі халати, медичні інструменти, особисті лікарські печатки); спеціальне позначення визначених, окремих видів спілкування лікарів (консилиуми, медичні комісії) [7].

Інституційний дискурс виділяється на основі двох основних системоутворюючих ознак: цілі та учасники спілкування [6]. Ядром інституційного дискурсу виступає взаємодія основної пари статусно нерівних учасників комунікації – агентів, тобто представників соціального інституту, і клієнтів, які звертаються до них для вирішення своєї проблеми. Агенти відіграють активну роль в подібних статусно-рольових ситуаціях спілкування. Для агентів типовою ознакою є постійність, оскільки вони несуть на собі статус, а клієнти характеризуються варіативністю. Поряд із спілкуванням базової пари учасників комунікації виділяють окремо спілкування агентів та клієнтів між собою [6].

Позаяк медична комунікація вважається класичним типом інституційного дискурсу, то очевидно, що учасниками комунікативних діад “адресант – адресат” у статусно-рольовій функції “агент – клієнт” виступають повноправний представник інституту та особа, що опосередковано є об'єктом інституційного впливу (лікар – пацієнт) [2, 7]. В межах медичного дискурсу характерні комунікативні пари, яких характеризує інституційна рівність (повна або неповна), що відображається у фаховому спілкуванні професіоналів. За таких обставин комунікантами виступають “агенти” інституту (лікар – лікар, лікар – медичний персонал). Спілкування “клієнтів”, у нашому випадку, – це пацієнти, що звертаються до інституту медицини (пацієнт – пацієнт), постає ще однією своєрідною ознакою досліджуваного дискурсу [7].

Професійний дискурс базується на спеціальній (як теоретичній, так і суто практичній) підготовці як мінімум одного з учасників такого спілкування і тематичному обмеженні інтеракції відповідної предметної діяльності [2]. Агенти медичного дискурсу мають різну спеціалізацію і різною мірою впливають на клієнтів. Сюди В. І. Карасік відносить не тільки фахову спеціалізацію (офтальмолог, кардіолог, психіатр), але й спеціалізацію за рівнем підготовки (лікар, мед-

сестра, санітар), а також тип впливу на пацієнта (терапевт обстежує і рекомендує те чи інше лікування, хірург виконує хірургічне втручання) [7].

Розглядаючи інституційну медичну комунікацію як тип статусно-фіксованого спілкування, протиставляють особистісно-орієнтований і статусно-орієнтований дискурс (В. І. Карасик, Л. С. Бейлінсон). Для різних видів інституційного дискурсу властива своя частка співвіднесення компонентів особистісного та статусного спілкування. У медичному дискурсі переважають елементи особистісного спілкування [2].

Обставини, за яких відбувається медичний дискурс (його хронотоп), залежать від конкретних ситуацій, пов'язаних із наданням медичної допомоги людині [7]. Це може бути кабінет лікаря, житло хворого, місце нещасного випадку, поле битви [7].

У медицині тематика розмови стосується хвороби, лікування та супутніх обставин [2]. Учасники взаємодії самі створюють відповідний контекст розмови, своїми думками, висловлюваннями, поведінкою. Цей контекст має наслідки для подальшого процесу взаємодії. Спосіб, у який зроблене висловлювання, створює новий подальший контекст.

Drew and Heritage 1992 виділяють 3 основні риси, які відрізняють інституційне спілкування від загальної комунікації: цілеспрямованість, інституційні обмеження та спеціально введenu структуру [13].

Цілеспрямованість проявляється у способі організації учасниками ситуації їхньої діяльності, посилюється на спеціальне завдання конкретного соціального інституту. У взаємодії лікаря з пацієнтом завдання лікаря, як експерта з медицини, полягає у встановленні діагнозу та наданні рекомендації щодо лікування, завдання пацієнта – забезпечити необхідну інформацію для встановлення діагнозу.

Інституційні обмеження щодо внеску учасників у хід комунікативної взаємодії спостерігаються у спеціальній організації послідовності реплік, що обмежує права участі спеціальних категорій учасників. У спілкуванні лікаря з пацієнтом межі щодо почерговості висловлювань менш строгі, аніж, наприклад, у судовій комунікації, тому спілкування лікаря з пацієнтом часто набирає ознак звичайної бесіди. Вони можуть варіюватися від фази до фази. Одне з таких обмежень проявляється у несхваленні питань, ініційованих пацієнтом на етапі збору анамнезу. Пацієнт найбільше питань задає під час обговорення подальшого свого лікування [12].

Як інституційні стосунки між представником інституту та його клієнтом, взаємостосунки лікаря з пацієнтом характеризуються нерівністю. На зразок інших

професіоналів, лікарі користуються авторитетом, оскільки володіють невідомими для інших знаннями та майстерністю, які вони здобували шляхом освіти та досвіду лікування [10].

Оскільки медична комунікація належить до інституційного дискурсу, то спілкування медика М. Черни вважає словесною взаємодією лікаря і пацієнта, соціальні стосунки яких концептуалізуються як асиметричні [12].

Асиметрія влади між агентом та клієнтом, нерівність відносин, ієрархія стосунків породжені природою функціонування соціального інституту, знаходять своє відображення у формі та змісті інституційного спілкування медика з хворим і виражаються у медичному дискурсі за допомогою спеціальних лінгвістично-прагматичних засобів.

Ініціювання медиком послідовності реплік, введення нових тем у розмову, визначення параметрів реплік пацієнта, зацікавлення або ігнорування окремих аспектів інформації, наданої хворим стосовно його досвіду, при зосередженні уваги на технічній стороні симптомів, свідчать про контроль лікаря за структурою і змістом медичної консультації і базуються на асиметричній природі медичного інтерв'ю [14]. Е. Мішлер трактує таку невідповідність у владі між лікарем і пацієнтом як боротьбу між двома голосами: голосом медицини (the "voice of medicine") і голосом побутового життя ("voice of lifeworld"), які відповідно відображають технічно-наукові припущення у галузі медицини і повсякденні соціальні обставини життя пацієнта [14]. Ця ідея становить основу запропонованої Е. Мішлером теорії стосовно моделі медичного дискурсу. Згідно з моделлю Е. Мішлера, безособовий і технічний голос медицини повністю домінує над взаємодією, залишаючи пацієнта без можливості висловити власні думки. Для досягнення такого домінування лікар використовує закриті питання, зміну теми, перебивання, спеціальну медичну термінологію. Зазначені засоби сприяють витісненню обставин побутового життя пацієнта з консультації.

Про інституційний характер даного дискурсу свідчить систематичне чергування мовленнєвих ходів комунікантів, яке відбиває особливе закріплення мовленнєвих ходів за комунікантами та розподіл ролей між ними. Асиметрія стосунків між двома голосами чітко позначається структурною одиницею медичного дискурсу. Структурна одиниця складається із послідовності трьох реплік: ініціативна репліка (питання лікаря) – відповідь пацієнта – зворотна реакція лікаря/наступне питання [14]. Лікар вводить тему, пацієнт реагує на неї, а медик забезпечує оціночне судження на отриману відповідь.

*D: Can you tell me about James's immunization?*

*M: Yes, he's had his triple, Doctor*

*D: Good. How are things generally? Any anxiety about James? [12].*

Через трикомпонентну структуру медичного діалогу лікар контролює змістову сторону консультації введенням нової теми й процес почерговості реплік, надаючи пацієнту можливість висловитись [14]. Лікар використовує реактивні висловлювання (That's OK / Right / Good / Well / That seems fine) з метою завершення діалогічної єдності та обговорюваної теми, а також для того, щоб повернути контроль за комунікативною взаємодією, що дозволяє лікареві закінчити одні структурні рамки та вступити в наступні. За такої послідовності реплік ініціативність пацієнта обмежується і лімітується перспектива для вираження власних думок.

Характерною рисою інституційного дискурсу є перебивання, тобто ініціювання одночасного мовлення, яке глибоко втручається у внутрішню структуру поточного висловлювання іншого мовця. Перебивання, яке спричинює збіг та одночасне мовлення, виконує функції контролю лікарем за змістом та структурою розмови з метою зміни теми чи етапу консультації, домінування агента інституту над клієнтом, прояву підтримки, співпраці і розуміння [16]. Beckman і Frankel (1984) виявили, що в середньому лікар перебиває пацієнта уже на 18 секунді першої відповіді на поставлене фахівцем питання, у час пред'явлення хворим його проблеми [16].

*(1) P: It was so bad I couldn't breathe and ...*

*D: And where, in which part of your chest did you feel the pain?;*

*(2) P: Er some Stella Stelladine*

*D: Some Stellazine.*

Співвідношення перебивання та асиметрії проявляються у кількості та розподілі мовлення між учасниками медичної зустрічі. Пацієнти перебивають частіше висловлюючи твердження, а лікарі за допомогою питань. Враховуючи усі функціональні типи перебивань, М. Черни виявив, що хоч лікар частіше прибиває мовлення пацієнта, останній також займає активну позицію у перебиванні [16].

Ще однією особливістю комунікації лікаря з пацієнтом вважається непорозуміння або конфлікт, явище породжене асиметрією інституційних статусів і ролей та вживанням технічної лексики медиком. Фахівець послуговується високорозвиненим професійним реєстром, який відображає високу ритуалізацію інституту охорони здоров'я. Спілкування з пацієнтом також передбачає вживання медичних термінів,

які можуть неоднаково інтерпретуватися співрозмовниками. В обох комунікантів також простежується деколи відмінне розуміння і ставлення до природи проблеми.

Основні риси функціонування інституту охорони здоров'я простежуються у розподілі питальних речень між лікарем і пацієнтом: питання, поставлені лікарем (95 %), істотно переважають над питальними реченнями пацієнта (5 %), використання всіх типів питань лікарем, на відміну від пацієнта, який не вживає альтернативних питань, і відсутність питальних речень з боку пацієнта на етапі збору анамнезу. Більшість питань, які ставить пацієнт, супроводжуються заїканням та надмірним виправленням свого мовлення.

Одна із причин варіативного вживання окремих мовленнєвих актів учасниками медичної комунікації також обумовлюється асиметричною природою функціонування соціального інституту та приписаними статусами і ролями для кожного учасника. Окрім питань лікар переважно вживає директивні та реактивні висловлювання, зокрема на етапі фізичного огляду, чого не зустрічається у комунікативній поведінці пацієнта, який переважно ініціює тільки два типи мовленнєвих актів – стверджувальні висловлювання і відповіді [12].

*D: See how far you can go. That's fine. Now do the same thing on the opposite side. Fine. Now just come back to standing straight. Now keep your feet together just as they are. Keep your knees firm. ...*

М. Черни стверджує, що сучасні технічні інновації створили умови для глибоких соціальних змін, що, у свою чергу, трансформувало традиційну асиметрію відносин лікаря і пацієнта на користь останнього. Окрім розвитку технологій ще й підхід до лікування, зосереджений на пацієнті, спричинився до зниження ієрархії і перевизначення ролей учасників розмови.

### **Література**

1. Арутюнова Н. Д. Дискурс / Н. Д. Арутюнова // Лінгвістичний енциклопедичний словник. – М. : Радянська енциклопедія, 1990. – С. 136–137.
2. Бейлінсон Л. С. Професіональний дискурс : признаки, функции, нормы : автореферат диссертации на соискание ученой степени д-ра филол. наук по специальности 10.02.19 – теория языка / Л. С. Бейлінсон. – Волгоград, 2009. – С. 36.
3. Добренев В. И. Социология : учебник / В. И. Добренев, А. И. Кравченко. – М. : ИНФРА-М, 2001. – 624 с.
4. Зборовский Г. Е. Общая социология : учебник / Г. Е. Зборовский. – [3-е изд., испр. и доп.]. – М. : Гардарики, 2004. – 592 с.

Цей процес змін відображається у застосуванні лінгвістичних стратегій як лікарем, так і пацієнтом, функціях мовленнєвих актів, використанні медичної термінології та прояву ввічливості [12].

**Висновки.** Зважаючи на суть викладених вище положень стосовно функціонування соціального інституту охорони здоров'я та особливостей медичної комунікації в зазначених рамках, можна зробити висновки про те, що комунікативна взаємодія лікаря та пацієнта цілком правомірно відноситься до інституційних форм спілкування, оскільки включає в себе усі вищезгадані необхідні ознаки. Медичний дискурс як різновид інституційного спілкування будується в рамках соціального інституту медицини, має основну ціль – надання кваліфікованої медичної допомоги пацієнту, реалізується за фіксованих типових обставин (прийом у лікаря, обхід, консультація) з високим рівнем передбачення мовленнєвих дій і характеризується наявністю інституційних символів (спеціальний одяг, інструменти, особиста печатка, документація) та статусно-рольових стосунків між його учасниками: медиками як представниками соціально-професійної групи (агенти інституту) та пацієнтами (клієнти інституту). Риси інституційної діяльності виражаються за допомогою спеціальних лінгвістично-прагматичних засобів (організація послідовності реплік, трикомпонентна структура медичного діалогу, розподілу видів мовленнєвих актів між співрозмовниками, вживання фахової термінології, функціонування перебивань).

Перспективи подальших пошуків у напрямку дослідження вбачаємо у визначенні типових ситуацій спілкування лікаря з пацієнтом та дослідженні особливостей питальних речень як найпоширенішого виду мовленнєвих актів лікаря з метою використання результатів розвідок для формування фахових іншомовних комунікативних умінь студентів-медиків.

5. Каган М. С. Мир общения : проблема межсубъектных отношений / М. Каган. – М. : Политиздат, 1988. – 315 с.
6. Карасик В. И. Этнокультурные типы институционального дискурса / В. И. Карасик // Этнокультурная специфика речевой деятельности : сб. обзоров / ИНИОН РАН. – М., 2000. – С. 37–63.
7. Карасик В. И. Языковой круг : личность, концепты, дискурс : монография / В. И. Карасик; ВГПУ. – Волгоград : Перемена, 2002. – 331 с.
8. Касьянов В. В. Социология : учебное пособие / Касьянов В. В., Нечипуренко В. Н., Самыгин С. И.; под ред. В. В. Касьянова. – Ростов н/Д : Издательский центр "МарТ", 2000. – 512 с.

9. Бабосов Е. М. Общая социология : учеб. пособие для студентов вузов / Е. М. Бабосов. – [2-е изд., стер.]. – Мн. : ТетраСистемс, 2004. – 640 с.
10. Социология : учебник / Ю. Г. Волков, В. И. Добренков, В. Н. Нечипуренко, А. В. Попов; под ред. проф. Ю. Г. Волкова. – [3-е изд.]. – М. : Гардарики, 2007. – 512 с.
11. Фролов С. С. Социология / С. С. Фролов. – М. : Наука, 1994. – 256 с.
12. Cerny M. Sociolinguistic and pragmatic aspects of doctor-patient communication / M. Cerny. – Ostrava : Ostravska univerzita, 2007. – 142 с.
13. Drew Paul. Talk at work: Interaction in institutional settings / P. Drew, J. Heritage // *Studies in Interaction Sociolinguistics*. – Cambridge : Cambridge University Press, 1992. – 596 p.
14. Mishler E.G. The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews / A series of monographs: Language and learning for human service professions / E.G. Mishler. – the USA, Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation, 1984. – 211 p.
15. Parsons T. The Social System / T. Parsons. – New York : Free Press, 1951. – 575 p.
16. Cerny M. Interruptions and overlaps in doctor-patient communication revisited / M. Cerny // *Linguistica ONLINE (Miscellanea III)*. – 2010. – Issue 12– [Електронний ресурс]– Режим доступу : <http://www.phil.muni.cz/linguistica/art/cerny/ce-002.pdf>
17. Wodak R. Medical discourse: doctor-patient communication interaction / R. Wodak // In K. Brown (Editor-in-Chief) *Encyclopedia of Language and Linguistics*, Second Edition. – Oxford: Elsevier, 2006. – Volume 7. – P. 681 – 687. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.elsevier.com/locate/permissionusematerial>

УДК 616-08-039.35:378.147

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЩОДО ВИКЛАДАННЯ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ І НЕОБХІДНІСТЬ СТВОРЕННЯ КАФЕДР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

І. А. Хрипаченко, Є. П. Курапов, М. І. Ворхлик, Т. В. Дьоміна, О. А. Малєєв

*Донецький національний медичний університет імені М. Горького*

## TEACHING PROBLEMS OF EMERGENCY AND NECESSITY OF ESTABLISHMENT OF EMERGENCY CARE DEPARTMENTS AND MEDICINE OF DISASTERS

I. A. Khrypachenko, Ye. P. Kurapov, M. I. Vorhlyk, T. V. Dyomina, O. A. Malieiev

*Donetsk National Medical University by M. Horkyi*

Узагальнюючий курс навчання невідкладної допомоги у межах дисципліни “Анестезіологія та інтенсивна терапія” має певні проблеми та обмеження. Вони не дозволяють належним чином досягти оптимального засвоєння вмінь, які зазначено у Галузевому стандарті вищої освіти за напрямом “Медицина”. Ці утруднення пов’язані, насамперед, зі специфікою професійного досвіду викладачів та проведенням практичних занять виключно у стаціонарних клінічних умовах. Створення кафедр екстреної медичної допомоги з відмінною від клінічної структурою навчання має доповнити і вдосконалити вміння випускників з надання екстреної медичної допомоги.

There are some problems and limitations in generalized course of emergency care study in “Anaesthesiology and intensive care” discipline. They don’t allow properly to achieve optimal mastering of skills, which noted in Industry standard of high education in course of “Medicine”. These difficulties, first of all, attributed to specificity of the lecturers professional experience and hands-on training providing in stationary clinical conditions. Establishment of emergency care department may complete and improve the skills on emergency care for graduating students.

**Вступ.** Викладання “Невідкладної допомоги” (НД) у межах підготовки спеціаліста за фахом “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” та “Стоматологія” відповідно до нині чинних галузевих стандартів вищої освіти [1, 2] відбувається на 23 кафедрах клінічного профілю з 4 до 6 курсу включно. Але узагальнюючий курс НД студенти проходять зараз на п’ятому курсі у межах дисципліни “Анестезіологія та інтенсивна терапія” (“А та ІТ”). Самі питання загальної та клінічної анестезіології займають 1/5 часу, який відведено на засвоєння дисципліни, решта часу присвячена НД та інтенсивній терапії хворих у критичних станах.

Мається на увазі, що після одержання диплома випускник вміє діагностувати невідкладні стани (наприклад, “За будь-яких обставин (вдома, на вулиці, у лікувальній установі та ін.), в умовах нестачі інформації та обмеженого часу, використовуючи стандартні методики огляду та дані можливого анамнезу, знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом

прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини встановити діагноз”, вміння 1.ПФ.Е.02.ПР.Р.06.01-27 Додатка А Освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа”), визначити тактику надання екстреної медичної допомоги (наприклад, “За будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі діагнозу невідкладного стану (за списком 3) в умовах обмеженого часу за допомогою стандартних схем визначити тактику надання екстреної медичної допомоги”, вміння 3.ПФ.С.9.ПР.Н.24.01-27 Додатка А Освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа”), та надати екстрену медичну допомогу (наприклад, “За будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі діагнозу не-

відкладного стану (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з визначеною тактикою, використовуючи стандартні схеми, надавати екстрену медичну допомогу”, вміння 3.ПФ.С.10.ПП.Н.25.01-27 Додатка А Освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа”) [1]. Аналогічні уміння передбачено освітньо-кваліфікаційними характеристиками спеціалістів зі спеціальностей “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” [1] та “Стоматологія” [2].

Галузевий стандарт вочевидь вказує на необхідність розподілу ресурсів (“за будь-яких обставин”, “в умовах обмеженого часу”), етапність (дошпитальний, шпитальний), сортування хворих за необхідності (“визначити тактику надання ... допомоги”). Існуюча програма дисципліни “А та ІТ”, як, певно, й інших клінічних дисциплін, не зовсім задовольняє вимоги існуючого стандарту.

**Основна частина.** Метою цієї роботи було висвітлити та послідовно проаналізувати обставини, які перешкоджають ефективному викладанню таких розділів невідкладних станів, як розподіл ресурсів, етапність та сортування хворих у рамках дисципліни “А та ІТ”.

Розподіл ресурсів невідкладної допомоги. Програма дисципліни “А та ІТ” практично не містить викладення допомоги без медичних засобів. Виключенням є хіба що базовий курс серцево-легеневої реанімації. Ця лакуна у програмі, можливо, зумовлена специфікою роботи анестезіолога як працівника майже виключно шпитального етапу медичної допомоги. За умов стаціонарного відділення або відповідно оснащеного транспортувального засобу явне використання більш простого пристрою, ніж оптимальний, є безперечним дефектом. Викладення дисципліни “А та ІТ” з позиції мінімальних (не оптимальних) ресурсів є неприпустимим з етичної та професійної точки зору.

У програмі “А та ІТ” не поставлено завдання обмеження ресурсів та зусиль під час надання допомоги хворому у критичному стані. Ресурси за умовчанням визнаються безмежними, нарощування зусиль – нескінченним. Цьому є пояснення – анестезіолог за типом своєї професійної діяльності працює одночасно з невеликою кількістю однотипних хворих, тобто практично не має необхідності розподілу матеріальних та часових ресурсів. Відсутність такої професійної навички у викладача призводить до того, що засвоєнню її під час викладання дисципліни належної уваги не приділяється.

Деякі аспекти викладання питань етапності НД. У програмі “А та ІТ” не передбачено акценту на

етапність медичної допомоги. Тим часом різні етапи допомоги передбачають її різні цілі. Щоправда, під час викладення основ саме інтенсивної терапії є вказівки на обрання цільового рівня регулювання вітальних функцій (який відрізняється від пересічно-популяційного) та поняття емпіричної, рутинної та патогенетично обґрунтованої терапії. Але цього не досить для того, щоб студенти самостійно екстраполювали принцип на різницю етапів.

Використання парадигми нескінченного нарощування зусиль під час викладання дисципліни “А та ІТ” може вести до упущення суттєвого для НД моменту – оцінки оптимального терміну початку транспортування.

Нескінченне нарощування зусиль має на увазі ступінчастий перехід від менш агресивних до більш агресивних способів лікування. Без чіткого формування уявлення про приналежність конкретного способу до конкретного етапу допомоги у прагненні “зробити усе можливе” студенти, які навчаються на госпітальній базі, можуть знехтувати необхідністю синхронного нарощування обсягу контролю. Найбільш ефективні заходи є у той же час найселективнішими та найризикованішими. Вони потребують більш складного, коштовного та жорсткого контролю, в тому числі додаткових ресурсів для подолання можливих невдач та побічних ефектів.

Викладання невідкладних станів у межах дисципліни “А та ІТ”, через притаманну їй специфіку, не завжди може зорієнтувати студента у двох важливих аспектах. Робота з надання екстреної допомоги ведеться зазвичай не у закритому приміщенні операційної або реанімаційного залу, де нема або не повинно бути сторонніх осіб. Екстрена допомога може відбуватися за умов відкритого доступу непрофесіоналів до місця події та імовірної критики некомпетентних осіб. Другий аспект пов’язаний з обмеженням часу та технологій втручання НД, які не мають відношення до стану та потреб пацієнта, наприклад, несприятливими метеорологічними умовами або техногенними небезпеками. Оскільки у вітчизняній літературі є дуже мізерні дані про реальний відсоток утруднень та невдач під час виконання маніпуляцій, в тому числі і необхідних для надання НД, специфіка “відкритості роботи” та “роботи із урахуванням обмежуючих чинників зовнішнього середовища” не може бути викладена у межах дисципліни “А та ІТ” навіть теоретично.

Деякі аспекти викладання питань сортування хворих. Під час викладання допомоги хворим у критичних станах програма з “А та ІТ” неминуче залишає

без уваги невідкладну допомогу хворим зі стабільними вітальними функціями, і це невинувато звуче поняття НД. Тому при вивченні дисципліни “А та ІТ” систематизуються лише знання з НД чітко окресленому контингенту хворих, надання НД стабільним хворим залишається за межами освоєння цієї дисципліни.

Лікарі звичайних стаціонарів, навіть тих, які постійно приймають хворих від “швидкої допомоги”, в тому числі і викладачі-анестезіологи, через звичайний професійний досвід погано орієнтовані у питаннях медичного сортування. Тому викладання цього розділу екстремальної медицини потребує їх додаткового навчання. Крім того, обґрунтоване викладання раціонального розподілу сил та засобів під час курації хворих на клінічній базі є проблематичним. Нема законодавчої бази для обмеження лікувальних зусиль (стаття 52 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”) [3]. Під час засвоєння змістового модуля “Інтенсивна терапія” студенти безперечно повинні засвоїти навичку виділення групи хворих, які “агонують та мають ушкодження, несумісні з життям”, тобто хворих, яким слід відмовити в наданні допомоги у повному обсязі. Але виходячи з етичних міркувань, за нашим переконанням, на 5 курсі ще зарано покладати на студентів моральну відповідальність за застосування цієї навички.

У традиційно успішних для дисципліни “А та ІТ” аспектах – діагностиці та інтенсивній терапії у госпітальних умовах – теж не все бездоганно придатне для екстраполяції на екстрену медичну допомогу.

Діагностика на дошпитальному етапі має більш імовірнісний характер, ніж у стаціонарі, де є ті або інші додаткові можливості підтвердження діагнозу. Навчаючись на клінічних базах відділень інтенсивної терапії, студенти від початку дезорієнтовані у можливому обсязі інформації, придатної для діагностики невідкладних станів та початку НД. Чинні протоколи за спеціальністю “Медицина невідкладних станів” [4] надають мізерні діагностичні вказівки, і це робить лікаря дуже беззахисним під час прийняття відповідального рішення. Цей аспект інтуїтивно зрозумілий студентам, тому вони неохоче сприймають рекомендовані алгоритми, ухиляються від обговорення прийняття рішень у завданнях з обмеженим обсягом інформації. Це безумовно впливає на якість досягнення кінцевих цілей навчання і надалі, під час реалізації одержаних навичок у реальній лікарській практиці, до невинуватої бездіяльності.

Іншою особливістю діагностичного процесу у стаціонарі у порівнянні з дошпитальним етапом є дещо

більша свобода у часі завдяки більш широким можливостям та доступності засобів підтримки вітальних функцій. Під час спостереження студентами реальної НД у стаціонарі будь-яка пауза у лікувальній активності після початку вентиляційної та гемодинамічної підтримки сприймається як інформаційний дисонанс: “Чому ніхто не лікує хворого?”.

Нарешті, під час спостереження НД у відділенні інтенсивної терапії у студентів здійснюється деяке “знецінювання” анамнестичної інформації. Найчастіше анамнез пацієнтів відділення інтенсивної терапії є дуже неповним або неправдивим, тому що надходить до лікаря крізь другі-треті руки. У студентів складається враження, що лікар, який надає допомогу, не використовує анамнестичні дані, бо систематично лікар викладе анамнез в історії хвороби через деякий час після початку лікування хворого.

Навіть в аспекті навчання надання допомоги єдиному хворому утруднення виникають у зв’язку з непередбачуваністю та нерівномірністю надходження пацієнтів. Тому під час аудиторного заняття хворі надходять до відділень інтенсивної терапії нечасто, здебільшого це відбувається у вечірній та нічний час. Студенти за весь час перебування на циклі не мають можливості бачити або бачать рідко саме невідкладну допомогу, в тому разі у шпитальних умовах, не мають можливості спостерігати і 2-3 однотипних хворих з невідкладною патологією.

Чинні протоколи невідкладної допомоги [4], які регламентують обсяг невідкладної допомоги, створені для дошпитального етапу. Таким чином, у хворого, який надходить до стаціонару, обсяг допомоги за протоколом або вже здійснений швидкою медичною допомогою або ні, і тоді він запізнюється відносно першого етапу медичної допомоги. Виключеннями є “самозвернення”, яких у структурі госпіталізації до відділень інтенсивної терапії зовсім небагато. Ще більшу проблему створює неповна або неправильна з різних причин дошпитальна допомога, що значним чином змінює логіку початкових дій лікаря стаціонару.

Студенти оглядають пацієнтів відділення інтенсивної терапії зазвичай у період 5–20 годин від початку допомоги, коли проявів первинного процесу вже менше, ніж ознак декомпенсації хронічних захворювань, що викликано гострим захворюванням. Це дещо змінює напрямок клінічного обговорення хворого, а також утруднює вивчення специфічної клінічної картини та показань до конкретних видів втручань.

Слід зауважити, що післядипломне навчання в існуючому вигляді не дуже здатне виправити недоліки додипломного. Ми не випускаємо усіх спеціалістів,



наприклад, за фахом “Лікувальна справа”, сімейними лікарями або лікарями загальної практики. Більша частина випускників продовжує свою освіту у вузькоспеціалізованих інтернатурах із різноманітнішими програмами з НД. Після введення ліцензійного іспиту “Крок-3” до навчання інтернів було включено і стандартний курс підготовки до цього іспиту. Але часу на нього відведено так мало, що вдається провести оглядовий освіжаючий курс, але ніяк не додати матеріалу.

**Висновки.** Виходячи з викладеного вище, слід вважати, що створення кафедр екстреної медичної допомоги може вирішити багато проблем підготовки лікарів. Ми не уявляємо собі кафедри екстреної медичної допомоги традиційно клінічними (з базами у стаціонарах та поліклініках), тому що будь-яка

клінічна база мала б ті ж самі вади, що і база кафедри анестезіології та інтенсивної терапії. Кафедра екстреної медичної допомоги, за нашим переконанням, повинна вести цикл неодмінно пізніше циклу “А та ІТ”, тому що формування алгоритмів розподілу ресурсів, етапності та сортування повинно спиратися на чіткі уявлення про умови, методи лікування та способи оцінювання стану хворих. Чи буде навчання на кафедрі екстреної медичної допомоги віднесено до додипломного рівня чи до післядипломного, чи буде обов’язковою практика виїзних бригад, чи будуть заплановані інші методи навчання, у будь-якому разі концентрація уваги на дошпитальному етапі, чіткій етапності та алгоритмізації, розподілі ресурсів повинна значно покращити готовність молодих лікарів до роботи.

### Література

1. Складові галузевих стандартів вищої освіти напряму підготовки 1101 “Медицина” освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” за спеціальностями 7.110101 “Лікувальна справа”; 7.110104 “Педіатрія”; 7.110105 “Медико-профілактична справа”. – Видання офіційне. – Київ : Міністерство освіти і науки України, 2002. – 370 с.

2. Складові галузевих стандартів вищої освіти напряму підготовки 1101 “Медицина” освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” за спеціальністю 7.110106 “Стоматоло-

гія”. – Видання офіційне. – Київ : Міністерство освіти і науки України, 2003. – 129 с.

3. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон України № 2801-12 від 19.11.1992, остання редакція від 13.10.2010 на підставі 2592-17, чинний.

4. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Медицина невідкладних станів” : наказ МОЗ України № 24 від 17.01.2005.

УДК371.134.(045)

## МОВНА КОМПЕТЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ ЯК СКЛАДНИК ФАХОВОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

К. Л. Бурда, І. Я. Заліпська, В. І. Зевако, Т. П. Мельник, А. М. Пришляк,  
Т. В. Саварин, В. Я. Юкало

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

## LINGUISTIC COMPETENCE OF STUDENTS OF MEDICAL HIGHER ESTABLISHMENTS AS A PART OF PROFESSIONAL CULTURE OF A FUTURE DOCTOR

K. L. Burda, I. Ya. Zalipska, V. I. Zevako, T. P. Melnyk, A. M. Pryshlyak, T. V. Savaryn,  
V. Ya. Yukalo

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

Досліджено мовну компетенцію як складник фахової культури студентів-медиків. Проаналізовано форми реалізації лінгвальної компетенції на фонетичному та лексичному рівнях. Розглянуто основні методи й прийоми формування мовних норм у вітчизняних та іноземних студентів. Проаналізовано види діяльності, що формують мовну компетенцію майбутніх лікарів.

The given article focuses on the investigation of communicative competence as a part of medical students' professional culture. It analyses the forms of linguistic competence on phonetic and lexical levels. It reveals the key methods of forming of the language standard in the teaching procedure of Ukrainian and foreign students. It analyses the kinds of activities that form the communicative competence of future doctors.

**Вступ.** Інтелектуальний потенціал нації є одним з головних надбань країни, тому формування й розвиток інтелектуальної еліти – завдання, яке сьогодні стоїть перед вищою освітою України. Професія лікаря вимагає не лише фахової майстерності, а й широкої мовної підготовки, оскільки пов'язана з інтенсивним усним і писемним спілкуванням, передбачає активну мовленнєву практику, потребує точного вираження понять і категорій у різних сферах медицини. Тому вищий навчальний заклад покликаний сформуванню студентів мовну компетенцію, яка є складником фахової культури майбутнього лікаря. В цьому вбачаємо актуальність нашої статті.

Дослідженню змісту й методик формування компетенцій і зокрема мовної присвячені роботи Н. Бібік, О. Бігич, А. Богуш, А. Зернецької, О. Локшиної, С. Ніколаєвої, О. Савченко, В. Байденко, Е. Зеєр, І. Зимньої, Д. Ізаренкова, О. Новікова, Б. Оскарссон, С. Шишова.

Об'єкт нашого дослідження – мовна підготовка студентів Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

**Основна частина.** Сьогодні мовну компетенцію визначають як знання мови (рідної або іноземної),

уміння підбирати й використовувати необхідні слова для формулювання своїх думок, розуміння чужого мовлення, знання певних граматичних, фонетичних, лексичних і стилістичних правил мови, уміння будувати мовні висловлювання таким чином, щоб вони були правильними й зрозумілими слухачеві [1].

Отже, мовна компетенція – не лише знання мови, а її реальне використання. Сучасні науковці поряд з наведеним терміном використовують поняття прагматичної, соціокультурної стратегічної, комунікативної компетенції. Іноді термін *мовна компетенція* замінюється більш загальним терміном *комунікативна компетенція*. Так, М. Львов розмежовує мовну й комунікативну компетенцію, маючи на увазі під мовною компетенцією знання граматики, фонетики, лексики, стилістики тієї мови, яка вивчається, а під комунікативною компетенцією розуміє “не лише теоретичні знання, але й навички, вільне володіння мовленням” [2].

Залежно від ступеня опанування мовою говорять про: а) фонетичну компетенцію, що проявляється у нормативному артикулюванні та вимові звуків; б) лексичну компетенцію, яка об'єднує в певній мовній

© К. Л. Бурда, І. Я. Заліпська, В. І. Зевако та ін.

системі лексичні структури; в) граматичну компетенцію, яка належить до формального боку мови – морфологічна, синтаксична, словотвірна.

Фонетична компетенція – правильна вимова звуків та звукосполучень, реалізація орфоепічних норм, правильне наголошування слів, володіння інтонаційними засобами вираження мовлення (темп, тембр, сила голосу, логічний наголос тощо).

Особлива увага на заняттях української мови приділяється акцентному варіюванню, яке досить поширене в медичній термінології: *я́ духа*, *речови́на*, *голо́сова щі́лина*, *ліжко́вий режим*, *прóстий герпес*. До чинників, що зумовлюють виникнення паралельних наголосів у термінологічній назві, відносять насамперед особливості внутрішньої структури слова, дію аналогії, а також специфіку функціонування наголосу в усному мовленні. Отже, при вивченні орфоепічних норм важливо використовувати орфографічні та орфоепічні словники, словники труднощів української мови, які формують нормативну вимову та наголошення слів.

Для засвоєння фонетичних норм студентами-іноземцями на практичних заняттях з української мови використовуються аудіозаписи алфавіту, вимови звуків, типових лише для української мови: [г], [ж] [ц] [ш], африкат [дж], [дз]; окремих розмовних тем та ситуативних діалогів. Це покращує рівень знань з фонетики, яка є фундаментом для подальшого вивчення іноземної (української) мови. Аудіювання також варто застосовувати з метою вироблення фонетичної, лексичної, морфологічної, словотвірної компетенцій.

Лексична компетенція – наявність певного запасу слів у межах професійного розвитку, здатність до адекватного використання лексем, доречне вживання образних виразів, приказок, прислів'їв, фразеологічних зворотів.

На жаль, в усному і писемному спілкуванні студентів спостерігається тенденція до надмірного й недоречного вживання іншомовних слів через недостатнє знання лексичного багатства рідної мови. Наприклад, *вакцинація* замість *щеплення*, *гіпноз* замість *навіювання*, *дефект* – *вада*, *інтернаціональний* – *міжнародний*, *натуральний* – *природний*, *перманентний* – *безперервний*, *пропедевтика* – *підготовка*, *регенерація* – *відновлення*, *токсичність* – *отруйність*, *трансплантація* – *пересадка*, *циркуляція* – *кругообертання* та ін. [3].

Критерієм відбору для вживання нових слів іншомовного походження має бути семантична і стилістична необхідність їх застосування. П. Селігей переконує, що українська термінологія, зокрема і медична, в добу глобалізації повинна збагачуватися

насамперед із першоджерел, варто переймати не англіцизми, а досвід англійської та інших мов творити і закріплювати в ужитку власні слова. Перенасичення запозиченнями у термінології зовсім не сприяє її розвитку. “Самоусунувшись од власного термінотворення й ставши покірним споживачем чужих слів, ми, по суті, ставимо хрест на тих скарбах, які наша мова нагромаджувала століттями” [4].

Фахова мова медика – це діалоги фармацевта з покупцем в аптеці або лікаря з хворим у поліклініці чи лікарні, оформлення історії хвороби, написання різних довідок, протоколів операції тощо. Обов'язковим для будь-якої фахової мови є вживання специфічних термінів високого рівня стандартизації, зваженість і точність формулювань. Цілком природно, що саме терміни перебувають у центрі уваги, коли йдеться про опанування фахової мови. Однак і загальнонавчана лексика у фаховій мові зазнає певних змін, окремі слова набувають нових значень або нових відтінків.

Продуктивність засвоєння термінів та їх активне використання в усному та писемному українському фаховому мовленні багато в чому залежить від відповідної системи підготовчих вправ, послідовно спрямованих як на переклад та вдумливе засвоєння термінології, так і на активізацію вмінь говоріння та слухання, необхідних для застосування цієї термінології у конкретних робочих ситуаціях.

Ефективним є поєднання вправ як репродуктивного характеру, що виконують ознайомлювальну функцію, так і творчих, що сприяють активному самостійному використанню термінологічної лексики відповідно до виробничої ситуації.

Серед великої кількості репродуктивних вправ ефективним є використання наступних: усне тлумачення фахових термінів українською мовою; добір термінів до запропонованих визначень; складання термінологічних словників до тексту з фахового підручника; переказ матеріалів попередньої лекції, звертаючи увагу на вимову та вживання фахової термінології.

Вправи творчого спрямування повинні бути складнішими і передбачати більшу самостійність студента при їх виконанні, наприклад: за допомогою словника доберіть до термінів синоніми, складіть з них пари, введіть терміни-синоніми в речення, враховуючи відтінки їх значень; за допомогою словника доберіть до термінів антоніми, складіть з ними речення; складіть усне висловлювання фахового спрямування, використовуючи професійну термінологію; складіть діалог виробничої тематики, насичений фаховою термінологією; прочитайте текст, виправте терміни, що вжиті з невласливим для них значенням тощо.

Доцільним є застосування вправ порівняльно-зіставного типу, що допомагають студентам відчуті специфіку понять, ілюструють особливості нормативного фахового мовлення порівняно з розмовно-побутовим; та вправ на переклад, що виявляють поряд із спільними ознаками, котрі є характерними для близькостпоріднених мов також риси своєрідні, національно специфічні.

Тестовий контроль мовної компетенції безпосередньо вимірює рівень володіння конкретними вміннями та опосередковано рівень володіння відповідними мовними знаннями.

Безперечно, найбільш доцільним для формування мовленнєвої фахової компетенції на основі науково-професійної термінології є використання текстів зі спеціальності. Вони мають бути невеликі за обсягом, доступні за змістом, насичені словами, стійкими словосполученнями та граматичними конструкціями, характерними для мови спеціальності. Тільки на рівні тексту професійні терміни постають як цілісна комунікативна система, придатна для використання в певних робочих ситуаціях, а не як сукупність розпорошених лексем та синтагм.

Для іноземних студентів потрібно використовувати англомовні тексти з медичною термінологією для перекладу на українську. Завдання викладача полягає у забезпеченні студентам відповідними текстами, вивченні словникового мінімуму теми. В результаті студенти збагачують свій лексичний запас фахової української термінології.

Мова медичної документації як кодифікований різновид професійної мови медичних працівників, що задовольняє потреби офіційного спілкування в галузі охорони здоров'я, вивчається із застосуванням мультимедійних технологій, за допомогою яких майбутніх лікарів можна ознайомити із формулярами-зразками основних медичних документів.

Метод "антидиктанту" допоможе студентів позбавити мовлення від суржикових форм. Він полягає в тому, щоб написати літературні відповідники до слів і словосполучень, в яких допущено типові порушен-

ня норми. Оскільки такі порушення майже завжди виникають під впливом російської мови, то біля ненормативного українського слова найкраще навести його російський відповідник. Студент, маючи перед очима російський термін і неправильний український варіант, зможе швидше відшукати український літературний відповідник. Така вправа має переваги над прямим перекладом з російської мови, тому що студенти під час її виконання вже знають ненормативний варіант і не називають його. Цей вид вправ буде актуальним доти, доки в комунікаціях лікарів функціонуватимуть росіянізми.

Цікаві вправи із міжстильової трансформації, наприклад, прочитати розмову лікаря з пацієнтом під час приймання і викласти наведені в діалозі факти в офіційно-діловому стилі як запис в медичній карті.

**Висновок.** Отже, мовна та мовленнєва культура студента формується за різних взаємопов'язаних умов, як-от: шанування державної мови; читання різних джерел, якими репрезентоване стилістичне розмаїття рідної мови (наукова, художня, публіцистична, офіційно-ділова, медична література); стеження за змінами норм української літературної мови, які фіксуються новими редакціями правопису та лексикографічними виданнями; усвідомлення специфічності національних норм у фаховій термінології кожної з мов, якими він послуговується, з метою уникнення помилок на тлі аналогій та подібностей у фактах рідної й нерідної (іноземної) мов; критично-творче ставлення до написаного і вимовленого, вироблення навичок самоконтролю з опорою на мовні/мовленнєві норми та практику визнаного зразка [6].

Студентові потрібно опанувати закономірності функціонування мовних форм у конкретних мовленнєвих ситуаціях і використання їх у різних продуктивних видах фахової мовленнєвої діяльності, тобто при аудіюванні, читанні, говорінні, письмі, оскільки мовне повідомлення як складова мовного спілкування є не лише індивідуальним явищем, а водночас і явищем суспільним, соціальним.

### Література

1. Бутенко Т. О. Дослідження поняття мовної компетенції як педагогічної категорії / Т. О. Бутенко // Педагогіка вищої та середньої школи. – 2009. – Вип. 25. – С. 99–107.
2. Мацько Л. Матимемо те, що зробимо : до питання формування мовної культури / Л. Мацько // Дивослово. – 2001. – № 9. – С. 2–3.
3. Єрмоленко С. Я. Культура української мови : довідник / С. Я. Єрмоленко. – К. : Культура, 1990. – 356 с.
4. Селігей П. Чужого навчаємося, а свого цураємося... /

П. Селігей // Дивослово. – 2008. – № 7. — С. 36–40.

5. Дроздова І. П. Формування мовної компетенції у студентів технічних спеціальностей вищих навчальних закладів Східної України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук / І. П. Дроздова. – К., 2001. – 18 с.

6. Золотухін Г. О. Фахова мова медика : підручник / Золотухін Г. О., Литвиненко Н. П., Місник Н. В. – К. : Здоров'я, 2001. – 392 с.

УДК 616.31–089+37.022.001.85

## ДО ПРОБЛЕМИ ВИХОВАННЯ І ФОРМУВАННЯ ОСОБИ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ОНМУ

А. Г. Гулюк, В. В. Парасочкіна

*Одеський національний медичний університет*

## PROBLEM OF EDUCATION AND FORMATION OF THE PERSON OF THE FUTURE EXPERT ON FACULTY SURGICAL ODONTOLOGY ONMU

A. H. Huliuk, V. V. Parasochkina

*Odessa National Medical University*

Стаття присвячена проблемі підвищення якості освіти на кафедрі хірургічної стоматології ОНМУ. Рішення цієї задачі полягає не тільки в навчанні студентів практичних навиків роботи лікаря-стоматолога-хірурга, але також вихованні грамотної, дисциплінованої, відповідальної особи. Способи і засоби досягнення цієї мети представлені в статті.

The article adduces the problem of education quality increase at the department of Surgical Odontology of ONMU. The decision of this task consists not only in training of students of practical skills of work of the doctor-dentist-surgeon, but also education of competent, disciplined, responsible person. The ways and means of achievement of this purpose are presented in the article.

**Вступ.** Проблема підготовки грамотних, висококваліфікованих фахівців є основним завданням професорсько-викладацького складу кафедри. Важливим пунктом досягнення цієї мети є не тільки навчання професійних навиків, але і виховна робота із студентами.

**Основна частина.** На практичних заняттях навчальна дисципліна зобов'язує студентів систематично і глибоко оволодівати теоретичними знаннями, практичними навиками і сучасними методами досліджень, набувати навиків організації лікувального процесу, дотримувати норми етики і деонтології в спілкуванні з пацієнтом, виконувати правила внутрішнього розпорядку лікувального закладу взагалі.

Майбутній лікар не тільки зобов'язаний пунктуально виконувати свої професійні обов'язки, але і володіти високою культурою праці. Сьогодні вже не достатньо простої старанності. Все більш зростає значення таких ділових якостей, як компетентність і ініціативність, готовність брати відповідальність на себе, уміння доводити до кінця почату справу.

Сучасний лікар повинен постійно примножувати свої знання за рахунок самоосвіти, читання спеціальної літератури, відвідин лекцій, семінарів, беручи участь у роботі конференцій, майстер-класів. В той же час, на етапі навчання в стінах вищого навчального за-

ладу якою б високоорганізованою і дисциплінованою не була людина, її самоосвіта повинна проходити під керівництвом кваліфікованих педагогів. Тому на кафедрі хірургічної стоматології ОНМУ велика увага приділяється такій формі навчання, як самостійна робота студента.

Необхідність спілкування студента з викладачем вирішує питання зразка для формування особистості майбутнього лікаря, тому що викладач є сформованою особистістю, яка має повагу у своїх колег та у хворих.

У процесі навчання викладач формує у студентів такі орієнтаційні і мотиваційні установки, які визначають відповідальне ставлення кожного до своїх обов'язків. В той же час кожен студент до вступу до вищого навчального закладу певною мірою вже сформувався як особистість і є стійкою структурою, що включає мотиваційні, пізнавальні, емоційні, вольові компоненти. Незважаючи на те, що педагог працює з дорослою особою, він зобов'язаний сформувати у студента позитивне ставлення до своїх обов'язків, відчуття особистої відповідальності за свою поведінку, уміння управляти собою, зберігати самоконтроль у важких ситуаціях, навиків дотримання встановленого порядку, взаємодії з товаришами по колективу, уміння проводити самооцінку поведінки з погляду

ступеня її відповідності вимогам суспільства і принципам моральності, уміння мобілізувати свої сили і здібності відповідно до вирішуваного завдання.

В ході проведення виховної роботи викладач орієнтується на такі критерії, як строге дотримання студентами встановленого порядку і дисципліни, точне і ініціативне виконання своїх обов'язків, пунктуальне дотримання порядку денного, охайність зовнішнього вигляду, знання встановлених норм і правил, уміння управляти собою в складних клінічних ситуаціях, набуття навиків дисциплінованої поведінки, самодисципліни.

Необхідно відзначити, що характер поведінки людини є наслідком злиття різноманітних чинників, особистого прикладу тих, що оточують, стилю спілкування і так далі. Зниження ефективності навчання залежить від багатьох чинників. Серед них можна виділити особисті якості студента (негативні риси характеру, шкідливі звички, недотримання норм етики тощо); недоліки і упущення у виховній роботі (у її змісті і формах, слабкій інформативності деяких заходів, недообліку запитів студентів та ін.); зниження вимогливості і ослаблення контролю з боку викладача; несприятлива психологічна атмосфера в самому студентському колективі. Усуненню вказаних чинників приділяється особлива увага на нашій кафедрі.

У студентському колективі дисциплінованість тим вище і стійкіше, ніж більш послідовно, психологічно і педагогічно обгрунтовано ведеться робота щодо зміцнення порядку і дисципліни на кафедрі.

Разом з тим дисципліна як зовнішній регулятор поведінки людини впливає на її мислення, відчуття, волю, сприяючи тим самим виробленню необхідних навиків поведінки в соціумі. З точки зору і моральності і державної політики дотримання дисципліни є обов'язковою умовою нормального і стійкого функціонування

всіх ланок кафедри, а дисциплінованість студентів – основа, на якій будуються якості особи майбутніх фахівців.

Психологічні передумови дисциплінованості – спрямованість особи студента, його темперамент, здібності, мотивація поведінки, рівень інтелектуальної і суспільної активності.

Негативно на процесі навчання позначається переоцінка студентами своїх знань і умінь, некритичне ставлення до своєї поведінки. Тільки на основі позитивної мотивації, засвоєних норм дисципліни чоловік підпорядковує свою поведінку їх вимогам.

Велике значення має робота над собою – самопізнання, самооцінка, самовиховання, аналіз своїх установок і відношення до дійсності.

Проте багато студентів не надають самодисципліні того значення, якого вона заслуговує. Підвищення дисциплінованості студентів в ході навчального процесу припускає узгодженість спільної виховної і організаторської роботи всіх співробітників кафедри на чолі із завідувачем.

Викладачеві необхідно враховувати, що поведінка студента обумовлена створенням ним ідеального образу дій, безпосередньою метою і мотивом. Бажання, прагнення, а також ідеали, погляди, інтереси – все це внутрішні стимули активності, що виявляється в діях і вчинках. Закріплення позитивної мотивації відповідно до вимог дисципліни – основа успішної педагогічної роботи кафедри.

**Висновок.** Облік педагогом суспільно значущих мотивів у поведінці студентів, морально-психологічна підготовка їх навчально-професійної діяльності, безумовне дотримання дисципліни – чинники, без яких неможлива успішна підготовка кваліфікованих фахівців – лікарів.

### Література

1. Грішнова О. А. Людський капітал (формування в системі освіти і професійної підготовки) / О. А. Грішнова. – К. : Знання, КОО, 2001.
2. Кипень В. Викладачі вузів : соціологічний портрет /

В. Кипень, Р. Коржів. – Донецьк, 2001.

3. Педагогічна майстерність / за ред. І. А. Зазюна. – К. : Вища шк., 1997.

УДК 616.31-089+37.022.001.85

## ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА МОДУЛІ “МІСЦЕВЕ ЗНЕБОЛЕННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ”

А. Г. Гулюк, В. Г. Крикляс, Н. Б. Дмитрієва, О. О. Фаренюк  
*Одеський національний медичний університет*

## PECULIARITIES OF STUDENTS' STUDYING IN FACULTY OF DENTAL UNIT ON THE MODULE “LOCAL ANESTHESIA IN DENTISTRY”

A. H. Huliuk, V. H. Kryklias, N. B. Dmytriyeva, O. O. Farenjuk  
*Odessa National Medical University*

У статті наведено досвід викладання модуля “Місцеве знеболення в стоматології” на кафедрі хірургічної стоматології Одеського національного медичного університету з використанням тренажера для проведення периферичних і центральних провідникових анестезій.

The article presents the experience of teaching module “Local anesthesia in dentistry” at the Department of Operative Dentistry of Odessa National Medical University, using the simulator for the peripheral and central anesthesia.

**Вступ.** В теперішній час в житті, в медицині, і зокрема, в стоматології відбулися великі зміни. З'явилась велика кількість приватних клінік, кабінетів, пацієнти отримали можливість вибирати собі лікаря. Пацієнти хочуть отримувати якісну і безболісну допомогу. Починати надання стоматологічної допомоги такого рівня необхідно при навчанні студентів стоматологічного факультету з третього курсу, коли вони приходять на кафедру хірургічної стоматології на модуль “Місцеве знеболення в стоматології”.

**Основна частина.** Для правильного проведення анестезії треба мати хорошу теоретичну підготовку. Теоретична підготовка включає:

– знання нормальної анатомії (анатомія трійчастого нерва) і топографічної анатомії (треба чітко уявляти топографічні особливості ділянки, де проводять анестезію, знати чітко місце уколу голки, напрям руху голки, місцезнаходження цільового пункту);

– знати фармакодинамічні і фармакокінетичні характеристики знеболювального розчину, який вводять пацієнту;

– вміти оцінити загальний стан пацієнта, враховуючи супутню соматичну патологію і вікові особливості пацієнта;

– прогнозувати можливі місцеві і загальні ускладнення при проведенні анестезії, проводити заходи, направлені на профілактику цих ускладнень, знати

заходи невідкладної допомоги при виникненні можливих ускладнень.

Відповідно студентам необхідні знання, отримані на кафедрах нормальної анатомії, топографічної анатомії, фармакології, внутрішніх хвороб. Після цього необхідно ознайомитись і опрацювати кілька монографій з анестезій у стоматології (2-3) і ознайомитися з сучасними статтями в журналах стоматологічного профілю (4-5 статей). Для упорядкування знань за даними темами студенти використовують цифровий варіант лекцій. Після засвоєння теоретичних знань ми переходимо до перевірки цих знань шляхом опитування і тестових контролів. Після того, як проведена оцінка теоретичної підготовки кожного студента, ми переходимо до відпрацювання практичних навичок. Відробка практичних навичок починається з того, що викладач демонструє студентам різні види шприців (одноразові типу “Люер”, карпульні багаторазові і карпульні одноразові). Потім відпрацьовують навички набору розчинів з ампул в шприци одноразові типу “Люер” (звичайно використовуються для цього прострочені розчини анестетиків або інші розчини). Також відпрацьовують навички введення карпул анестетика в різні види багаторазових і одноразових карпульних шприців і накручування голок на канюлі багаторазових карпульних шприців. Потім на моделях щелеп відпрацьовуємо методику пошуку проекції верхівок коренів зубів для проведення інфільтраційної анестезії.

© А. Г. Гулюк, В. Г. Крикляс, Н. Б. Дмитрієва, О. О. Фаренюк

Моделі щелеп виготовляються в зуботехнічній лабораторії з супергіпсу. Для імітації м'яких тканин зверху супергіпсу наклеюють поролон товщиною 2 мм і білу бавовняну тканину. Для відпрацювання методик інфільтраційної анестезії відпрацьовані карпули з-під анестетиків заповнюють водою і проводять ін'єкції в імітацію м'яких тканин на моделях щелеп в ділянці зубів, які необхідно знеболити.

Для відпрацювання навичок провідникового знеболення нами розроблений і виготовлений тренажер для відпрацювання різних видів центральних та периферичних провідникових анестезій. Для виготовлення цього тренажера був взятий натуральний череп людини. По місцях виходу трійчастого нерва (цільові пункти проведення центральних і периферичних провідникових анестезій) були напаяні невеличкі пластинки-електроди. Зверху черепа нанесений шар поролону для імітації м'яких тканин, зроблена імітація зубних рядів, язика. Поверх поролону нанесена тонка гума для імітації шкірних покривів. За допомогою гнучкого стрижня череп приєднаний до коробки, на якій у вигляді табло винесені назви анестезій. Другим електродом є голка, яка за допомогою дроту також поєднується з табло на коробці. При правильно проведеній анестезії голка торкається електрода-пластинки у місці виходу нервів. Електричний ланцюг замикається і на табло висвітлюється віконце з назвою анестезії, що проводилась.

На цьому тренажері проводиться відпрацювання навичок проведення периферичних і центральних про-

відникових анестезій, знаходження місця вколу голки, виправлення руху голки, цільового пункту.

Після того, як кожний студент відпрацює навички проведення інфільтраційної і провідникових анестезій на моделях і тренажері, проводиться розбір неточностей, помилок і позитивних моментів при проведенні анестезій кожним студентом.

Ще одним важливим аспектом при виконанні даної маніпуляції є спілкування з пацієнтом, положення пацієнта у кріслі і т. п. Тому після відробки навичок і умінь на моделях і тренажерах ми у вигляді ділової гри ділимо студентів на пари "пацієнт-лікар", даємо кожній парі конкретні дані (для лікаря – яку анестезію потрібно виконати, для пацієнта – дані про його загальний стан, алергічний фон і т. п.). Студент – "лікар" повинен правильно розташувати студента – "пацієнта" у кріслі, зібрати анамнез і імітувати проведення анестезії. Потім студенти міняються місцями.

**Висновок.** Проводячи заняття з модуля "Методи місцевого знеболення в стоматології" за даною методикою, ми навчасмо студентів не тільки теоретичних знань, але й даємо можливість якісно виконувати мануальні навички при роботі з різними видами шприців, а також відробити навички та вміння проводити інфільтраційну та периферичну і центральну провідникові анестезії.

У студентів розвивається клінічне мислення, вони навчаються проводити розрахунок потрібної дози анестетика для вікових категорій пацієнтів і пацієнтів з різною соматичною патологією.

### Література

1. Педагогіка вищої школи (навч. посіб.) [З. І. Курлянд та ін.]. – Київ : Знання, 2007. – 495 с.
2. Основи дидактики вищої школи на до- і післядипломній стадіях навчання лікаря-стоматолога / О. О. Тимофєєв, С. В. Вітковська, О. О. Тимофєєв, С. В. Максимча. – К. :

Науковий світ, 2010. – 110 с.

3. Кононенко Ю. Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю. Г. Кононенко, Н. М. Рожко, Г. П. Рузин. – К. : Книга-плюс, 2001. – 320 с.



УДК 61:378.147

## КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Л. М. Унгурян, Н. С. Фізор, О. О. Черкашина

*Одеський національний медичний університет*

## CREDIT-MODULAR ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS

L. M. Unhuryan, N. S. Fizer, O. O. Cherkashyna

*Odessa National Medical University*

Враховуючи основні принципи і цілі Болонського процесу впроваджується кредитно-модульна організація навчального процесу. Кредитно-модульна система забезпечить найбільш оптимальний і безболісний перехід від системи освіти, що існує в Україні, до європейської, яка враховуватиме основні положення Болонського процесу.

Taking into account basic principles and aims Bologna process there was developed credit-modular organization of educational process. Credit-modular system will provide the most optimum and painless transition from the system of education which exists in Ukraine, to European which will take into account the substantive provisions of Bologna process.

**Вступ.** Процеси інтеграції в сучасному суспільстві охоплюють все більше і більше сфер життєдіяльності. Освіта України загалом і вища освіта зокрема не можуть знаходитися в стороні від європейської інтеграції.

Єдина Європа припускає вільне пересування праці (робочої сили), товарів і капіталу, звідси необхідність в порівнянності кваліфікацій у сфері вищої освіти, без чого вільне пересування висококваліфікованих кадрів неможливе.

Вирішення проблеми якості професійної підготовки майбутнього фахівця, відповідно до сучасних вимог, направлених на реалізацію положень Болонської декларації, потребує впровадження і використання в навчально-виховному процесі вузу кредитно-модульної технології навчання, як новітньої моделі організації навчального процесу.

**Основна частина.** Суть Болонської декларації полягає у формуванні єдиного європейського освітнього простору і загальноєвропейської системи освіти, яка буде досягнута за рахунок використання основних положень цієї системи.

Враховуючи основні принципи і цілі Болонського процесу, була розроблена модель кредитно-модульної організації навчального процесу. Кредитно-модульна система забезпечить найбільш оптимальний і безболісний перехід від системи освіти, що існує в Україні, до європейської, яка враховуватиме основні положення Болонського процесу.

Багато хто вважає, що система освіти України була сформована в умовах інформаційного дефіциту і об-

межених можливостях доступу до інформації. Тому діяльність педагога у вузах зводилася, перш за все, до інформуючих функцій. Викладач відігравав роль найважливішого джерела інформації.

В Україні кредитно-модульна система почала вводитися у вузи з 2005/2006 років. Впровадження кредитно-модульної системи є важливим чинником для стимулювання ефективної роботи викладача і студента.

При кредитно-модульній системі організації навчального процесу зміст дисципліни розподіляється на змістовні модулі, тобто навчальна дисципліна формується як система змістовних модулів.

Кредит (credit) – умовна одиниця вимірювання навчального навантаження студента при вивченні якоїсь складової навчальної програми або окремої дисципліни (курсу), виконаної студентом під час освіти.

Найбільш прийнятною з тих, що існували в Європі на момент підписання Болонської декларації систем кредитів, була визнана система ECTS (European Credit Transfer System – Європейська система взаємозаліку кредитів).

Кількість кредитів ECTS на навчальну дисципліну визначається діленням загального об'єму годин, запланованих на вивчення дисципліни, на ціну кредиту (з округленням до 0,5 кредиту). Наприклад, якщо для вивчення дисципліни виділяється 108 годин, то це відповідає трьом кредитам. В цьому випадку дисципліна формується з трьох модулів.

За канонами Болонського процесу вважається нормою нараховувати студентам кредити за стажуван-

ня і практики, за підготовку до іспитів.

Модульно-рейтингова система оцінки знань передбачає 200-бальну шкалу, тобто 200 балів — це максимальна кількість балів, які студент може отримати за академічні успіхи в процесі вивчення змістовного модуля. Оцінка знань студента за змістовний модуль враховує оцінки, отримані за всі види проведених занять, за поточне і підсумкове тестування (наприклад, за виконання практичних, лабораторних занять тощо) з урахуванням вагових коефіцієнтів.

Сумарне оцінювання засвоєння навчального матеріалу дисципліни визначається без проведення семестрового іспиту як інтегрована оцінка засвоєння всіх змістовних модулів з урахуванням вагових коефіцієнтів.

Оцінка знань студентів з дисциплін, з яких за навчальним планом передбачений іспит, здійснюється на основі результатів поточного модульного контролю і підсумкового модульного контролю (іспиту).

Поточний контроль складається із змістовних модулів і здійснюється викладачем, який проводить практичні, лабораторні заняття або семінари. Поточний контроль включає:

- елементи теоретичних знань і практичних дій в ході засвоєння навчального матеріалу;
- контрольні зрізи (тести, усний опит, письмова контрольна робота).

На початку семестру викладач зобов'язаний довести до відома студентів види завдань, перелік питань, що охоплюють зміст програми дисципліни, а також критерії оцінки знань поточного і підсумкового модульного контролю.

Студентам, які виконували творчі завдання, брали участь в науково-дослідній діяльності, в роботі конференцій, в наукових семінарах, можуть присуджуватися додаткові бали.

У підсумковий модульний контроль входять:

- наукова робота студента з дисциплін;
- виконання індивідуального творчого завдання;
- або іспит.

Загальна підсумкова оцінка з дисципліни включає:

- бали, отримані за наслідками поточного модульного контролю;
- бали, отримані за виконання завдань (індивідуальне творче завдання, науково-дослідна діяльність, участь у роботі конференцій, наукових семінарах, підготовка наукових публікацій), які виносяться на підсумковий модульний контроль (іспит);
- бали, отримані безпосередньо на іспиті з дисципліни.

По навчальних дисциплінах, де підсумок оцінювання рівня знань студентів здійснюється за наслідками поточного модульного контролю (тобто залік), завдання поточного модульного контролю оцінюються в діапазоні від 0 до 200 балів.

Підсумковий бал за наслідками поточного модульного контролю є основою для виставлення заліку з цього предмета.

Академічні успіхи студента визначаються за допомогою системи оцінювання знань, яка використовується у вузі, але з обов'язковим приведенням оцінок до національної шкали і шкали ECTS.

Основні положення, позитивні і негативні сторони традиційної і нової систем розглянуті в таблиці 1.

**Таблиця 1.** Порівняльна характеристика традиційної і модульної систем

Традиційна система	КМС
<b>Основні аспекти</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Розробка стабільного і довготривалого маршруту навчання.</li> <li>– Розчленування всього процесу навчання на етапи, закріплення за кожним етапом певних працівників, що відповідають за цей етап.</li> <li>– Студент розглядається як пасивний елемент системи навчання (беззаперечно виконує вказівки керівництва).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Орієнтація на споживача — студента, якому дається можливість впливати на процес свого навчання.</li> <li>– Упор на профілактику якості навчання — за об'єктом надання послуги студентом постійно ведеться моніторинг у вигляді виставлення балів його успішності.</li> <li>– Вимагає великої самостійності, індивідуальності в роботі викладача і студента.</li> </ul>
<b>Достоїнства</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Стабільність системи, її одноманітність для всіх, вона була добре відпрацьована.</li> <li>– Фундаментальність системи.</li> <li>– Процес проводився без збоїв, зрозумілість системи і її передбаченість на багато років вперед.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Відділення процесу навчання від процесу оцінки результатів навчання. Викладач проводить заняття, проставляє поточні бали успішності, але остаточну оцінку результатів його діяльності виконує центр по тестуванню.</li> <li>– Дає великі права студентові, як основному елементу процесу.</li> <li>– Здібність студента до самостійного мислення.</li> </ul>

Продовження табл. 1

Традиційна система	КМС
	<b>Недоліки</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Контроль по кінцевому продукту (студент живе від сесії до сесії, про підручники згадує за три дні до іспиту).</li> <li>– Дія на студентів в основному за допомогою репресивних методів, пасивна роль студента в процесі навчання.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Знижує фундаментальність отримуваних знань.</li> <li>– Часта зміна умов роботи, що вимагає великих матеріальних витрат.</li> </ul>

**Висновок.** Участь системи вищої освіти України в Болонських перетвореннях може бути направлена лише на її розвиток і отримання нових якісних ознак, а не на втрату кращих традицій, зниження національних стандартів його якості. Орієнтація на реформи

не може приводити до надмірної перебудови вітчизняної системи освіти. Навпаки, її стан треба глибоко осмислити, порівнявши з європейськими критеріями і стандартами, і визначити можливості її удосконалення на новому етапі.

### Література

1. Бойцова Е. Модульно-рейтинговая система на базе тестовых технологий / Е. Бойцова, В. Дроздов // Высшее образование в России. – 2005. – № 4.
2. Гончаров С. М. Кредитно-модульна система організації навчального процесу : методичні аспекти : монографія / С. М. Гончаров, В. А. Гурин. – Рівне : НУВГП, 2008. – 626 с.
3. Жуков Г. Н. Основы общей профессиональной педагогики : учебное пособие / Г. Н. Жуков, П. Г. Матросов, С. Каплан; под общ. ред. проф. Г. П. Скамницкой. – М. : Гардарики, 2005. – 382 с.
4. Кузнецова Л. М. Рейтинговая система контроля знаний / Л. М. Кузнецова // Специалист. – 2006. – № 4.
5. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали. травень – грудень 2004 р.). Ч. 2 / [Упорядники : М. Ф. Степко, Я. Я. Боллобаш, В. Д. Шинкарук та ін.]. – Тернопіль : Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 202 с.

6. Прокопенко І. Ф. Педагогічні технології : навчальний посібник / І. Ф. Прокопенко, В. І. Євдокимов. – Харків : Колегіум, 2005. – 224 с.
7. Сумеркин Ю. Дисциплина по выбору : рейтинговый подход / Ю. Сумеркин // Высшее образование в России. – 1999. – № 1.
8. Устинова Л. Г. Творческий потенциал и рейтинговая технология обучения / Л. Г. Устинова // Школьные технологии. – 2002. – № 2.
9. Фролов Н. Кредитно-рейтинговая система : опыт ТулГУ / Н. Фролов, В. Жигунов // Высшее образование в России. – 2006. – № 5.
10. Чистохвалов В. Кредитные единицы входят в отечественную высшую школу / В. Чистохвалов // Высшее образование в России. – 2004. – № 4.
11. Шагеева Ф. Современные образовательные технологии / Ф. Шагеева, В. Иванов // Высшее образование в России. – 2006. – № 4.

УДК 37.0082

## АУДИТИВНА КОМПЕТЕНЦІЯ ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ВИВЧЕННІ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ

М. І. Бобак, М. Л. Кушик, І. А. Прокоп, О. В. Денефіль, Г. Б. Паласюк,  
Т. В. Саварин, Л. Я. Вітко, М. О. Сокол

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

## LISTENING COMPREHENSION COMPETENCE AS A MAIN TYPE OF COMMUNICATIVE ACTIVITY WHILE STUDYING THE ENGLISH LANGUAGE

M. I. Bobak, M. L. Kushyk, I. A. Prokop, O. V. Denefil, H. B. Palasiuk, T. V. Savaryn,  
L. Ya. Vitko, M. O. Sokol

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

У статті розглянута проблема аудитивної компетенції як одного із видів комунікативної діяльності при вивченні англійської мови. Аналізується значення навчання аудіювання як спеціальної програми дій з текстом, що сприймається на слух. Зосереджена увага на механізмах аудіювання мовленнєвих одиниць різних рівнів. Окреслюється мета щодо визначення особливостей формування аудитивної компетенції студентів й оптимальних типів, видів вправ, які спрямовані на формування аудитивних навичок студентів.

The article adduces the problem of listening comprehension competence as a main type of communicative activity while studying the English language. The notion of listening comprehension studies as a main program of text action which is perceived by listening, is analyzed. A special attention is paid to the question of listening comprehension mechanisms of vocal units of different levels. The aim of defining peculiarities of forming students' listening comprehension competence and optimal types, types of exercises, that are directed on forming listening comprehension skills of students.

**Вступ.** У методичному плані навчання аудіювання – це спеціально організована програма дій з текстом, що сприймається на слух. Оскільки це внутрішня діяльність, яка не піддається спостереженню, то необхідно поступово навчати окремих дій, які є її складовими компонентами. Ці дії є об'єктом ціле-спрямованого формування і розглядаються як проміжні цілі навчання аудіювання. Досягнення проміжних цілей проходить поетапно. На кожному етапі формуються відповідні механізми аудіювання мовленнєвих одиниць різних рівнів: 1) словоформи, вільного словосполучення, фрази; 2) понадфразової єдності; 3) цілого тексту. За допомогою цих дій розвивається механізм прогнозування, який відіграє дуже важливу роль у сприйманні мовлення на слух.

**Основна частина.** Тема цього дослідження є однією з найактуальніших тем у сучасній методиці навчання іноземної мови, оскільки без аудіювання неможливе мовне спілкування. І недооцінка аудіювання може вкрай негативно позначитися на мовній підготовці студентів. Вивчення цього виду мовленнєвої діяльності в

методиці недостатньо глибоке, а термін “аудіювання” використовується в методичній літературі порівняно недавно. Він протиставляється терміну “слухання”. Якщо “слухання” означає акустичне сприйняття звуків, то поняття “аудіювання” включає процес сприйняття і розуміння звукової мови. Також відомо, що “аудіювання” дуже важкий вид мовної діяльності. А те, що сучасні випускники шкіл практично не володіють даним умінням, зовсім не таємниця.

Взагалі, аудіювання як дія, що входить до складу усної комунікативної діяльності, використовується в спілкуванні, яке підпорядковується виробничим, суспільним чи особистим потребам.

І звичайно ж, аудіювання може бути окремим видом комунікативної діяльності зі своїм мотивом, що відображає потреби людини або характер її діяльності. У такій ролі воно виступає, наприклад, під час перегляду фільму, телепередачі, прослуховування радіопередачі і т. д.

Предметом дослідження є визначення особливостей формування іншомовної аудитивної компетенції студентів.

Мета даного дослідження полягає у визначенні особливостей формування аудитивної компетенції студентів і у визначенні оптимальних типів та видів вправ, спрямованих на формування аудитивних навичок студентів.

Завдання дослідження:

1. Розглянути теоретичні основи навчання аудіювання.

2. Визначити основні труднощі розуміння мови на слух.

3. Визначити оптимальні типи і види вправ, які спрямовані на формування аудитивних навичок студентів.

Термін "аудіювання" був запроваджений в літературі американським психологом Брауном. Аудіювання – це розуміння сприйнятого на слух усного мовлення. З точки зору психофізіології аудіювання трактується як перцептивна розумова мнемічна діяльність. Аудіювання повинно займати важливе місце вже на початковому етапі навчання іноземної мови. Оволодіння аудіюванням дає можливість реалізувати виховні, освітні і розвиваючі цілі. Воно дозволяє навчати студентів уважно прислухатися до звукової мови, формувати вміння передбачати значення змісту вислову і, таким чином, виховувати культуру слухання не тільки на іноземній, але і на рідній мові. Виховне значення формування уміння розуміти мову на слух полягає в тому, що воно позитивно впливає на розвиток пам'яті людини, і, перш за все, на розвиток слухової пам'яті, яка є важливою не тільки для вивчення іноземної мови, але і будь-якого іншого предмета [3].

За допомогою аудіювання досягається і освітня мета. Студенти мають можливість розуміти висловлювання, якими б елементарними вони не були, на мові іншого народу, в даному випадку на англійській мові, одній з найпоширеніших мов світу. Аудіювання служить і важливим засобом вивчення іноземної мови. Воно дає можливість опанувати звукову систему мови, що вивчається, її фонетичний склад і інтонацію: ритм, наголос, мелодію. Наприклад, на початковому етапі, викладач вчить студентів розрізняти звуки ізольовано і в поєднаннях, чути різницю, довготу і стислість, кількісні і якісні характеристики звуків.

Через аудіювання відбувається засвоєння лексичного складу мови і її граматичної структури. Так, наприклад, студенти через аудіювання опановують слова *polycardia, schema, pressure, anxiety, state of blood* і т. д. Перевірка розуміння відбувається тоді, коли студент дає коротку відповідь на запитання. Таким чином здійснюється і навчання розуміння структур різного типу: стверджувальних, питальних, заперечних. У цей же самий час аудіювання полегшує оволодіння говорінням, читанням і письмом [2].

Етап навчання аудіювання на рівні цілого тексту передбачає дії, за допомогою яких досягається:

– розуміння зв'язного (монологічного) мовлення, побудованого на повністю знайомому матеріалі, шляхом членування тексту на смислові частини або виділення інформаційних точок; реакція на почуте – невербальна (дії, символи тощо);

– розуміння повідомлення з незнайомим мовним матеріалом; реакція на почуте – невербальна або вербальна як у процесі слухання, так і після нього;

– розуміння діалогічного тексту, побудованого на знайомому матеріалі, із завданням на виявлення кількості учасників бесіди, їх характеристик; реакція вербальна або у вигляді відповіді на запитання, тесту множинного вибору і т. п.;

– розуміння зв'язного тексту, що містить деякі незнайомі елементи: слова, словосполучення, про значення яких можна здогадатися на підставі співзвучності з рідною мовою (опора на здогадку, мовний досвід); розуміння можна перевірити за допомогою тесту множинного вибору, відповідей на запитання і т. п.;

– розуміння зв'язного тексту з деякими незнайомими елементами, але здогадка про їх значення здійснюється за формальними ознаками з опорою на знання та асоціативні зв'язки в іноземній мові;

– розуміння зв'язного тексту з наявними незнайомими елементами; здогадка про їх значення здійснюється за контекстом, з опорою на смислові зв'язки;

– розуміння зв'язного тексту, побудованого переважно на незнайомому матеріалі, але з виділенням спеціальних перешкод з метою подолання їх шляхом перепитувань, прохання уточнити сказане і т. д. [2].

Визначальними рисами аудіювання як виду мовленнєвої діяльності в методиці навчання іноземних мов вважаються такі:

1. За характером мовленнєвого спілкування аудіювання, як і говоріння, відноситься до видів мовленнєвої діяльності, що реалізують усне безпосереднє спілкування (хоча інформація може передаватися і технічними засобами), і через це протистоїть читанню і писемному мовленню, які реалізують спілкування, опосередковане письмом.

2. За своєю роллю у процесі спілкування аудіювання є реактивним видом мовленнєвої діяльності, так само, як і читання.

3. За спрямованістю на прийом і видачу мовленнєвої інформації аудіювання, як і читання, є рецептивним видом МД.

4. Форма перебігу процесу аудіювання – внутрішня, невиражена, на відміну від говоріння і письма, які актуалізуються у зовнішньому плані. Основою внут-

рішнього механізму аудіювання є такі психічні процеси, як сприйняття на слух, увага, розпізнавання та зіставлення мовних засобів, їх ідентифікація, осмислення, антиципація, групування, узагальнення, утримання в пам'яті, умовивід, тобто відтворення чужої думки та адекватна на неї реакція. Отже, предметом аудіювання є чужа думка, яка закодована в аудіо-тексті і яку належить розпізнати.

5. Продуктом аудіювання є умовивід, результатом – розуміння сприйнятого смислового змісту і власна мовленнєва та немовленнєва поведінка [3].

Виявлено, що структура аудіювання, як і говоріння, складається з трьох частин: спонукально-мотиваційної, аналітико-синтетичної і виконавчої. Проте роль і співвідношення цих частин специфічні. Так, мотиваційно-цільовий аспект аудіювання не тільки визначається потребами слухача, але й опосередко-

вується діяльністю говоріння іншого учасника спілкування. Метою аудіювання є осмислення почутого мовленнєвого повідомлення.

Сприйняття мовлення на слух супроводжується подоланням труднощів, викликаних переважно трьома факторами: індивідуально-психологічними особливостями слухача, умовами сприймання та мовними особливостями мовленнєвого повідомлення.

**Висновок.** Отож, володіння аудіюванням як видом мовленнєвої діяльності повинно забезпечувати успішний процес комунікації, розвивати вміння студентів говорити іноземною мовою і розуміти її, а оскільки цей процес складний і важкий, то потрібно приділяти йому більше уваги. Дуже важливо підвищити і мотивацію студентів до розуміння іноземної мови на слух. Адже, на сьогодні, є всі умови для вдосконалення процесу навчання аудіювання.

### Література

1. Бухбиндер В. А. Основы методики преподавания иностранных языков / В. А. Бухбиндер, В. Т. Штраус. – Киев : Вища школа, 1986. – 335 с.

2. Пассов Е. И. Программа – концепция коммуникативного иноязычного образования : Концепция ... 5–11 классы / Е. И. Пассов. – Москва : Просвещение, 2000. – С. 77–78.

3. Ніколаєва С. Ю. Практикум з методики викладання іноземних мов у вищих навчальних закладах : посібник для студентів / С. Ю. Ніколаєва, Г. С. Бадаянц. – К. : Ленвіт, 2001. – 298 с.

4. Елухіна Н. В. Обучение аудированию в русле коммуникативно ориентированной методики / Н. В. Елухіна. – Москва : ИЯШ, 1989. – № 2. – С. 28–36.

УДК 614.88

## ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН “МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ” ТА “БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ” У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

О. П. Славута, Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко

*Одеське обласне базове медичне училище, Одеський національний медичний університет*

## IMPROVEMENT OF QUALITY OF TEACHING DISASTER MEDICINE AND SAFETY AT HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II ACCREDITATION LEVELS

O. P. Slavuta, Yu. F. Pedanov, A. I. Hozhenko

*Odessa Regional Basic Medical College, Odessa National Medical University*

У статті розглядаються питання поліпшення якості викладання дисциплін “Медицина катастроф” та “Безпека життєдіяльності” у ВНЗ І–ІІ рівнів акредитації.

The article deals with improving the quality of teaching “Disaster Medicine”, and “Safety” at higher educational establishments of I–II accreditation levels.

**Вступ.** У всьому світі останнім часом, за даними статистики ВООЗ, збільшується кількість техногенних надзвичайних ситуацій та природних катастроф, які супроводжуються значними людськими втратами. Так, наприклад, внаслідок стихійних лих та техногенних аварій у світі за рік загинуло майже 2,5 млн людей, та більш ніж 200 млн отримало травми. Найсвіжішими подіями, відомими нам, є землетрус та цунамі в Японії, що ускладнились аварією на атомній електростанції. Навіть в цій надзвичайно дисциплінованій та економічно і технологічно розвиненій країні виникли проблеми із своєчасним наданням першої і невідкладної медичної допомоги постраждалому населенню, що пов'язано з об'єктивними складнощами введення сил і засобів служб реагування на надзвичайні ситуації у випадках виникнення масових санітарних втрат.

Підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах ВНЗ І–ІІ рівнів акредитації МОЗ України – серед них 44 медичних училища, 69 медичних коледжів, два інститути медсестринства. Контингент становить більш 70 тис. осіб. Тому необхідно вже на ранніх етапах навчання у ВНЗ І–ІІ рівнів акредитації приділяти більше уваги системі БЖД на випадок екстраординарних ситуацій та забезпечити більш поглиблене вивчення дисципліни БЖД [1].

**Основна частина.** У наданні невідкладної медичної допомоги найважливішим фактором є фактор часу. Чим більше збігає часу від моменту отримання ушкодження до моменту надання медичної допомоги, тим гіршим стає прогноз для постраждалого. Летальність зростає геометрично. Так, наприклад, у випадках транспортних травм якщо медична допомога була надана протягом 30 хвилин – 1 години, то смертність серед травмованих не перевищила 30%. Але при перевищенні цього терміну летальність досягає 60 – 80 %, причому має місце зростання в геометричній прогресії. Узагальнюючи, стає зрозумілим, що з трьох людей, які загинули на вулицях міста, одного або двох можна було врятувати, якби вони своєчасно отримали допомогу.

Найчастіше травмовані гинуть внаслідок неякісного, не в повному обсязі та несвоєчасного надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, а інколи і внаслідок ненадання медичної допомоги взагалі. Все це відбувається найчастіше як результат неякісної організації рятувальних робіт, а також невміння надавати екстрену медичну допомогу медичними працівниками, рятувальниками і населенням.

Чи можемо ми запобігти катастрофам та аваріям? Мабуть, що ні. Але ми здатні вирішити питання зменшення людських втрат при них, а також маємо змогу забезпечити готовність медичних працівників та населення до надання якісної медичної допомоги постраждалим.

© О. П. Славута, Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко

Служба медицини катастроф була створена в 1973 році з метою вирішення означених задач. Також було введено в програму викладання ВНЗ медичного напрямку дисципліну з аналогічною назвою. Разом із дисципліною “Безпека життєдіяльності” вона стає однією із складових загальної системи забезпечення безпечної життєдіяльності. Найголовнішим питанням медицини катастроф визначилось – розробка наукових і практичних питань надання медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях.

Як відомо, до складу медицини катастроф входять підрозділи, спеціально призначені для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, медичні сили, засоби і лікувальні заклади Міністерства охорони здоров'я, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту України. Керівництво Державною службою медицини катастроф покладено на Міністерство охорони здоров'я на державному рівні. В області – управління охорони здоров'я облдержадміністрації. І так до ЦРЛ сільських районів. Найчисленнішою складовою медичних підрозділів є медичні сестри і інші представники цієї ланки, підготовку котрих виконують ВНЗ I–II рівнів акредитації медичного напрямку. Якість їх підготовки напряму залежить від рівня практичного навчання. Важливим моментом є також підготовленість медичних працівників навчати населення простіших навичок надання медичної допомоги. Це означає, що серед задач, поставлених перед навчальним закладом, головним є не тільки навчати виконувати перелік необхідних дій, але й навчати цивільне населення виконувати необхідні дії в разі відсутності поруч з постраждалим професійних медиків. Інакше кажучи, необхідно прищеплювати медичним працівникам навички викладача, педагога, навчати простих й одночасно ефективних методів заохочення населення до процесу навчання, прийомів лекторської майстерності, наполегливості в досягненні мети, типових помилок у стандартних ситуаціях навчання.

Є такий відомий вислів: бажаєш чогось навчитись – навчи іншого. Для кращого засвоєння матеріалу студентами вважаємо доцільним використовувати метод організації роботи лекторських бригад за програмою “рівний рівному”, коли групи студентів-медиків проводять позакласні заняття з питань надання невідкладної медичної допомоги з однолітками в інших навчальних закладах немедичного профілю.

На жаль, сьогодні дисципліна БЖД поєднана з охроною праці. А оскільки в більшості навчальних закладів спеціалістів дисципліни БЖД найчастіше немає,

її віддано на поталу спеціалістам з охорони праці. Більшість часу приділяється таким питанням, як проведення розслідування на підприємстві після загибелі або травмування співробітника. Інакше кажучи, всю увагу приділяють творенню папірців, а не спасінню життя людини. Таким чином, вивчивши дисципліну БЖД, студенти не мають практичних навичок надання першої медичної допомоги і, в кращому випадку, мають теоретичну підготовку. Тому ми знайшли можливість створити групи студентів-медиків, котрі проводять практичні заняття в немедичних установах. Результатом таких занять стало покращання рівня знань як студентів не медиків, так і студентів, котрі проводили заняття. Навички викладання в подальшому будуть використані медичними працівниками для проведення санітарно-просвітницької діяльності серед населення. А це дуже важливий момент, бо саме ці працівники найчастіше і найдовше спілкуються з пацієнтами й розмовляють мовою “на одному рівні”.

Незважаючи на досягнення в організації роботи служби медицини катастроф в Україні, багато питань залишаються невирішеними або потребують подальшого поліпшення [2–9].

Найбільш небажаними й частими вадами організації і якості медичної допомоги в осередках масових санітарних втрат є такі недоліки:

1. Госпіталізація постраждалих в лікарні без надання необхідної медичної допомоги на місці пригоди.

2. Не проведення медичного сортування постраждалих, що призводить до погіршення якості надання медичної допомоги і нераціонального використання сил і засобів медичної служби.

3. Занадто ретельне обстеження і лікування хворого на догоспітальному етапі, що призводить до непотрібної затримки евакуації й надання кваліфікованої допомоги.

4. Під час евакуації не застосовуються засоби підтримки життєво важливих функцій, що погіршує стан хворого.

5. Немає єдиного примірника медичної документації, не обтяженого, але інформаційно насиченого і зручного в заповненні і читанні. Сучасна документація не полегшує роботу медичного працівника на догоспітальному етапі, але робить її громіздкою й загрозово шкідливою для стану хворого, бо забирає час на оформлення, й не надає необхідного мінімуму інформації лікарям спеціалістам.

6. Недостатня підготовка медичного персоналу, рятувальників і населення з надання невідкладної медичної допомоги.



7. Необхідно зауважити, що навчальна програма з БЖД потребує суттєвого перегляду.

**Висновок.** Виходячи з переліку виявлених проблем та різноманіття напрямків діяльності молодших медичних спеціалістів, робимо висновок в необхідності більш поглибленої підготовки молодших медичних працівників з питань БЖД та медицини катастроф.

Належить приділити увагу таким моментам практичної підготовки:

1. Питання реанімації – на рівні БЖД (час на практичну підготовку майже відсутній) та медицини катастроф з відпрацюванням практичних навичок на манекенах, з використанням методики ділової гри або ситуаційної задачі.

2. Питання політравми та особливостей надання першої медичної допомоги в умовах політравми майже не розглядаються з практичної точки зору, не зважаючи на актуальність проблеми.

3. Питання психологічної, психіатричної і психотерапевтичної допомоги постраждалим безпосередньо

у вогнищі та психотерапевтична допомога сім'ям розглянуті недостатньо й без належної практики.

4. Активніше застосовувати нетрадиційні форми навчання: проведення факультативів лекторської майстерності для обдарованих студентів з подальшим проведенням практичних занять, надання невідкладної медичної допомоги за методикою “рівний рівному”.

5. Пропонувати викладачам інших навчальних закладів немедичного профілю направляти на факультативне навчання навичок першої медичної допомоги найбільш талановитих студентів у медичний навчальний заклад. Після навчання студенти підготовлені до проведення необхідних маніпуляцій у своєму навчальному закладі.

6. Необхідно зауважити, що навчальна програма з БЖД потребує суттєвих змін – перегляду тем та збільшення кількості годин.

Таким чином буде поліпшено якість підготовки медичних сестер з питань БЖД та медицини катастроф.

### Література

1. Сучасний стан кадрової політики у галузі охорони здоров'я / З. М. Митник, М. В. Банчук, І. І. Фещенко [та ін.] // Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матер. навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 3–5.

2. Бичков В. В. Якісно нова система медичної допомоги постраждалим від дорожньо-транспортних пригод на рівні мегаполіса / В. В. Бичков // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 2. – С. 27–31.

3. Люлько О. М. Наукове та економічне обґрунтування впровадження удосконаленої організації роботи обласної служби медицини катастроф при реагуванні на транспортні пригоди / О. М. Люлько, С. Б. Медушевський // Медицина транспорту України. – 2010. – № 3. – С. 82–84.

4. Мазуренко О. В. Концептуальні засади залучення волонтерів при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій / О. В. Мазуренко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 38–41.

5. Мазуренко О. В. Основні етапи та завдання системи

охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації природного характеру / О. В. Мазуренко // Укр. журн. екстрем. медицини ім. Г. О. Можаяєва. – 2010. – Т. 11, № 3. – С. 9–12.

6. Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення населення з точки зору медицини катастроф / В. Ю. Кузьмін [та ін.] // Укр. журн. екстрем. медицини ім. Г. О. Можаяєва. – 2010. – Т. 11, № 4. – С. 37–42.

7. Рошчін Г. Г. Мобільні медичні формування служби медицини катастроф / Г. Г. Рошчін, О. В. Мазуренко // Укр. журн. екстрем. медицини ім. Г. О. Можаяєва. – 2010. – Т. 11, № 4. – С. 43–48.

8. Удосконалення викладання медицини катастроф на етапі післядипломної підготовки лікарів / Л. В. Глушко, Н. З. Позур, Н. В. Чаплинська, Т. Ю. Гавриш // Галиц. лікар. вісник. – 2010. – Т. 17, № 4. – С. 101–102.

9. Эльгаров А. А. Автотранспортная медицина – опыт и перспективы / А. А. Эльгаров, М. А. Калмыкова, М. А. Эльгаров // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 11. – С. 21–23.

УДК 378.09:616

## ДОСВІД ЖИТОМИРСЬКОГО ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА В МІЖНАРОДНОМУ СПІВРОБІТНИЦТВІ

В. Й. Шатило, В. А. Копетчук, С. В. Гордійчук, О. В. Горай, І. Р. Махновська

*Житомирський інститут медсестринства*

## THE EXPERIENCE OF ZHYTOMYR INSTITUTE OF NURSING IN THE INTERNATIONAL COLLABORATION

V. Y. Shatylo, V. A. Kopetchuk, S. V. Hordiychuk, O. V. Horay, I. R. Makhnovska

*Zhytomyr Institute of Nursing*

У статті розглянуто досвід міжнародного співробітництва Житомирського інституту медсестринства. Розкриті основні напрямки та загальні підходи до реалізації концепції розвитку міжнародного співробітництва, висвітлені стратегії та кроки співробітництва у сфері професійної підготовки медичних працівників.

In the article the experience of the international collaboration of Zhytomyr Institute of Nursing was considered. The main directions and general approaches for the realization of conception of development the international collaboration were defined; also the main strategies and the steps of collaboration in the sphere of professional training of medical workers were pointed out.

**Вступ.** Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті проголошує: “Освіта – стратегічна основа розвитку особистості, суспільства, нації й держави, запорука майбутнього, найбільш масштабна і людиноємна сфера суспільства, його політичної, соціально-економічної, культурної й наукової організації. Вона є засобом відтворення й нарощування інтелектуального, духовного потенціалу народу, виховання патріота і громадянина, дієвим чинником модернізації суспільства, зміцнення авторитету держави на міжнародній арені” [1].

Активна міжнародна консолідація у сфері освіти та науки спрямована на приєднання України до процесу створення єдиного європейського наукового й освітнього простору – зони “Європейської вищої освіти”, у рамках якої освіта набуває прозорості, конкурентоспроможності та стає порівнюваною. Європа визнає освіту та дослідження основою для побудови науково організованого суспільства, тому здатність навчальних закладів максимально використовувати можливості, які виникають у сфері міжнародного співробітництва, виявляється вирішальною для їхнього процвітання [2].

Проблеми міжнародної діяльності вищих навчальних закладів та вироблення підходів до формування концепції розвитку міжнародного співробітництва розглядають такі українські автори, як В. Г. Кремень, М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, О. В. Співаковський,

В. З. Гришак. На актуальності питань співробітництва університетів із зарубіжними організаціями, фондами, грантодавцями наголошують О. І. Шнирков, І. О. Мінгазутдінов, С. А. Шмельова, Т. Ю. Подобедова. Незважаючи на те, що за останнє десятиліття відбулися значні зміни у вищій школі, які спричинили реформування системи вищої освіти України відповідно до міжнародних стандартів та норм, важливим сьогодні залишається розкриття тих можливостей, які дозволяють сучасному навчальному закладу інтегруватись до світового освітнього простору.

**Основна частина.** Сьогодні Житомирський інститут медсестринства – вищий навчальний заклад, який вперше в Україні запровадив сучасні освітні стандарти у підготовці медичних кадрів – ступеневу медсестринську освіту. Підготовку медичних фахівців для потреб практичної охорони здоров'я області та держави проводиться за 7 акредитованими спеціальностями: “Лікувальна справа” (фельдшер), “Сестринська справа” (медична сестра), “Стоматологія” (зубний гігієніст), “Акушерська справа” (акушерка), “Стоматологія ортопедична” (зубний технік), “Сестринська справа” (медична сестра–бакалавр), “Сестринська справа” (медична сестра–магістр).

За час свого існування навчальний заклад підготував близько 30 тисяч спеціалістів середньої ланки системи охорони здоров'я та понад 300 медсестер–бакалаврів. На кафедрі післядипломної освіти “Загаль-

на практика – сімейна медицина” підготовлено близько 400 сімейних лікарів. У відділенні післядипломної освіти підвищили свою кваліфікацію та пройшли курси спеціалізації понад 14 тисяч молодших медичних спеціалістів. У 2008 році, згідно з Програмою реформування медсестринства в Україні на 2005–2010 рр., в інституті запроваджено ступеневу медсестринську освіту та здійснено прийом на навчання в магістратуру за спеціальністю “Сестринська справа”. У червні 2010 року відбулись урочистості з нагоди першого випуску 19 магістрів, які отримали дипломи з вищою медсестринською освітою та поповнили лави представників медичної еліти держави.

У навчальному закладі створено всі умови для здійснення навчання, а також для творчої та наукової праці. Навчально-виховний процес здійснюють 241 викладач, з науковим ступенем – 9 докторів наук, 34 кандидати наук, 5 із них мають вчене звання професора, 12 – доцента; 67 % викладачів мають вищу та першу категорії, серед них 38 викладачів-методистів.

Концепція освітньої діяльності інституту ґрунтується на засадах Національної доктрини розвитку освіти, Закону України “Про освіту”, Закону України “Про вищу освіту”, інших чинних законодавчих актів, які регламентують діяльність вищих навчальних закладів. Вона передбачає поступове і неухильне покращення рівня підготовки спеціалістів з ліцензованих напрямів і спеціальностей за рахунок покращення матеріально-технічної бази, кадрового забезпечення навчально-виховного процесу, удосконалення форм і методів навчальної роботи.

Вся освітня система інституту безперервно модернізується з урахуванням принципів гуманізації, демократизації, науковості, безперервності освіти, практичності, адаптивності.

Матеріально-технічна база інституту відповідає вимогам державних та галузевих стандартів підготовки спеціалістів. Її розширення (створення науково-методичної лабораторії, нових кабінетів інформаційних технологій тощо) дало можливість створити умови для успішного впровадження інноваційних технологій у навчальний процес. Значною подією у житті навчального закладу стало відкриття нового Конгрес-центру на 650 місць, що дало можливість проводити заходи державного та обласного рівнів.

Одним із актуальних напрямків ефективного розвитку Житомирського інституту медсестринства є міжнародне співробітництво, головною метою якого є формування позитивного міжнародного іміджу інституту, підтримка та розвиток зарубіжних відносин в освітньо-наукових, соціальних, культурних сфе-

рах. Контакти з вищими навчальними закладами інших країн дозволяють значно підвищити кваліфікацію співробітників шляхом проведення спільних наукових досліджень, організації стажувань викладацького та студентського складу, покращити або розробити нові програми, організувати обмін викладачами та студентами.

Основні напрямки роботи з міжнародного співробітництва Житомирського інституту медсестринства викладено нижче.

Підтримка якісного рівня навчання та дослідницької діяльності з використанням міжнародного співробітництва і сприяння мобільності науковців, викладачів та студентів.

Встановлення міжнародного співробітництва в галузі досліджень та пошук міжнародних контактів, необхідних для наукової, науково-практичної та навчально-методичної роботи інституту. Для забезпечення цього завдання ведеться співпраця з ТОВ “Освітньо-культурні обміни”, Київським молодіжним центром праці, з американською компанією “Professional Resources International”, проводиться робота за програмами Work & Study, Work & Travel.

Розвиток прямих контактів з провідними університетами, благодійними організаціями та клініками США, Канади, Італії, Польщі, Німеччини, Хорватії, Росії, Грузії.

Так, під девізом “Захисти життя” відбулась конференція в Житомирському інституті медсестринства за участю гостя зі Сполучених Штатів Томаса Маккена, президента благодійної організації “Гільдія Святої Жанни Берети Молли”. Організація, яку він очолює, популяризує моральну етику в медичній практиці, цінність людського життя, здорову традиційну сім’ю.

Метою Гільдії є об’єднання і підтримка лікарів та медичних працівників, які прагнуть вирішувати питання, що хвилюють суспільство, а особливо ті, які пов’язані з медичною практикою.

Великий інтерес викликала зустріч з доктором медичних наук Антуаном Лісицем (Хорватія, клініка “Про Віта”). Під час зустрічі були розглянуті питання біоетики.

Поширення участі науково-педагогічних працівників у міжнародних наукових форумах. У рамках цього завдання співробітники інституту Н. П. Леонченко, С. В. Гордійчук, І. М. Круковська пройшли курси підготовки інструкторів-викладачів за програмою “Фінансування та управління в сфері охорони здоров’я України”, що проводились за сприяння Європейського Союзу.

У рамках україно-американського проекту підготовки медичних спеціалістів спільно з медичним ко-

леджем університету Єнерсі (штат Джорджія, Атланта, США) за програмою, розробленою провідними фахівцями США, з 2005 року в інституті запроваджено пілотний проект підготовки медичних сестер на рівні світових стандартів.

На виконання п. 18 Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекцій, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України № 264 від 04.03.2009 р. та з метою підготовки фахівців на до та післядипломному етапах з питань ВІЛ-інфекцій під егідою і при сприянні Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) створено на базі Житомирського інституту медсестринства та Обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом Всеукраїнський тренінговий центр з питань профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. В тренінговому центрі проходять навчання 380 викладачів вищих медичних навчальних закладів України.

Проведення спеціальних наукових розробок і виконання наукових робіт з грандами, розробленими фондами іноземних держав.

Викладачами кафедри “Сестринська справа” та студентами-магістрами були розроблені проекти, з якими вони взяли участь у програмі літньої школи “Права людини та медицина” (Польща).

Помічник ректора з міжнародного співробітництва Горай Ольга Віцентіївна пройшла курс навчання в Вебб Інституті лідерства, маркетингу та демократії при Раскін коледжі в Оксфорді (Великобританія) та отримала акредитацію.

Співробітники інституту мали можливість обмінятися досвідом з підготовки фахівців на Young Europe Forum (Краків, Республіка Польща) та були учасниками дистанційного навчання, що проводилося в рамках проекту “Центр польсько-української співпраці в Кракові”. Навчання охоплювало такі питання: якість в управлінні, європейська інтеграція, громадські організації тощо.

Особлива увага в розвитку міжнародного співробітництва приділяється науковій діяльності. В цьому напрямку запроваджено нижчеподане.

Обмін запрошеннями для участі у науково-практичних конференціях та семінарах, у тому числі студентських, підготовка і видання спільних наукових праць. Для виконання цього завдання проводились наукові форуми за участю науковців Європи та США. Співробітники інституту мали можливість пройти курси з надання невідкладної допомоги та реанімації за програмою підготовки до Євро – 2012 в Кракові (Республіка Польща).

Брали участь у Міжнародній науково-практичній конференції “III Жезовські читання з медсестринства. Громадське здоров’я. Медсестринство ХХІ сторіччя” (м. Жезов, Республіка Польща). Цікавим виявився досвід Республіки Польща з підготовки магістрів зі спеціальності “Акушерська справа” та впровадження медсестринства як наукової спеціальності.

Проведення двосторонніх наукових стажувань викладачів і студентів.

У грудні 2009 р. представники інституту медсестринства увійшли в склад делегації до Італійської Республіки. Під час перебування були проведені зустрічі з керівництвом Обласної адміністрації Лігурії, з керівництвом Національного університету міста Генуї, з представниками Національної федерації медсестер Італії. Під час зустрічей погоджено питання обміну досвідом і участь італійських викладачів в навчальному процесі інституту медсестринства.

Співробітники інституту в липні 2010 року в рамках програми україно-французького співробітництва у сфері охорони здоров’я та фармації мали можливість ознайомитись з організацією охорони здоров’я Франції, організацією навчання на медичних факультетах, історичною спадщиною медицини Франції. Під час візиту співробітники відвідали відділення спеціалізованої педіатрії Дитячого клінічного центру Роберта Добре, медичного центру та музею Інституту Пастера, відділення анестезіології та реанімації Клінічного центру Кошен, Інститут Париж V– Рене Декарт, лабораторію Eurofins Pharma Control, відділення радіології шпиталю Hotel Dieu, відділення ортопедичної і травматологічної хірургії шпитального центру Орсей.

11–14 січня 2011 р. делегація Житомирського інституту медсестринства побувала з робочим візитом у Тбілісі, де відбулася зустріч з представниками університету Еморі (США), представниками навчального центру для медичних сестер (Грузія).

Змістовні презентації, дискусії з представниками американської та грузинської делегації, ознайомлення з організацією практичної підготовки медсестер Грузії окреслили пріоритети співпраці у різних галузях наукової та практичної медицини.

Запорукою та платформою подальшого спільного поступу є досягнута домовленість про подальшу співпрацю. Візит делегації Житомирського інституту медсестринства відкривав нові перспективи у розвитку міжнародного співробітництва і підвищення рівня підготовки медсестринських кадрів до європейських і світових стандартів.

Участь у підготовці й виконанні спільних наукових проєктів, у тому числі в рамках міждержавних про-

грам та міжнародних грантів. Науково-педагогічні співробітники інституту беруть участь у Міжнародному проекті MATRA, з Mohawk College of Applied Arts and Technology (Канада).

Заклад підтримує тісні міжнародні зв'язки, здійснює обмін інформацією, навчальними програмами та навчальною літературою з медичними навчальними закладами Канади, США.

Для виконання програми підготовки до Євро – 2012 співробітники та студенти інституту проходять курси вивчення та удосконалення англійської мови за програмою “Золотий стандарт”.

Планується співпраця в галузі культури та спорту: організація заходів з метою кращого ознайомлення українських громадян з культурою інших держав; обмін запрошеннями для участі у фестивалях, конкурсах та інших культурно-масових заходах, що проводяться навчальними закладами; проведення спільних змагань між спортсменами навчальних закладів.

У галузі менеджменту заплановані взаємні візити представників управління та адміністрації навчальних закладів для консультацій, погодження реалізації

умов співробітництва та обміну досвідом з питань управління вищим навчальним закладом.

**Висновок.** Найважливіший фактор усіх досягнень та здобутків навчального закладу – творчий високопрофесійний педагогічний колектив. Саме завдяки його самовідданій праці сьогодні формується високий імідж інституту в державі та за кордоном.

Таким чином, складання концепції розвитку міжнародної діяльності та участь у спільних освітніх проєктах мають стратегічне, концептуальне значення для Житомирського інституту медсестринства. Очевидною є необхідність подальших досліджень з міжнародного вектора співробітництва, широкого розповсюдження результатів аналізу накопиченого досвіду під час організації та проведення семінарів, тренінгів, конференцій та підготовки спеціальних методичних посібників з метою активізації міжнародної діяльності. Це надасть змогу не лише отримати доступ до новітніх технологій і методик у навчальній сфері, підвищити свою конкурентоспроможність, але й якнайшвидше стати повноправними членами світового науково-освітнього товариства.

#### **Література**

1. Національна доктрина розвитку освіти України у 21 столітті. – К. : Освіта, 2001. – С. 2–3.
2. Высшее образование в XXI в. : подходы и практические меры (ЮНЕСКО, Париж, 5–9 октября, 1998 ) //

AlmaMater. – К., 1998. – № 11. – С. 3–9.

3. Болонський процес у фактах і документах / [упорядники М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, В. Д. Шинкарук та ін.]. – Київ – Тернопіль : Вид-во ТДПУ, 2003. – 52 с.

УДК 616.717/718-001.45-089

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДЛЯ ОФІЦЕРІВ ЗАПАСУ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИЙ ТА ВІДКРИТІЙ ТРАВМІ КІНЦІВОК

Я. С. Кукуруз, І. Й. Сличко, В. А. Яловенко

*Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф,  
м. Київ,  
Ірпінський військовий госпіталь*

## PECULIARITIES OF TEACHING FOR RESERVE OFFICERS OF SURGICAL TACTICS AT FIRE AND OPEN INJURY OF EXTREMITIES

Ya. S. Kukuruz, I. Y. Slychko, V. A. Yalovenko

*Ukrainian Scientific-Practical Centre of Emergency Medical Care and Medical of Catastrophes, Kyiv,  
Irpın Military Hospital*

Виходячи з аналізу доступних джерел наукової інформації та спираючись на накопичений власний клінічний і бойовий досвід, автори констатують, що в сучасних збройних локальних конфліктах набула широкого застосування як вогнепальна, так і мінно-вибухова зброя. Поранення здебільшого мають обширний, поєднаний характер, і тому цілком логічно сучасну вогнепальну рану трактувати як вогнепальну травму.

У системі етапного лікування вогнепальних поранень виразно прослідковується тенденція до скорочення етапів медичної евакуації з застосуванням повітряного транспорту, який оснащений відповідним медичним обладнанням.

У системі кваліфікованої (спеціалізованої) медичної допомоги все більшого значення набуває застосування методики поетапної хірургічної обробки ран, в основі якої є методика "Damage Control".

Taking into account accessible sources of scientific information and gained own clinical and fighting experience, the authors ascertain that in current armed conflicts the wide spread use has both fire and mine-explosive arms. Injuries have mostly broad, combined nature, that's why it is logical to interpret the modern fire injury as fire trauma.

In the system of phase treatment of fire injuries it is clearly retraced the tendency to decrease the stages of medical evacuation using the air transport, that is equipped with proper medical outfit.

In the system of qualified (specialised) medical care the wide spread significance has the use the methods of phase surgical debridement in basis of which is methods "Damage Control".

**Вступ.** У сучасному світі локальні війни та збройні конфлікти різного масштабу мають швидкоплинний за часом характер і являють собою поєднання високоманеврених бойових дій з використанням комплексних засобів ураження та високоточної зброї на всю глибину комунікацій протистоячого угруповання.

В останні десятиліття широкого застосування в збройних конфліктах, в тому числі і терористичних актах набула мінно-вибухова зброя (боєприпаси), яку за своїми наслідками можна віднести до неядерної зброї масового знищення.

Слід зазначити, що швидкими темпами удосконалюються і впроваджуються в арміях провідних країн світу принципово нові індивідуальні і колективні засоби захисту особового складу (бойової техніки), в

тому числі і створені за нанотехнологіями (каска, бронезилети, бронееlementи для захисту суглобів, динамічна і електрична броня тощо).

**Основна частина.** Методичне забезпечення ґрунтується на аналізі етапного лікування 986 постраждалих з вогнепальною та відкритою травмою, переважно чоловічої статі, віком від 17 до 46 років, середній вік 26 років.

Переважна більшість лікувалась в ЦВШ ДРА, а продовжувала лікування і реабілітацію в колишніх 340 ОВШ ТуркВО, 408 ОВШ Київського округу, ККЛШМД.

Були досліджені травмогенез, нозологічні та клініко-анатомічні особливості вогнепальної травми у поранених, оцінена ефективність медичної допомоги та проведений аналіз недоліків в системі етапного лікування.

В групі поранених з мінно-вибуховою травмою переважали поєднані пошкодження, по суті – вогнепальна травма.

Загальний тяжкий стан, крововтрата спостерігалися майже у 50 % поранених. У клініко-нозологічній структурі переломи склали понад 35 %, поранення магістральних судин – 7 %, периферичних нервів – 12 %, обширні поранення м'яких тканин – в межах 40 %.

Вищезазначене зумовлює певні медично-організаційні засади, які повинні братися до уваги при розбудові системи етапного лікування поранених, зокрема з вогнепальною травмою кінцівок.

Всі ці далеко не в повному обсязі перелічені фактори визначають різноманітність поранень з позиції сучасної концепції хірургії пошкоджень, які, на думку провідних фахівців, слід трактувати як вогнепальні травми.

Таким чином суттєво змінюється нозологічна та клініко-анатомічна структура вогнепальної травми. Безумовно, вищенаведені обставини надзвичайно ускладнюють та обмежують можливості ВПХ і вимагають перебудови системи етапного лікування поранених відповідно до імовірної структури санітарних втрат в умовах конкретних бойових дій та інших, не менш важливих негативних факторів (кліматичних умов, санітарно-епідеміологічної ситуації тощо).

Взяти, наприклад, систему медичного забезпечення бойових дій, що вела 40 Армія ОКРВА, але ж вже перші бойові операції змусили ЦВМУ РА і керівництво медичною службою 40 Армії радикально перебудувати, а по суті заново організувати систему медичної допомоги пораненим, яка б відповідала вимогам цієї війни.

У перебудованій системі виразно прослідковується тенденція до скорочення етапів медичної допомоги, а точніше, обминання їх з використанням переважно повітряного транспорту та бронетехніки для евакуації поранених і майже цілковитої відмови від табельного санітарного транспорту, як найменше захищеного в умовах ворожого тилу. Найбільша увага приділена етапу першої медичної допомоги і вивозу поранених в безпечне місце.

В таких умовах надання першої медичної допомоги, а головне, винесення пораненого з-під вогню вимагало значних зусиль. І хоча було чимало зроблено для забезпечення своєчасної дієвої медичної допомоги на цьому етапі (це і знаходження лікарського персоналу у передових підрозділах, евакуація поранених за допомогою “зависаючого” гелікоптера у важкодоступній гірській місцевості тощо, але ж про-

блеми надання медичної допомоги пораненим в зоні бойових дій так і не були на належному рівні вирішені аж до кінця війни.

За даними, показання до ПХО були у 65 % поранених. Найчастіше застосовувалися косо-поперечні розтини шкіри з використанням напрямку та конфігурації ранового каналу, а також способом “конвертування”, що забезпечувало достатній доступ до глибоких відділів рани. При пораненнях зі значними пошкодженнями ПХО завершувалося декомпресивними розтинами фасціальних футлярів, видаленням некротичних тканин, надійним гемостазом без цілковитого зашивання рани, яку тампонували змоченими в антисептику марлевими серветками. Якщо основні показники гемостазу (свідомість, дихання, гемодинаміка тощо) були компенсовані – ПХО завершували один з видів МОС, найчастіше АЗФ. У нестабільних поранених протягом 1-2-х днів проводилася інтенсивна терапія, в тому числі оксигенотерапія (барокамера “Іртиш”) з наступними завершуваними операціями в часі: повторні ХО, репозиції уламків і МОС, автодермопластика, усунення ускладнень (тромбоектомія, розкриття гематом, гнійних запливів тощо).

І яке місце посідають різні види МОС у лікуванні вогнепальних переломів – залишається остаточно невирішеною проблемою ВПХ. При цьому дискусійним питанням є застосування якіскових, занурюючих та інтрамодулярних видів МОС.

Щодо хірургічної тактики при відривах чи цілковитого руйнування дистальних сегментів кінцівок вважаємо найбільш раціональним клаптиково-циркулярну ампутацію без одномоментного цілковитого зашивання рани. Заслугує уваги і кістково-пластична ампутація стегна за методикою Гріті-Шимановського при високих відривах чи руйнуваннях голілки, колінного суглоба, як малотравматична з мінімальною інтраопераційною крововтратою. Ця операція дозволяє зберегти повноцінний м'якотканинний комплекс стегна. Таких операцій було виконано у 27 поранених з задовільними результатами. Щодо хірургічної тактики вогнепальних відривів чи цілковитого руйнування ступні заслуговує на увагу також кістковопластична ампутація за методикою Пирогова. З задовільними клінічними результатами було виконано 17 таких операцій з застосуванням АЗФ за Ілізаровим.

Результати лікування та ускладнення вогнепальних поранень кінцівок (прослідковано протягом 6 тижнів у майже 80 % усіх поранених):

– первинне загоєння ран з стабілізацією основних показників гомеостазу та клінічних аналізів відмічено у 79 % випадків;

– в задовільному стані та середнього ступеня тяжкості евакуйовані до тилових госпітальних баз понад 70 % поранених.

Ускладнення вогнепальних поранень кінцівок:

- нагноєння ран після ПХО – 21 %;
- газова гангрена – 0,5 %;
- локальний остеомиєліт – 17 % (в т. ч. при занурених видах МОС – 3 %, АЗФ – 7 %);
- з різних причин АЗФ змінювався на інші види іммобілізації – 8 %;
- пошкодження магістральних судин кінцівок у 5 випадках на 371 операцію застосування спицевих АЗФ за Ілізаровим;
  - жирова емболія – 7 %;
  - тромбемболія – 5 %;
  - респіраторний дистрес-синдром – 14 %;
  - коагулопатія із загальною неконтрольованою кровотечею – 9 %;
  - тромбоз (ретромбоз) магістральних артерій після відновлюючих операцій – 7 %;
  - ішемічна гангрена після відновлювальних судинних операцій – 11 %;
  - післяопераційна смертність – 9 %.

Причини летальних випадків вогнепальних поранень кінцівок:

- масивна крововтрата – 42,2 %;
- вкрай тяжкі поєднано-множинні пошкодження – 12 %;
- обширні нагноєння та сепсис – 8,9 %;
- перитоніт у поранених з поєднаною абдоміно-скелетною травмою (домінуючі поранення органів черева) – 16,7 %.

**Висновки:** 1. В умовах бойових дій з застосуванням сучасних видів вогнепальної зброї поранені в кінцівки складають понад 2/3 від усіх поранених. В порівнянні з війнами минулого, кількість тяжкотравмованих з поєднаними травмами зросла до 25–30 %, що пов'язане в першу чергу з застосуванням високоточних босприпасів і босприпасів мінно-вибухової дії.

2. У лікуванні вогнепальних ран загалом показали себе з позитивної сторони себе класичні принципи ПХО, однак при обширних множинно-поєднаних пошкодженнях, що призводило до розвитку вторинних некрозів, доцільним було ХО виконувати в декілька етапів, з урахуванням загального стану пораненого та характеру місцевих пошкоджень.

3. Засади спеціалізованого лікування вогнепальних поранень кінцівок повинні ґрунтуватися на принципах реконструкції та відновлення анатомо-функціональних властивостей пошкоджених ділянок тіла.



УДК 616.89-615.212.7.099:613.814

## КОМПЛЕКСНА БАГАТОРІВНЕВА СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК БАЗА СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ У ЦИХ НАПРЯМКАХ

А. М. Вієвський

*Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України*

## THE COMPREHENSIVE MULTIDIMENSIONAL MEDICAL AND SOCIAL SUBSTANCE USE PREVENTION SYSTEM FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: AS A BASIS FOR CONTEMPORARY MEDICAL EDUCATION

A. M. Viyevskyi

*Ukrainian Medical and Monitoring Centre on Alcohol and Drugs of MPH of Ukraine*

У роботі висвітлені ідеологія та структура розробленої та апробованої в пілотних регіонах – Чернівецькій, Закарпатській, Київській областях та м. Києві – комплексної багаторівневої системи медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, яка спрямована на формування в учнів відповідального ставлення до власного здоров'я у профілактичній співпраці з їх батьками та персоналом школи, що базується на навчанні здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та створення можливостей впливу на основні негативні наслідки вживання дітьми ПАР, а саме – вживання зі шкідливими наслідками, що досягається впливом в різних напрямках профілактичної роботи: орієнтованої безпосередньо на дитячі контингенти (диференційовані залежно від вікової групи), на їх батьків та персонал загальноосвітніх шкіл.

The article describes the philosophy and structure of the new comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for school children and adolescents population, firstly tried in the pilot sites in the city of Kyiv and Chernivtsi, Transcarpathian and Kyiv region. The prevention system's goal is to develop the pupils' self-responsible healthy style position based on their cooperation with parents and teachers in the frames of implemented prevention program. At the same time the system is elaborated to upgrade the potential to influence the most actual consequences of the children's psychoactive substances use, the harmful use, first of all. The integrated prevention activities combine the direct interventions for school children contingents, parents and school staff.

**Вступ.** У 2010 році закінчився термін дії Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003 – 2010 роки. Результати та досягнення програми опрацьовуються МВС. В кінці 2010 року за дорученням Кабінету Міністрів України було розроблено Концепцію реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки (далі – Концепція). На відміну від попередньої, Концепція 2011–2015 рр. не передбачає створення програми, а обмежується планом заходів. Фінансування заходів щодо реалізації Концепції здійснюється в межах бюджетних призначень, передбачених на відповідний рік міністерствам та іншим

центральному органам виконавчої влади, до повноважень яких належить вирішення питань у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, реабілітації та реінтеграції в суспільство осіб з наркотичною залежністю, проведення інформаційної політики в зазначеній сфері. Узагальнення матеріалів щодо виконання плану заходів покладено на Державний комітет з питань контролю за наркотиками (з 06.04.2011 р. – Державна служба України з контролю за наркотиками). В цілому Концепція передбачає розвиток наркополітики за такими напрямками:

– координація дій органів виконавчої влади. Створення системи обміну інформації, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також лікарських засобів, зловживання якими може викликати наркотичну залежність;

© А. М. Вієвський

– зменшення попиту та вживання наркотичних засобів, проведення дієвої первинної профілактики серед дітей та молоді. Підвищення рівня поінформованості населення щодо наслідків розповсюдження наркотиків;

– підвищення ефективності органів виконавчої влади у сфері протидії незаконному обігу наркотиків. Підвищення рівня контролю за легальним обігом психоактивних речовин (ПАР) та прекурсорів;

– вдосконалення механізмів моніторингу та створення загальнодержавної системи наукового аналізу ризиків, аналізу оцінки ефективності заходів;

– підвищення ефективності заходів з лікування та реабілітації залежних на наркоманію.

Як бачимо, створення системи дієвої первинної профілактики вживання ПАР серед дітей та підлітків є одним з важливіших напрямків державної наркотичної політики.

**Основна частина.** На сьогодні профілактичні дії щодо наркотичних/алкогольних проблем серед дітей та молоді є частиною стратегії формування здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та координуються Міністерством освіти та науки, молоді та спорту України.

Дії первинної профілактики зосереджені в школі. На сьогодні обов'язковим навчальним предметом, в рамках якого розглядаються теми щодо профілактики ризикової поведінки, є інтегрований курс “Основи здоров'я”. Результати моніторингового дослідження курсу свідчать [1], що за вісім років запровадження предмета лише 47,7 % вчителів мають сертифікат про проходження курсової підготовки з методики викладання предмета. 51 % учнів оволоділи 8 навичками, що сприяють безпеці в навколишньому середовищі, у 49 % респондентів – навички сформовані недостатньо. Проте відсутні аналітичні дані стосовно оцінки сформованості в учнів соціальних і психологічних навичок, необхідних для попередження появи наркотичних проблем. Батьківські збори виявились найбільш відвідуваним заходом профілактичної взаємодії з батьками в порівнянні з тренінгами, лекціями, бесідами, спортивними змаганнями.

Крім обов'язкових уроків у загальноосвітніх навчальних закладах реалізуються факультативні курси: програма “Сприяння просвітницькій роботі “рівний – рівному” серед молоді щодо здорового способу життя; програма “Корисні звички” (1–4 класи); програма “Я – моє здоров'я – моє життя” (5–6 класи); програма “Школа проти СНІДу” (10–11 класи); програма “Культура життєвого самовизначення” (5–9 класи).

В країні популяризується волонтерський рух та лідерство за методикою “рівний-рівному”. Наразі є

недостатнє фінансування мережі “Школи волонтерів”, слабка навчально-методична база, складнощі у роботі з волонтерами у сільській місцевості. Проте дослідження свідчать про активізацію роботи з популяризації здорового способу життя серед молоді. Дослідники визначили, що молодь цікавиться різнобічною волонтерською роботою, зокрема формуванням здорового способу життя та благодійністю [2].

Профілактичні проекти/програми в полі вибіркової профілактики (тобто профілактики, спрямованої на дітей та молодь, які внаслідок біологічних, психологічних або соціальних причин перебувають в обставинах, що сприяють вживанню спиртних напоїв чи наркотичних речовин, і має на меті попередження їх залучення до вживання психоактивних речовин) реалізуються здебільшого через мережу спеціалізованих центрів, соціальних служб, мобільних консультативних пунктів, “клінік дружніх до молоді”, служб телефону довіри, аптек. Окремі профілактичні проекти ініціюються недержавними організаціями за фінансової підтримки міжнародних донорів. Так, спеціалісти проекту “Профілактика ВІЛ/СНІДу та пропаганда здорового способу життя серед дітей вулиці” створили серію навчальних мультиплікаційних фільмів “Невигадані історії” на основі реальних історій та за допомогою дітей і підлітків, які більшість свого часу проводять на вулиці. Профілактичні інтервенції в рамках цього проекту включають питання попередження вживання ПАР та формування здорового способу життя [3].

За останні роки в країні розроблена та впроваджена низка стандартів для окремих видів соціальних послуг, зокрема: сім'ям, які опинилися в складних життєвих обставинах; вживачам ПАР, в тому числі споживачам ін'єкційних наркотиків, і їх близькому оточенню; ресоціалізації осіб, які повернулися з місць позбавлення волі; соціальної адаптації випускників інтернатних закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування; профілактики ВІЛ/ПСС та ускладнень, що є супутніми при вживанні ін'єкційних наркотиків; реінтеграції бездомних громадян; соціально-медичних послуг для молоді, що надаються на базі дружніх клінік для молоді. Стандарти визначають основні вимоги до рівня якості, процесу, змісту, обсягу, процедур та ресурсів надання послуг, визначають перелік закладів та установ, які можуть надавати такі послуги.

У реалізації найбільш значимих програм/проектів зазвичай беруть участь багато співвиконавців з числа державних та недержавних установ та організацій. Однак єдиної системи збору, аналізу, оцінки та моніто-

рингу профілактичних дій серед загального населення та окремих його груп на сьогодні в країні не існує.

Результати досліджень щодо розповсюдження вживання ПАР серед учнівської молоді в Україні доводять недостатню ефективність існуючих профілактичних заходів.

Так, нами, для ідентифікації патернів дитячої та підліткової алкогольної та наркотичної поведінки та встановлення мішеней профілактичного впливу, нами проведено опитування та анкетування дитячих контингентів – учнів шкіл Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та м. Києва (кількість обстежених – 1870 осіб). Кількість респондентів розраховувалась відповідно до загальної кількості дитячо-підліткового населення в регіоні, що достовірно відображало закономірності генеральної сукупності. Даний регіональний розподіл був обґрунтований різними рівнями ураженості наркологічними проблемами серед дитячо-підліткового населення (низький – Чернівці, Закарпаття; середній – Київська область; високий – м. Київ).

За результатами дослідження, які виявились конгруентними до інших соціологічних опитувань [4, 5], виявилось, що 91 % опитаних учнів віком 15–16 років хоча б один раз у житті вживали алкогольні напої. Найбільш вживаними і доступними напоями для учнівської молоді є пиво, вино та шампанське. Так, про вживання пива протягом останніх 30 днів до проведення дослідження зазначили 63 % учнів, про вживання вина або шампанського – 41 %. Вживання домашніх міцних алкогольних напоїв становить 7 %, домашнього вина – 26 %.

Перший досвід вживання пива 16 % респондентів мали у віці 9 років. У цьому ж віці 12 % учнів перший раз спробували вино або шампанське та 4 % учнів спробували міцні алкогольні напої. Алкогольні коктейлі з вмістом алкоголю до 5 % (наприклад “Ром-кола”, “Джин-тонік”, “Longer”, “Shake”) – 14 % учнів почали вживати ще не досягнувши 14 років.

Щодо ймовірності наслідків вживання алкоголю, виявилось, що 27 % хлопців та 28 % дівчат оцінюють “шкоду для здоров’я” як абсолютно неможливу у разі вживання ними алкоголю. Ймовірність “позитивних наслідків” вживання алкоголю, а саме почуття “розслабленості”, відзначають 57 % хлопців та 50 % дівчат. Можливість “забути про свої проблеми” як дуже ймовірну відзначають 37 % хлопців та 39 % дівчат.

З усіх наркотичних речовин, які вживає молодь, найбільш поширеними виявились марихуана та гашиш. 7,9 % учнівської молоді вживали марихуану 1–2 рази впродовж життя, а 0,8 % – вживали 40 і більше разів. Також результати свідчать про досить істотне

збільшення вживання дискотечного наркотику екстазі.

Істотно зросла в останні роки частка тих, хто долучився до першого вживання марихуани або гашишу у юному віці. Навіть у віці до 9 років марихуану або гашиш вперше спробували 1,3 % хлопців та 0,4 % дівчат. Так, за даними дослідження, у віці 15 років хлопці значно частіше за дівчат (7,1 % проти 3,5 %) починають вживання марихуани або гашишу.

Найпоширенішим механізмом отримання першого наркотику молоддю є пропозиція спробувати його у референтній групі (компанії друзів і знайомих). Основним визначальним мотивом спробувати наркотичну речовину виявилась цікавість – як для хлопців (7 %), так і для дівчат (4 %). Досить поширеним мотивом початку вживання наркотиків є також надлишок вільного часу. З цієї причини вживали наркотичні речовини 2 % хлопців та 1 % дівчат. Практично така ж сама частка респондентів повідомила, що вони не хотіли виділятися з компанії (1,7 % хлопців та 0,7 % дівчат).

З урахуванням вищенаведеного, на базі світового досвіду та результатів власних досліджень, нами створена комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, апробована та впроваджена в школах Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та м. Києва, основна ідея якої – сформувати в учнів відповідальне ставлення до власного здоров’я у профілактичній співпраці з їх батьками та персоналом школи, що базується на навчанні здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та створення можливостей впливу на основні негативні наслідки вживання дітьми ПАР, а саме – вживання зі шкідливими наслідками.

Розроблена комплексна система заходів протиалкогольного та протинаркотичного спрямування для шкільної молоді включає в себе щонайменше 3 основні складові. Ці складові направлені безпосередньо на дитячі контингенти, на вчителів і, що є принциповою відмінністю, на батьків. Кожна з даних цільових груп потребує використання власного набору технологічних прийомів. Це, в свою чергу, дозволяє повною мірою скористатися перевагами, які здатна надати школа як унікальне місце, в якому зустрічаються інтереси батьків, дітей і освітян.

Кожний з напрямків профілактичної діяльності у розробленій системі представлений у формі модулів профілактичного спрямування:

Модуль 1. Технологія проведення профілактичного тренінгу в умовах шкільного середовища. Профілактика алкогольних та наркотичних проблем.

Модуль 2. Профілактичні дії на робочому місці серед персоналу загальноосвітніх навчальних закладів.

Модуль 3. Батьківська компетентність або підказки батькам. Профілактика алкогольних та наркотичних проблем серед дітей.

Модуль 4. “Моє здоров’я... Моє рішення... Мій вибір... Профілактика алкогольних та наркотичних проблем серед учнів”. Модуль доповнений 12 робочими зошитами для учнів 1–12 класів.

1. Програма профілактики на робочому місці. Ефективна профілактична робота в школі починається зі складних за своєю структурою профілактичних програм на робочому місці, які концентрують свої зусилля на початку саме на педагогічному та технічному персоналові. Тільки після досягнення необхідного якісного рівня базової інформованості працівників школи можна перейти до наступного етапу – залучення батьків та учнів. Програми на робочому місці, як показує український та світовий досвід, дозволяють швидко, економічно та ефективно досягти необхідного рівня інформованості в робочих колективах, що має особливе значення для колективів шкіл.

2. Профілактичний курс для батьків учнів. Зміст даного посібника представлений у формі 16 методичних розробок профілактичних занять для батьків, рекомендований для використання класними керівниками в системі батьківських зборів. Тематичний матеріал викладений в інтерактивній формі і корисний для батьків дітей різних вікових груп. Ведучий має можливість скористатися рекомендаціями (зазначеними в розділі “Тематичний план коротких профілактичних інтервенцій”), що вказують на оптимальний навчальний рік дитини, в якому буде доцільно проводити дане профілактичне заняття з її батьками.

Суттєвою відмінністю даного профілактичного курсу є застосування сучасної, нової для української школи, форми профілактичної роботи, – “короткі інформаційні та навчальні інтервенції”, які стали поширеним інструментом протинаркотичної діяльності у десятках країн світу. Така форма профілактичної роботи вдало вписується в систему батьківських зборів, не перевантажує працю вчителя і, головне, позитивно сприймається батьками, оскільки має певні для них переваги на відміну від лекцій та тренінгів. А саме: навчальні та інформаційні інтервенції можуть тривати від 5 до 40 хв; інформування невелике за обсягом. Під час коротких інтервенцій, на яких батьки взаємодіють один з одним та з ведучим, вони отримують профілактичну інформацію у формі інформаційних листків для самостійного вивчення, “профілактичні підказки” з метою зосередження уваги батьків на головних питаннях теми. Враховуючи специфіку батьківської аудиторії, короткі профілактичні інтер-

венції вдало вписуються в систему батьківських зборів.

3. Метою отримання інформованої згоди від батьків на проведення профілактичної роботи в школі з їхніми дітьми та з ними, між батьками та адміністрацією школи в 1 класі укладається договір, складений керівництвом шкільного закладу, та проводиться ознайомлювальна конференція щодо завдань та змісту профілактичної.

3. Виховна профілактична протинаркотична та протиалкогольна програма, зорієнтована на учнів 1–12 класів. Методики, представлені в практичному курсі для учнів, ефективні для досягнення цілей і виконання завдань навчання здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок. Профілактичне навчання відбувається через практику дії.

- Уроки для учнів першого ступеня навчання мають профілактичне спрямування з акцентом на понятті “Моє здоров’я” (навички підтримки здорового способу життя). Учні вчаться відрізняти корисне від шкідливого, безпечне від небезпечного.

- Уроки для учнів другого ступеня навчання мають профілактичне спрямування з акцентом на понятті “Моє рішення” (навички прийняття рішення та критичне мислення). Учні пізнають себе і те, що на них впливає. Аналізуючи інформацію про психоактивні речовини, вони вчаться розрізняти факти від міфів, приймати усвідомлені рішення в ситуаціях ризику.

- Уроки для учнів третього ступеня навчання мають профілактичне спрямування з акцентом на понятті “Мій вибір” (самовизначення та власна життєва позиція). Учні аналізують різні “сценарії” життя людей, які обрали шлях вживання наркотиків чи алкоголю. Визначаються з власною життєвою позицією, цінностями. Вчаться відстоювати свої переконання та погляди. Будують свій власний “сценарій життя” на основі питань: хто я є, і ким я хочу бути?

Загальні питання профілактичної роботи для всіх цільових груп:

- Алкоголь та наслідки його вживання.
- Наркотики та наслідки їх вживання.
- Факти про ВІЛ/СНІД. Особиста профілактика.
- Хибні уявлення щодо вживання психоактивної речовини.
- Фактори ризику щодо появи наркотичних та алкогольних проблем.
- Фактори захисту від наркотичних та алкогольних проблем.
- Законодавство щодо наркотиків.

Особливі питання для роботи з методистами інститутів післядипломного навчання:

- Особливості проведення профілактичного тренінгу.
- Організація та підготовка профілактичного тренінгу.

- Вміння та знання ефективного тренера.
- Інтерактивні методи роботи з групою.
- Складні ситуації під час тренінгу та шляхи їх подолання.

· Специфіка дитячої аудиторії. Ефективні методи профілактичної роботи.

· Специфіка підліткової аудиторії. Ефективні методи профілактичної роботи.

· Специфіка дорослої аудиторії (батьки учнів початкових класів). Ефективні методи профілактичної роботи.

· Специфіка дорослої аудиторії (батьки учнів середніх та старших класів). Ефективні методи профілактичної роботи.

Особливі питання профілактичної роботи із працівниками шкільного закладу:

· Поняття про програму профілактики на робочому місці.

· Розробка та впровадження політики закладу освіти щодо профілактики наркотичних та алкогольних проблем серед працівників шкільного середовища.

· Оцінка працівниками рівня власного вживання алкоголю:

- спеціальні тести для самооцінки;
- поняття про 1 стандартну дозу;
- поняття про помірне та ризиковане вживання алкоголю.

Особливі питання для профілактичної роботи з батьками учнів:

- Хибні уявлення батьків, які заважають ефективній

профілактиці наркотичних та алкогольних проблем у дітей.

· Соціальні та особистісні фактори ризику щодо появи наркотичних та алкогольних проблем у дітей.

· Сімейна політика (правила) щодо вживання психоактивних речовин, як фактор захисту від наркотичних та алкогольних проблем у дитини.

· Задоволення важливих (духовних та соціальних) потреб дитини, як фактор захисту від наркотичних та алкогольних проблем.

· Стиль виховання дитини, як фактор захисту від наркотичних та алкогольних проблем.

· Особистісний захист від наркотичних та алкогольних проблем. Корисні навички: розвиток самоповаги, впевненості в собі та формування навички самоконтролю.

· Особистісний захист від наркотичних та алкогольних проблем. Корисні вміння: розвиток вміння протистояти соціальному тиску, приймати рішення, критично мислити та ефективно спілкуватися.

· Тренуємось вдома (вправи на розвиток корисних вмінь та навичок).

· Ефективне спілкування з дитиною (що не варто робити під час спілкування).

· Як розмовляти з дитиною про алкоголь, про наркотики, про ВІЛ/СНІД.

· Ознаки раннього вживання наркотичних речовин.

Особливі питання профілактичної роботи з учнями 1–12 класів представлено в таблиці 1.

**Таблиця 1.** Особливі питання профілактичної роботи з учнями 1–12 класів

<b>Корисні знання</b>	Поняття про безпеку та небезпеку Поняття про ризик та захист Поняття про фізичне, психічне та духовне здоров'я Настрій. Шляхи подолання поганого настрою Поняття про небезпечні знання; небезпечні речовини; небезпечні ситуації Правила поведження в небезпечних ситуаціях Ризик. Соціальні та особистісні фактори ризику появи наркотичних та алкогольних проблем Хибні уявлення щодо вживання алкоголю та наркотиків Задоволення та хвороба Поняття про дружбу, кохання, успіх і залежність Гроші як фактор ризику Поняття про соціальний тиск Безпечні захоплення та інтереси Реклама та її мета
<b>Адекватне ставлення</b>	До: – власного здоров'я; – власної унікальності; – власного вибору; – власного рішення; – вживання психоактивних речовин; – власних емоцій та почуттів; – життєвих негараздів; – способів особистісного захисту

<b>Корисні вміння</b>	Протистояння соціальному тиску Приймання правильного рішення Критичне мислення Ефективне спілкування
<b>Корисні навички</b>	Самоповага Самоконтроль Впевненість

**Висновок.** Таким чином, кожний модуль має свої завдання, цільову групу, форму і методи реалізації, структуру та особливості проведення. Водночас програмні модулі пов'язані між собою загальною ідеєю системи профілактики, що забезпечує її комплексність. Комплекс профілактичних інформаційно-

навчальних матеріалів дозволяє батькам та вчителям дотримуватися єдиного підходу в профілактиці вживання ПАР дитиною.

Враховуючи ефективність апробації даної системи в пілотних регіонах, зараз проводиться робота щодо впровадження вищезазначених заходів на державному рівні.

**Література**

1. Лист Інституту інноваційних технологій змісту освіти МОН України №14/18-1274 від 30.03.2010.
2. Молодь за здоровий спосіб життя : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. – К. : ТОВ “Основа”, 2010.
3. Журавель Т. В. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки : ме-

- тодичний посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми і підлітками / Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна. – К., 2010. – 37 с.
4. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / [О. М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т. В. Бондар, Н. О. Рингач та ін.]. – К. : УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.
5. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / [А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін.]. – Київ, 2011. – 22 с.

УДК 378.148.88:616.31

## СУЧАСНИЙ СТАН НАУКОВО ОБГРУНТОВАНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

П. А. Гасюк, Н. О. Гевкалюк, В. В. Щерба, С. М. Придруга

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

## THE CURRENT STAGE OF SCIENTIFICALLY SUBSTANTIATED DENTAL PRACTICE

P. A. Hasiuk, N. O. Hevkaliuk, V. V. Shcherba, S. M. Prydruha

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

У статті розглянуті основні наукові принципи, питання та проблеми науково обгрунтованої стоматологічної практики.

The article adduces the basic scientific principles, issues and problems of scientifically substantiated dental practice.

**Вступ.** Кожен представник медичної професії напевно хоча б раз в житті замислювався, в чому суть лікарського мистецтва. Традиційна відповідь на це питання приблизно така: “Лікарське мистецтво складається з об’єму знань, необхідних для розуміння причин і патофізіологічних механізмів захворювань, з клінічного досвіду, інтуїції і набору якостей, які в сукупності складають так зване “клінічне мислення”.

**Основна частина.** Культивоване в рамках традиційної медичної освіти поняття “клінічне мислення” не означає чіткої і цілісної концепції лікування і засновано на аналогіях, переважно у вигляді клінічних ситуацій з життя великих лікарів і повчань брати приклад із старших колег по роботі [2]. На рубежі 80–90-х років у медицині англійських країн сформувалася нова галузь знань – клінічна епідеміологія. Найбільшу популярність здобули роботи групи канадських вчених, які вперше спробували розглянути лікарське мистецтво з погляду суворих наукових принципів. Ці наукові постулати надали і роблять величезний вплив на стиль і стоматологічної практики, а також світогляд лікарів на Заході [4]. На жаль, до недавнього часу переважна більшість вітчизняних лікарів абсолютно не були знайомі з новою концепцією.

Завданням клінічної епідеміології є розробка наукових основ стоматологічної практики – зведене правило для ухвалення клінічних рішень. Головний постулат клінічної епідеміології такий: кожне клінічне рішення повинне базуватися на суворо доведених наукових фактах. Цей постулат отримав назву

“Evidence-based medicine”, в буквальному перекладі – “медицина, заснована на фактах” або, що точніше відображає значення терміна, “науково обгрунтована медична практика”, або “науково-доказова медицина”.

У пошуках відповіді на клінічну проблему лікар-стоматолог може користуватися різними джерелами інформації і отримувати різноманітні, інколи взаємовиключаючі факти і рекомендації [5]. Тому інший найважливіший принцип науково обгрунтованої стоматологічної практики пов’язаний з критичним аналізом інформації: “вага” кожного факту тим більша, чим адекватніша наукова методика дослідження, в ході якої факт отриманий.

Загальновідомо, що тільки експеримент може показати, що є в науці істиною. Чим ретельніше він поставлений, тим вища вірогідність того, що його результати обумовлені реально існуючим зв’язком між явищами, а не артефактом і не випадковим збігом обставин. Відтворюваність – одна з найважливіших умов об’єктивності даних. “Золотим стандартом” вважаються рандомізовані контрольовані дослідження. Індивідуальний лікарський досвід і думка експертів або “авторитетів” розглядаються, якщо не мають достатньої наукової основи [1].

На відміну від фундаментальних медико-біологічних наук, клінічну стоматологію цікавлять питання, відповіді на які можуть дати дослідження тільки на живих людях, а не на експериментальних тваринах, культурах тканин або клітинних мембранах. Клінічне дослідження важко віднести до “чистого експеримен-

ту”. Насправді, тут об’єкт вивчення – пацієнт, який вправі сам визначати свої вчинки, а експериментатор – лікар з особистим професійним досвідом, схильностями і часом помилковими думками.

Ось чому в клінічних дослідженнях завжди закладена небезпека систематичних помилок – упередженості, уникнути яких можна лише слідуючи чітким науковим принципам. Якнайповнішою мірою таким принципам відповідають рандомізовані контрольовані клінічні дослідження. Вони обов’язково припускають наявність дослідної і контрольної груп, пацієнтів розподіляють по групах методом випадкової вибірки (рандомізація), стежачи при цьому, щоб групи не розрізнялися за параметрами, що впливають на результати стоматологічного дослідження.

При проведенні дослідження лікарем-стоматологом часто пацієнт не знає, отримує він плацебо чи ліки (подвійний сліпий метод). Всі пацієнти простежуються протягом визначеного, часто доволі тривалого відрізка часу (проспективне дослідження), після закінчення якого порівнюється частота настання клінічно важливого кінцевого результату (одужання чи ускладнення) в дослідній і контрольній групах. Нерідко для проведення подібних досліджень залучаються тисячі і десятки тисяч стоматологічних хворих в різних наукових центрах і країнах.

Відповідно до сучасних західних стандартів жоден новий метод лікування, профілактики або діагностики не може бути визнаний без обов’язкової ретельної перевірки в ході рандомізованих контрольованих досліджень. Такий підхід дещо відрізняється від української практики.

В чому причина вкрай низького “іміунітету” в українських медиків до сумнівних методів діагностики і лікування? Очевидно, у відсутності культури критичної оцінки наукових публікацій і незнанні принципів науково обгрунтованої медичної практики.

Останнім часом активно заговорили про науково обгрунтовану медичну практику як про новий світогляд в медицині. Щорічно публікуються результати сотень рандомізованих контрольованих досліджень, які змінюють загальноприйняті стандарти лікування. Разом з тим, встановлено зворотну залежність між ступенем інформованості лікаря-стоматолога

про сучасні методи лікування та часом від моменту закінчення медичного вузу. Зрозуміло, що грамотний лікар прагне бути в курсі останніх досягнень медицини, і відповіді на питання, що виникають біля стоматологічного крісла, потрібно шукати в стоматологічній літературі [3].

Новими є науково обгрунтовані підходи до пошуку джерел інформації і її критичного осмислення. По мірі все більш широкого розповсюдження нових інформаційних технологій (електронні бази даних і журнали, мультимедійні навчальні програми на компактних оптичних дисках і в Інтернеті) розширюються можливості лікарів отримувати найоперативнішу інформацію. З’явилася необхідність осмислити можливості цих технологій, визначити їх місце, роль і зв’язок з традиційними друкарськими виданнями [6]. Науково обгрунтована стоматологічна практика, клінічна епідеміологія навчають стоматолога мистецтва критичного аналізу інформації і уміння співвіднести результати дослідження з конкретною клінічною ситуацією.

Так, чимало провідних медичних університетів Польщі прийшли до усвідомлення, що клінічна епідеміологія повинна бути введена в обов’язковий курс як одна з фундаментальних дисциплін. Вважають, що саме недооцінка ролі клінічної епідеміології та науково обгрунтованої лікарської практики – одна з найбільш серйозних перешкод на шляху реформування польської медицини, чи не важливіша, ніж брак грошей та застаріле устаткування. З цим твердженням важко не погодитися. Замість того, щоб механічно запозичувати або копіювати зовнішні прояви технічного прогресу, необхідно створити систему, яка б автоматично відтворювала ці досягнення.

**Висновки.** Для сучасного лікаря-стоматолога навички критичної оцінки конкретної клінічної ситуації такі ж важливі і необхідні, як, наприклад, уміння провести огляд стоматологічного хворого. Науково обгрунтована стоматологічна практика в ідеологічному сенсі – це спроба лібералізувати систему авторитарних відносин, що склалася протягом століть у стоматології, ставлячи в центр ухвалення рішень не укорінену традицію, а лікаря – відповідального і компетентного, інформованого і критично мислячого.

### Література

1. Андреев А. А. Педагогика высшей школы (Прикладная педагогика) : учебное пособие / А. А. Андреев. – М. : МЭСИ, 2000. – Кн. 1. – 141 с.
2. Жуков Г. Н. Основы общей профессиональной педа-

гогики : учебное пособие / Г. Н. Жуков, П. Г. Матросов, С. Л. Каплан ; под общ. ред. проф. Г. П. Скамницкой. – М. : Гардарики, 2005. – 382 с.

3. Косенко К. М. Методичні аспекти формування у сту-



дента-стоматолога практичних навичок та умінь / К. М. Косенко // Вісник стоматології. – 2006. – № 3. – С. 89–90.

4. Образцов П. И. Информационно-технологическое обеспечение учебного процесса в вузе / П. И. Образцов // Высшее образование в России. – 2001. – № 6. – С. 46–50.

5. 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](http://www.bahkrabot.com/work/work_63711.html).

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

## 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. Udenfri-

end. – 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 журнал. – 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, МКИ<sup>3</sup> 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, МПК<sup>7</sup> 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. ... доктор 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 “Медична освіта”

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

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

**Бажаємо успіху!**