

Міністерство охорони здоров'я України

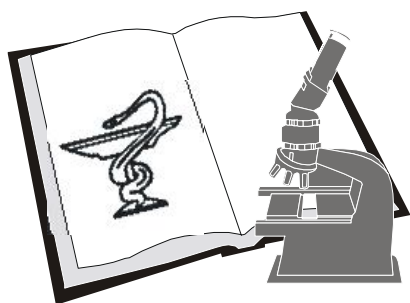
*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України”*

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 of MPH of Ukraine”

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

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

2/2012

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 МОЗ України”
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль
46001, УКРАЇНА
Тел.: (0352) 43-49-56
Факс: (0352) 52-80-09
E-mail: mededu@tdmu.edu.te.ua
<http://www.tdmu.edu.te.ua>

За зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів
відповідальність несе рекламодавець.

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

Затверджено вченою радою ДВНЗ “Тернопільський
державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України” (протокол № 11 від 24.04.2012 р.)

© ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”
© 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 24.04.2012. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 11,40. Обл.-вид. арк. 10,42.
Тираж 600. Зам. № 84.

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

ЗМІСТ

Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції, присвяченої 55-річчю Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, “ВІПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВМ(Ф)НЗ ІІІ-ІV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ”

26-27 квітня 2012 року

<i>Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов, В. В. Вороненко, І. І. Феценко, О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, К. В. Баранніков, І. С. Вітенко, І. В. Мельник</i> ІНТЕГРАЦІЯ ДОДИПЛОМНОЇ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ТА ПРОВІЗОРІВ – ВИМОГА УСПІШНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
<i>Л. Я. Ковальчук</i> РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ НОВІТНИХ МЕТОДИК ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО ТА ПЛАНИ НА МАЙБУТНЄ	11
<i>В. В. Вороненко, О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко, І. В. Мельник, І. С. Булах, М. Р. Мруга</i> ПОПЕРЕДНІ ПІДСУМКИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ТА ШЛЯХИ ПОДАЛЬШОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЙОГО ОРГАНІЗАЦІЇ	18
<i>В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Л. І. Остапюк, А. І. Чубатий, В. Є. Чешук</i> РАНЖУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ УНІВЕРСИТЕТІВ ЯК КЛЮЧОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	23
<i>І. С. Вітенко, І. В. Мельник, С. В. Штанько, Л. Г. Варнавіська</i> ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПОКРАЩАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ СУЧАСНОЮ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЮ ЛІТЕРАТУРОЮ	26
<i>Ю. В. Вороненко, Ю. П. Вдовиченко, О. П. Мінцер, О. М. Вернер, В. В. Краснов</i> КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗРОБКИ СТАНДАРТІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	31
<i>В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, О. В. Чернецька, Т. П. Опаріна</i> УЗАГАЛЬНЕННЯ ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ	35
<i>Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, В. І. Черній, М. Б. Первак, Н. Ю. Костюкова</i> ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ДОНЕЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	39
<i>В. М. Мороз, Ю. Й. Гумінський, Л. В. Фоміна, Т. Л. Полеся, О. І. Башиїнська</i> МОДЕРНІЗАЦІЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ – ІДЕЯ, МЕТА ТА РЕАЛІЇ	42
<i>В. П. Черних, І. С. Гриценко, С. В. Огарь, Л. М. Віннік</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОНОВЛЕННЯ СТАНДАРТІВ ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ	46
<i>Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко</i> РЕЙТИНГ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ	49
<i>Г. В. Дзяк, Т. О. Перцева, Л. Ю. Науменко, Г. В. Горбунова</i> ОСОБИСТІСНІ ЯКОСТІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРІОРИТЕТИ ВИКЛАДАЧІВ	52
<i>О. П. Мінцер, О. В. Голяновський, С. В. Денисенко, М. В. Банчук, І. А. Ярменчук</i> БЕЗПЕРЕРВНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК – НОВІ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАВАННЯ ЗНАНЬ	55
<i>В. М. Лісовий, В. Д. Марковський, Д. П. Перцев, Н. С. Тітова, Ж. І. Логвінова</i> ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ОСОБИСТІСНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ХНМУ	57
<i>В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, С. М. Білаш, М. М. Рябушко, Т. В. Шарбенко</i> ОСОБЛИВОСТІ МАРКЕТИНГОВОЇ ПОЛІТИКИ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	59
<i>Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. М. Компанієць</i> ЯКІСТЬ ОСВІТИ – ПОКАЗНИК ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД СУСПІЛЬСТВОМ	61

<i>Т. М. Бойчук, І. В. Геруш, В. М. Ходоровський</i> ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	64
<i>І. С. Чекман</i> НАНОФАРМАКОЛОГІЯ: ВИКЛАДАННЯ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ	68
<i>М. М. Рожко, Г. М. Ерстенюк, В. В. Капечук, М. О. Іванців</i> З ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	69
<i>О. М. Хвисьюк, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін, О. В. Грищенко, І. А. Жадан, К. І. Бодня, О. І. Сергієнко, І. А. Соболева</i> ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ ПРАКТИЧНИМ НАВИЧКАМ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ З ВИКОРИСТАННЯМ МУЛЯЖІВ ТА ТРЕНІНГОВИХ КЛАСІВ	72
<i>В. К. Івченко, В. В. Сімрок, С. М. Смірнов, Р. В. Разумний, С. П. Краснова</i> ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В ДЕРЖАВНОМУ ЗАКЛАДІ “ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”	75
<i>О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва</i> СУЧАСНІ НАВЧАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	79
<i>О. Ю. Іоффе, В. С. Кульбака, В. М. Меллін, М. М. Стець, О. П. Стеценко</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ НА ЗАСАДАХ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ	81
<i>Е. В. Олійник, Б. І. Шумко, Л. Я. Федонюк</i> ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З ОНКОЛОГІЇ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	85
<i>Н. О. Федчишин</i> МОДЕЛЬ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ В ПЕДАГОГІЦІ ГЕРБАРТІАНЦІВ	87
<i>Л. В. Пахаренко, С. Л. Стефанко</i> ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	92
<i>Н. В. Скрипник, П. Ф. Дудій, Н. В. Пасєчко</i> ДО ПРОБЛЕМИ ДУХОВНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ	94

Матеріали

**Всеукраїнської навчально-наукової конференції,
присвяченої 55-річчю Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського,**

“ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВМ(Ф)НЗ III-IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ”

**26-27 квітня 2012 року
м. Тернопіль**

УДК 61:377.4

ІНТЕГРАЦІЯ ДОДИПЛОМНОЇ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ТА ПРОВІЗОРІВ – ВИМОГА УСПІШНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Р. О. Моїсеєнко¹, О. К. Толстанов¹, В. В. Вороненко¹, І. І. Фещенко¹,
О. П. Волосовець¹, Ю. С. П'ятницький¹, К. В. Баранніков¹, І. С. Вітенко²,
І. В. Мельник²**

¹Міністерство охорони здоров'я України,

²Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України

INTEGRATION OF PRE-GRADUATE AND POST-GRADUATE TRAINING OF DOCTORS AND PHARMACEUTISTS – DEMAND OF SUCCESSFUL REALIZATION OF REFORMS IN THE PUBLIC HEALTH SPHERE

**R. O. Moiseyenko¹, O. K. Tolstanov¹, V. V. Voronenko¹, I. I. Feshchenko¹,
O. P. Volosovets¹, Yu. S. Pyatnytskyi¹, K. V. Barannikov¹, I. S. Vitenko², I. V. Melnyk²**

¹Ministry of Public Health of Ukraine,

²Central Methodical Cabinet on Higher Medical Education of MPH of Ukraine

У статті проаналізовано проблему інтеграції додипломного і післядипломного навчання лікарів та провізорів в ході реформування медичної освіти.

The article analyzed the integration problem of pre-graduate and post-graduate education of doctors and pharmacists in the course of medical education reformation.

Вищі навчальні заклади системи МОЗ України беруть активну участь в реалізації реформ системи охорони здоров'я, визначених Президентом України В. Ф. Януковичем, Керуючою радою Комітету з економічних реформ з питань реформування освіти, медицини та житлово-комунального господарства, в тому числі у пілотних регіонах.

Успішне вирішення стратегічних завдань, поставлених керівництвом країни в контексті реформування галузі охорони здоров'я, можливе завдяки поліпшенню якості підготовки медичних спеціалістів, оптимальній організації післядипломної освіти фахівців у вищих навчальних закладах МОЗ України з урахуванням потреб регіонів у кадровому забезпеченні.

Питання раціонального використання кадрових ресурсів охорони здоров'я потребують комплексного міжвідомчого підходу, вжиття загальнодержавних заходів щодо поліпшення соціального захисту та підняття престижу праці медичного працівника у суспільстві.

Успішна реалізація реформ у сфері охорони здоров'я можлива за умови забезпечення належного контролю Міністерства охорони здоров'я України над визначенням обсягів та організацією якісної практичної підготовки спеціалістів для потреб галузі охорони здоров'я, післядипломного навчання лікарів та провізорів у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти МОЗ України.

Саме тому, ще у ході виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 16.11.2011 № 1191-р “Деякі питання управління вищими навчальними закладами” Міністерство охорони здоров'я України інформувало Адміністрацію Президента України, Кабінет Міністрів України, Верховну Раду України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України про можливість виникнення серйозної загрози реалізації реформ у сфері охорони здоров'я, одним із завдань яких є оптимальне кадрове забезпечення галузі. Це було б особливо критично на етапах організації післядипломної підготовки лікарів на факульте-

тах підвищення кваліфікації медичних університетів та академій.

Отже, відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.01.2012 № 75-р “Про передачу в 2012 році деяких бюджетних призначень Міністерству аграрної політики та продовольства і Міністерству охорони здоров’я та внесення змін у додатки 1—3 до розпорядження Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2011 р. № 1191” в системі МОЗ України збережено дієву мережу галузевих вищих навчальних закладів, які за рівнем кадрового, матеріально-технічного та навчально-методичного забезпечення мають на належному рівні забезпечити науковий супровід реформування системи охорони здоров’я і вирішити питання якісної підготовки медичних та фармацевтичних кадрів.

Підготовка медичних та фармацевтичних спеціалістів на додипломному етапі здійснюється мережею вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, яка нараховує 15 медичних університетів (академій), дев’ять з яких мають статус національних. Структурними підрозділами 7 вищих навчальних закладів є також факультети (інститут) післядипломної освіти (підвищення кваліфікації). Післядипломне навчання лікарів та провізорів здійснюється відповідно до ліцензій Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України на здійснення освітньої діяльності з підвищення кваліфікації лікарів за окремими спеціальностями та напрямками підготовки.

У вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України за державним замовленням навчаються 25 тисяч 332 студенти. За контрактною формою навчається 42 тисячі 598 осіб, громадян України, здійснюється підготовка майже 20 тисяч іноземних громадян з 124 країн світу (студентів – 18 410, клінічних ординаторів – 1063, аспірантів – 126, магістрантів – 165), що складає третину від усіх іноземних громадян, які навчаються в Україні.

Науково-педагогічний процес здійснюють 12 788 викладачів, з них 15,7% – доктори наук (професори), 57,9% – кандидати наук (доценти, старші наукові співробітники), 82 – академіки (члени-кореспонденти) НАН, НАМН України.

В Україні створено також мережу закладів післядипломної освіти, де здійснюється післядипломна підготовка лікарів та провізорів (інтернатура, клінічна ординатура, магістратура, аспірантура, докторантура; підвищення кваліфікації – спеціалізація, тематичне удосконалення, передатестаційні цикли, курси інформації та стажування). Зазначена підготовка проводиться в трьох закладах післядипломної освіти

МОЗ України – Національній (м. Київ), Запорізькій, Харківській державних медичних академіях післядипломної освіти.

Діяльність факультетів післядипломної освіти вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації зосереджено в основному на підготовці лікарів-інтернів за базовими лікарськими спеціальностями. За високотехнологічними спеціальностями фахівці проходять відповідну підготовку виключно в академіях післядипломної освіти.

На факультетах (інститутах) післядипломної освіти вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та у закладах післядипломної освіти МОЗ України за державним замовленням навчається 7218 лікарів (провізорів)-інтернів, у 2011 році на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення та передатестаційних циклах підготовлено 68 839 осіб.

План державного замовлення на підготовку спеціалістів до вищих навчальних закладів МОЗ України 2011 року виконаний в повному обсязі, зараховано на перший курс до вищих навчальних закладів МОЗ 4588 лікарів та провізорів, за цільовим направленням для сільської місцевості зараховано 1077 осіб.

З метою пріоритетного укомплектування центрів первинної медико-санітарної допомоги спеціалістами з фаху “Загальна практика – сімейна медицина” в 2012 році планується збільшити план прийому студентів для навчання за спеціальністю “Лікувальна справа” до 3788 осіб (у 2011 році – 2888 осіб), залишаться без змін обсяги прийому студентів за спеціальністю “Педіатрія” – 1000 осіб (як і минулого року), натомість буде зменшено обсяг прийому за спеціальністю “Медико-профілактична справа”, що обумовлено реорганізацією Державної санітарно-епідеміологічної служби України.

План цільового набору сільської молоді до вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації у 2012 році буде збільшено до 1282 осіб (2011 року він становив 1125 осіб).

З метою зменшення кадрового дефіциту, який склався в галузі, впроваджено програми цільової підготовки та підвищення кваліфікації лікарів відповідно до потреб регіонів за рахунок коштів місцевих бюджетів на підставі укладання спільних угод між вищими навчальними закладами та регіональними управліннями охорони здоров’я (наказ МОЗ України від 11.11.2011 № 782 “Про впровадження Рішення наради ректорів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України “Підсум-

ки проведення вступної кампанії до вищих навчальних закладів МОЗ України у 2011 році. Актуальні питання поліпшення якості та організації підготовки медичних та фармацевтичних спеціалістів” від 11.10.2011”. Так, між Національним медичним університетом імені О. О. Богомольця та Київською міською державною адміністрацією укладено угоду на цільову підготовку для м. Києва 140 спеціалістів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина” за кошти міського бюджету.

З метою поліпшення якості та організації підготовки медичних та фармацевтичних спеціалістів Міністерством затверджено та впроваджено в практичну діяльність вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України наскрізну Програму практичної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини на додипломному та післядипломному етапах.

Міністерством затверджено Орієнтовний план підготовки та підвищення кваліфікації кадрів для Кіровоградського обласного перинатального центру, План підготовки та підвищення кваліфікації кадрів з метою реалізації національного проекту “Нове життя” для перинатальних центрів АР Крим, Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Одеської, Тернопільської, Харківської областей, які затверджені МОЗ України 16.08.2011, План підготовки та підвищення кваліфікації кадрів з метою реалізації Національного проекту “Нове життя” для перинатальних центрів III рівня у 2012 році, затверджений МОЗ України 23.03.2012.

З метою якісного забезпечення первинної ланки у пілотних регіонах на факультетах післядипломної освіти Вінницького, Донецького національних медичних університетів, Дніпропетровської державної медичної академії, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України затверджено Уточнений перспективний План підготовки кадрів для реформ у сфері медицини у пілотних регіонах та Перспективний план підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина” на період до 2015 року для забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги в інших областях України.

З метою поліпшення організації підготовки та підвищення кваліфікації лікарів станцій швидкої медичної допомоги з медицини невідкладних станів у пілотних регіонах наказом МОЗ від 17.08.11 № 519 ректорам вищих навчальних закладів МОЗ та закладів післядипломної освіти доручено привести кількість циклів

спеціалізації, тематичного удосконалення та передатестаційних циклів з фаху “Медицина невідкладних станів” у 2011–2015 роках у відповідність до потреби, визначеної управліннями охорони здоров’я.

МОЗ України також розроблено заходи щодо посилення ролі наставництва на робочих місцях в професійній підготовці молодих спеціалістів-лікарів (пробізорів), молодших спеціалістів з вищою медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров’я.

Вищі навчальні заклади беруть активну участь в науковому супроводі ходу реформування системи охорони здоров’я. Створено науково-експертну раду Міністерства охорони здоров’я України з питань оцінки реформ в охороні здоров’я. Так, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця передбачає виконання таких наукових розробок: “Обґрунтування системи механізмів впровадження інноваційних технологій в первинну медико-санітарну допомогу в Україні”, “Обґрунтування методологічних засад моніторингу та оцінка ефективності реалізації реформ в системі охорони здоров’я”. Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика пропонує розробити засади для створення єдиної державної системи інформаційного забезпечення закладів охорони здоров’я.

Починаючи з 2012 року, на факультетах вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та у закладах післядипломної освіти запроваджено цикли спеціалізації з фаху “Загальна практика – сімейна медицина” для перепідготовки (підвищення кваліфікації) лікарів-спеціалістів реорганізованих закладів охорони здоров’я (лікарів-педіатрів дільничних та лікарів-терапевтів дільничних), які працевлаштовуватимуться на посади лікарів з фаху “Загальна практика – сімейна медицина”, за затвердженою МОЗ України програмою за очно-заочною формою навчання з використанням дистанційних методів підготовки, в тому числі через мережу Інтернет. Відповідно до наказу МОЗ України від 07.02.2012 № 90 “Про внесення зміни до наказу МОЗ України від 07.12.98 № 346” тривалість очного циклу спеціалізації для зазначеного континенту осіб скорочено з шести до чотирьох місяців, два місяці навчання лікарів-спеціалістів здійснюватимуться без відриву від виробництва (заочно) з використанням дистанційних методів навчання, в тому числі через мережу Інтернет. Загальна тривалість очного та заочного циклів навчання становитиме шість місяців. Програму навчання направлено до вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти.

На виконання наказу МОЗ України від 03.12.2010 № 1074 “Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів” при Міністерстві створено Координаційну науково-методичну раду з вищої медичної освіти. Відповідно до наказу МОЗ України від 27.04.2011 № 238 основними завданнями Координаційної науково-методичної ради з вищої медичної освіти є забезпечення координації роботи вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів, спрямованої на реалізацію державної політики у галузі медичної освіти, зокрема з удосконалення змісту навчання, поліпшення якості медичної освіти та її інтеграції в європейське і світове співтовариство, втілення загальноєвропейських стандартів та рекомендацій Світової Федерації медичної освіти.

Питання організації післядипломної підготовки лікарів на факультетах (в інститутах) післядипломної освіти вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та у закладах післядипломної освіти МОЗ України відповідно до вимог реформування системи охорони здоров'я перебувають на постійному контролі Уряду, Колегії МОЗ України та керівництва МОЗ України.

Так, Рішенням Колегії МОЗ України від 17.11.2011 Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій доручено забезпечити першочергове проходження лікарями центрів первинної медико-санітарної допомоги циклів тематичного удосконалення з актуальних питань за профілем практичної діяльності не менше одного разу у міжкатегорійний період.

Національному фармацевтичному університету та Національній медичній академії післядипломної освіти доручено забезпечити виконання Концепції розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я на 2011–2020 роки щодо запровадження системи віртуального та дистанційного навчання відповідно до тенденцій розвитку фармацевтичної науки.

Відповідно до Рішення засідання координаційної науково-методичної ради з післядипломної освіти МОЗ України, затвердженого першим заступником Міністра охорони здоров'я України Р. О. Моїсеєнко 22.02.2012, Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій доручено посилити контроль за підготовкою лікарів зі спеціальності “Загальна практика – сімейна медицина” шляхом

забезпечення систематичного проходження ними циклів тематичного удосконалення з актуальних питань акушерства та гінекології, педіатрії, терапії, хірургії у міжкатегорійні періоди.

Рішенням Колегії МОЗ України від 22.12.2011 Національній медичній академії післядипломної освіти доручено вжити заходів щодо розширення можливостей для отримання громадянами України другої вищої освіти за освітньо-кваліфікаційним рівнем “магістр” за напрямками підготовки “економіка” та “право” для сфери охорони здоров'я на базі академії та Соломонового університету, організувати проведення дводенного навчального семінару щодо актуальних питань реформування системи охорони здоров'я для Міністра охорони здоров'я АР Крим, начальників управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

На виконання Постанови Верховної Ради України “Про рекомендації парламентських слухань на тему “Про сучасний стан та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України” від 06.10.2011 № 3901-VI керівникам територіальних органів Державної служби з лікарських засобів та ректорам вищих навчальних закладів IV рівня акредитації МОЗ України доручено вжити заходів щодо забезпечення спільно з обласними (міськими) органами місцевого самоврядування цільової підготовки та підвищення кваліфікації провізорів за кошти місцевих бюджетів для потреб фармацевтичної галузі у регіонах.

На виконання Рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я від 11.01.2012 № 109 ректорам вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти було запропоновано продовжити виконання наказу МОЗ України від 27.11.2008 № 687 “Про покращання виховної роботи у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах і закладах охорони здоров'я” щодо сприяння волонтерському руху задля збереження здоров'я населення України.

На постійному контролі Кабінету Міністрів України перебуває питання забезпечення підвищення кваліфікації лікарів та медсестер для роботи на позитронно-емісійних томографах.

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.09.2011 № 1036-р “Про затвердження плану заходів щодо забезпечення розвитку освіти у сфері інформаційних технологій на період до 2013 року”, розпорядження Кабінету Міністрів України

від 27.08.2010 № 1728-р “Про затвердження плану заходів щодо розвитку вищої освіти на період до 2015 року” у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти МОЗ України продовжувалась робота щодо впровадження в практику навчального процесу новітніх інформаційних та телекомунікаційних технологій, дистанційної форми навчання тощо. Окрім Центру дистанційної освіти Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, який здійснює методичне керівництво за діяльністю вищих навчальних закладів в контексті впровадження та технічного забезпечення дистанційної освіти, в усіх вищих навчальних закладах МОЗ створені науково-практичні лабораторії з дистанційної освіти та новітніх технологій, які мають активізувати свою діяльність.

Отже, ті завдання, які стоять перед вищою медичною школою та наукою в ході реформ системи охорони здоров'я, можуть бути вирішені за умови подальшого збереження існуючої мережі вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти в сфері підпорядкування МОЗ, організаційної інтеграції додипломної та післядипломної підготовки лікарів та провізорів, налагодження дієвої співпраці вищих медичних навчальних закладів з МОЗ АР Крим, управліннями (головними) управліннями охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, лікувально-профілактичними установами, на базі яких здійснюється клінічна підготовка лікарів, законодавчого врегулювання різних аспектів системи вищої освіти.

УДК 61:378(477.84)

РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ НОВІТНІХ МЕТОДИК ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО ТА ПЛАНИ НА МАЙБУТНЄ

Л. Я. Ковальчук

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

RESULTS OF IMPLEMENTATION OF MODERN ORGANIZATION METHODS OF EDUCATIONAL PROCESS IN TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I. YA. HORBACHEVSKY AND PLANS FOR THE FUTURE

L. Ya. Kovalchuk

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

У статті висвітлено результати реалізації новітніх методик організації навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського та плани на майбутнє.

The article adduces the results of implementation of modern organization methods of educational process in Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky and plans for the future.

Вступ. Сучасний розвиток медичної освіти в Україні, етапи його реформування, питання, пов’язані із підвищенням якості освіти випускників медичних закладів, вимагають нових підходів до організації навчального процесу. Запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) вимагало не тільки нових підходів в методиці викладання предметів, але й структурної перебудови організації роботи університету щодо самого навчального процесу. Важливими на сучасному етапі є питання адаптації та максимального наближення навчання студентів до реальних практичних ситуацій, з якими стикнуться випускники університету в своїй практичній діяльності лікаря, провізора.

Основна частина. У відповідності до Концепції розвитку університету за результатами вивчення передового міжнародного досвіду в навчальний процес впроваджено ряд нових методик [1]:

- методика “Єдиного дня” навчання;
- Z-система освіти;
- матрикули практичних навичок;
- семестровий тестовий контроль;
- програма дистанційного контролю знань студентів “Moodle”;

- об’єктивно-структурований клінічний іспит;
- комунікативні навички.

Які ж результати ми одержали в результаті впровадження зазначених методик?

Методика “Єдиного дня” при перебуванні на кафедрі впродовж 6–7-ми годин студенти мають можливість виконати значний обсяг практичної роботи, ґрунтовніше опанувати практичні навички, приділити більше часу самостійній курації хворих [2, 3]. Дана методика дозволила ефективно впровадити також циклову систему навчання, створити на ряді кафедр тематичні навчальні кімнати, оснастити їх сучасним обладнанням, більш повноцінно забезпечити заняття тематичними хворими, ефективно використати матеріально-технічну базу кафедр, особливо у клініках. При такій системі організації навчального процесу у викладача є реальна можливість детально провести обговорення зі студентами найважливіших питань теми, що проходить у формі вільної дискусії, в яку активно включаються всі присутні на занятті студенти. При відповідній мотивації і досконалому матеріально-технічному забезпеченні навіть недостатньо підготовлений на початок заняття студент після його завершення володіє необхідним обсягом базової інформації з даної теми. Студентам стало

©Л. Я. Ковальчук

цікаво вчитися і тому в останній час відмічається значне скорочення студентами пропусків занять без поважних причин (табл. 1).

Не менш важливим етапом підготовки студентів є освоєння ними практичних навичок, які випускники використовуватимуть у своїй повсякденній діяльності.

Таблиця 1. Інформація про кількість пропусків студентами університету за 2009–2012 роки

Навчальний рік	Загальна кількість студентів	Загальна кількість “нб”	Кількість “нб” на одного студента	Кількість “нб” без поважної причини	Кількість “нб” на одного студента
Медичний факультет					
2009/2010	1388	4403	3,2	2308	1,7
2010/2011	1502	4271	2,8	2265	1,5
2011/2012	1537	3843	2,5	1696	1,1
Стоматологічний факультет					
2009/2010	697	3424	4,9	53	0,07
2010/2011	670	2625	3,9	47	0,07
2011/2012	573	2070	3,6	38	0,06
Фармацевтичний факультет					
2009/2010	306	642	2,1	265	0,9
2010/2011	254	457	1,8	168	0,7
2011/2012	217	347	1,6	65	0,3
Факультет іноземних студентів					
2009/2010	643	5587	8,7	1867	2,9
2010/2011	857	7408	8,6	2051	2,4
2011/2012	949	6248	6,7	1825	1,9

Зазначені практичні навички внесені у розроблені лінії практичних навичок, які розподілені по курсах і складені відповідно до галузевих стандартів освіти (освітньо-кваліфікаційної характеристики) і є обов’язковими для опанування студентом протягом навчального року.

Кожен студент зобов’язаний засвоїти практичні навички відповідно до зазначеного у матрикулі рівня. Передбачено п’ять рівнів засвоєння:

- 1) має відповідні знання (знає);
- 2) бачив, як дана навичка виконується (бачив);
- 3) вміє відтворити дану навичку на фантомі (вміє);
- 4) вміє продемонструвати практичну навичку в лабораторії, клініці на хворому під контролем викладача (вміє під контролем);
- 5) досконало оволодів практичною навичкою (вміє самостійно).

В університеті створено всі умови для засвоєння і складання практичних навичок студентами як під час практичного заняття, так і в позааудиторний час. Відмітку про засвоєння студентом практичної навички робить викладач, засвідчуючи дату виконання її та достовірність своїм підписом. Викладач, який поставив відмітку про складання практичної навички, несе персональну відповідальність перед деканатом щодо відповідних умінь студента. Для забезпечення контролю засвоєння студентами практичних навичок на медичному та стоматологічному факультетах запроваджено об’єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ) [4]. Для ОСКІ використовуються прак-

тичні навички з третім, четвертим та п’ятим рівнями виконання, які містяться у матрикулах відповідних ліній, що сприяє більш ефективному засвоєнню їх студентами. На основі цих навичок були створені конкретизовані лаконічні завдання для ОСКІ. При цьому завдання поділені на чотири основні групи: 1) збір скарг і анамнестичних даних у пацієнта; 2) фізикальне обстеження пацієнта; 3) інтерпретація результатів лабораторно-інструментальних методів обстежень; 4) діагностичні та лікувальні маніпуляції на фантомах. Екзаменаційний білет під час ОСКІ формується за допомогою спеціальної комп’ютерної програми. Для цього була створена база даних завдань для ОСКІ. Усі екзаменаційні білети формуються таким чином, щоб студент отримав приблизно рівноцінні за складністю та за часом виконання завдання (для цього попередньо завдання компонує у 12 різних груп). Із кожної групи комп’ютер на кожній станції довільно обирає одне завдання, яке студент виконує при комісії. Викладач оцінює правильність виконання навички, а також використання комунікативних навичок під час виконання. Нижче наведено дані про результати складання ОСКІ на факультетах за період їх проведення (табл. 2).

З наступного навчального року введемо об’єктивний структурований практичний іспит (ОСП) на теоретичних кафедрах.

З метою об’єктивності оцінювання знань студентів та запобігання проявам хабарництва під час скла-

Таблиця 2. Результати складання ОСКІ за період їх проведення по факультетах

Навчальний рік	Загальна кількість студентів на курсі			Середній бал по курсу			Кількість незадовільних оцінок			% незадовільних оцінок		
	3	4	5	3	4	5	3	4	5	3	4	5
Медичний факультет												
2007-2008	205	188	235	9,6	8,5	9,2	13	51	36	6	27	15
2008/2009	247	203	187	9,4	9,0	9,1	13	9	5	5	3	2,5
2009/2010	250	248	199	9,3	9,4	9,4	10	6	3	4	2,5	1,5
2010/2011	213	239	243	9,7	9,8	9,4	3	2	4	1,5	0,8	1,5
Факультет іноземних студентів												
2008/2009	28	54	78	8,1	8,4	7,2	10	15	14	25	28	18
2009/2010	72	19	52	8,0	8,4	9,1	8	2	2	11	10	4
2010/2011	130	47	17	9,6	9,2	8,5	7	1	0	8	2	0

дання іспитів в університеті було запроваджено єдиний комплексний тестовий іспит [5]. На іспит для студентів виносяться тестові завдання з усіх модулів всіх дисциплін, які вивчалися студентами впродовж осіннього або весняного семестру. Проведення цього іспиту здійснює створений загальноуніверситетський центр незалежного тестування, завданням якого є створення банку тестових завдань з усіх дисциплін, відповідно до модулів, розроблення комп'ютерних програм автоматичного формування тестових питань та комп'ютерної перевірки. Цьогоріч центром незалежного тестування отримано Атестат відповідності, у якому Державна служба спеціального зв'язку та захисту інформації України засвідчує, що комплексна автоматизована система захисту інформації з підготовки матеріалів для проведення незалежного тестування знань студентів (АС "Тести") забезпечує захист інформації відповідно до вимог норматив-

них документів системи технічного захисту інформації в Україні. Студенти складають тестовий іспит, зазначаючи відповіді на спеціальних бланках, які у присутності студентів перевіряє сканер та проводить розшифрування відповідей, виставляє оцінку. Розроблені положення про проведення тестового іспиту, критерії оцінювання з дисциплін, порядок відрахування студентів з навчального закладу, які відображені в "Методичних рекомендаціях для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ". Результати складання іспитів показують загальну тенденцію щодо скорочення числа студентів, що не склали хоча б один модуль, та числа незадовільних оцінок по курсах, кращі результати складання студентами бюджетної форми навчання, ніж студентами контрактниками, зростання середнього бала та вирівнювання успішності між бюджетниками та контрактниками на старших курсах (табл. 3).

Таблиця 3. Результати складання семестрового тестового іспиту по факультетах
Медичний факультет (зима 2011/12 н. р.)

Курс	Кількість студентів	Не склали іспит (%)	Частка незад. оцінок, %	Серед. бал	Бюджет		Контракт	
					частка незад. оцінок, %	сер. бал	частка незад. оцінок, %	сер. бал
1	235	175 (74 %)	25 %	5,0	18 %	5,9	46 %	3,1
2	340	191 (56 %)	24 %	5,6	12 %	7,2	24 %	4,3
3	265	86 (32 %)	8 %	7,4	9 %	8,2	12 %	6,5
4	208	37 (18 %)	6 %	7,8	7 %	8,3	8 %	7,1
5	237	38 (16 %)	3 %	8,4	2 %	8,9	3 %	8,0
6	236	14 (6 %)	3 %	8,4	1 %	8,7	2 %	8,0

Аналогічна картина простежується і за результатами складання семестрового тестового іспиту студентами інших факультетів.

Реформа охорони здоров'я, задекларована Президентом України, передбачає створення університетських лікарень в обласних центрах. Створення престижної і потужної університетської лікарні в Тернопільській області є важливим кроком до впровадження страхової медицини в Україні, що дозволить максимально спростити перехід системи охорони здоров'я до нових умов та поліпшити рівень надання високоспеціалізованої медичної допомоги мешканцям краю.

Тернопільська обласна лікарня функціонує з 1958 року. З 1 січня 2010 року, відповідно до рішення сесії Тернопільської обласної ради № 777, її було реорганізовано в комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня”.

У колективі Тернопільської університетської лікарні налічується 1196 працівників, серед них 227 лікарів, 471 — середнього медичного персоналу. Серед лікарського персоналу працює 18 кандидатів медичних наук, 1 доктор медичних наук. За період функціонування університетської лікарні 4 лікарі здобули звання кандидата медичних наук, 1 — доктора медичних наук. На даний час пошукувачами на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук є 9 лікарів, доктора медичних наук — 1.

На базі Тернопільської університетської лікарні працюють викладачі 10 клінічних кафедр університету у 17 спеціалізованих відділеннях. 87 викладачів цих кафедр мають спеціалізацію або атестаційну категорію за спеціальністю відповідного відділення Тернопільської університетської лікарні, 12 викладачам необхідна профільна спеціалізація для повної відповідності профілю відділень (заплановано на 2012 рік).

У лікарні розгорнуто 665 ліжок. Структура університетської лікарні представлена 6 центрами, до складу яких входять 19 стаціонарних спеціалізованих відділень, 13 параклінічних, 5 допоміжних підрозділів та один сектор:

- центр внутрішньої медицини потужністю 300 ліжок терапевтичного профілю, на базі якого працює 5 клінічних кафедр (клінік) Тернопільського медичного університету терапевтичного спрямування;

- центр хірургії потужністю 365 ліжок хірургічного профілю, на базі якого працює 5 хірургічних кафедр (клінік);

- центр експертизи тимчасової непрацездатності та якості лікувально-діагностичного процесу;

- консультативно-діагностичний центр на 200 відвідувань в день з прийомом за 24 спеціальностями;

- центр роботи з молодшими спеціалістами та молодшим медичним персоналом;

- центр кадрової служби та юридичного забезпечення;

- фінансово-господарський сектор.

З метою надання високоспеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної медичної допомоги дорослому населенню області на базі стаціонарних відділень створено 7 спеціалізованих центрів: мікрохірургії ока, малоінвазивної хірургії, кардіології, нефродіалізу, ендопротезування, гастроентерології з гепатологією, клінічної імунології та алергології.

Щорічно високоспеціалізовану стаціонарну допомогу отримують понад 20 тисяч пацієнтів, консультативно-діагностичну — 75 тисяч хворих.

За час функціонування Тернопільської університетської лікарні напрацьовано заходи, спрямовані на підвищення якості медичного обслуговування та охорони здоров'я населення області, зниження захворюваності, лікарняної летальності, інвалідності та смертності.

Впродовж 2010–2011 років на 5,2% зросла кількість пролікованих хворих у стаціонарних відділеннях Тернопільської університетської лікарні. Так, у 2009 р. кількість стаціонарних хворих становила 19 224, у 2010 р. — 20 083, а у 2011 р. — 20 221 хворих.

Змінився якісний склад пацієнтів: у 2011 р. відсоток лікованих хворих III категорії складності у стаціонарних відділеннях коливався в межах 73–92%.

За даний період кожне стаціонарне ліжко університетської лікарні в середньому працювало з навантаженням 102–103%, що привело до значного підвищення ефективності використання ліжкового фонду. Так, кількість пролікованих хворих на одному стаціонарному ліжку зросла з 28,87 хворих у 2009 р. до 30,32 хворих у 2011 році.

Використання сучасних технологій діагностики та лікування, впроваджених за період роботи Тернопільської університетської лікарні, обумовили госпіталізацію хворих високої категорії складності і разом з тим дозволили скоротити середні терміни стаціонарного лікування на 3,03%. Є позитивна динаміка зниження лікарняної летальності порівняно з 2009 р. — її рівень знизився на 15,05%.

Кількість прооперованих хворих в порівнянні з 2009 роком збільшилась на 3,11%, що обумовило приріст хірургічної активності на 0,76%. Збільшилась загальна кількість оперативних втручань на 3,80%. Післяопераційний термін лікування зменшився на 1,60%. Кількість померлих пацієнтів (із загальної кількості оперованих хворих) знизилась на 25%. Показник післяопераційної летальності зменшився на 27,27%.

На найближчий час заплановано такі заходи для поліпшення роботи Тернопільської університетської лікарні:

1. Створити навчально-практичний центр телекомунікаційних технологій з системою запису і самозапису пацієнтів до спеціалістів консультативно-діагностичного центру Тернопільської університетської лікарні і інших ЛПЗ Тернополя з лікувально-профілактичних закладів первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги м. Тернополя і районів області та створити базу даних пацієнтів.

2. Реалізувати проект будівництва лабораторного корпусу Тернопільської університетської лікарні за участі у ньому Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

Розвиток системи амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню України передбачає завдання пріоритетної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини. На жаль, є сільські райони, де частина амбулаторій взагалі не мають лікарів. Тому першочерговим стає завдання практичної підготовки сімейних лікарів для первинної ланки для максимального наближення кваліфікованої медичної допомоги до кожної сім’ї.

З цією метою у Тернопільському державному медичному університеті ім. І. Я. Горбачевського з 2009 по 2011 роки було створено 5 навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги (НПЦПМСД) у сільській місцевості Тернопільської області при амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (1), ФАПх (2) та медичних пунктах (2). Такі центри організовані в селах Зарубинці (Збаразький р-н), Гнилиці (Підволочиський р-н), Великий Говилів (Теребовлянський р-н), Увисла та Кокошинці (Гусятинський р-н). В них студенти та інтерни перебувають протягом тижня, що дає змогу ознайомитись з реаліями сільської медицини, набути навичок надання медичної допомоги цій категорії населення та залучити майбутніх спеціалістів до роботи в сільській місцевості, відчутти необхідність і потребу в сімейних лікарях на селі, а також реальну можливість працювати і проживати у належних матеріальних і побутових умовах у сільській місцевості.

НПЦПМСД є навчальними підрозділами ТДМУ, які забезпечують проведення навчальних профілактичних заходів з попередження та зменшення захворюваності, своєчасного виявлення хворих, диспансеризацію та надання первинної медичної допомоги населенню.

Проходження практичного навчання студентів випускного курсу та лікарів-інтернів медичного та стоматологічного факультетів у навчально-практичних

центрах первинної медико-санітарної допомоги здійснюється за графіками деканатів медичного і стоматологічного факультетів та факультету післядипломної освіти ТДМУ імені І. Я. Горбачевського, затвердженими проректором із науково-педагогічної та лікувальної роботи, в якому передбачені терміни практичного навчання та фіксовані години амбулаторного прийому хворих, подворових обходів, проведення профілактичної та іншої роботи.

НПЦПМСД безпосередньо підпорядковані ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського. На території обслуговування є чітка взаємодія із керівниками сільських рад, колективами АЗПСМ, ФАПів та медичних пунктів, а також дільничними лікарями.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського забезпечив навчальний процес у НПЦПМСД медичною апаратурою, інструментарієм, обладнанням, твердим інвентарем і господарським майном відповідно до затверджених МОЗ України нормативів.

У НПЦПМСД ведеться навчально-облікова та звітна документація, аналогічна до документації, передбачена наказами МОЗ України і Державного комітету статистики України.

Всі НПЦПМСД оснащені таким навчальним обладнанням: стоматологічною установкою сучасного зразка, електрокардіографом (з можливістю дистанційної передачі електрокардіограми в Тернопільську університетську лікарню), небулайзером, комп’ютером із встановленою програмою “Ресстратура” та “Skype”, мобільним зв’язком та Інтернетом.

Для студентів та лікарів-інтернів створені сучасні побутові умови: житловий блок зі всіма зручностями і наявністю супутникового телебачення, кухня з сучасним обладнанням, санвузлом з душовою, індивідуальне опалення.

Один раз на тиждень, а при потребі і частіше, в НПЦПМСД виїжджають лікарі-спеціалісти клінічних кафедр ТДМУ, які проводять спеціалізовані консультативні прийоми сільського населення. Викладачі клінічних кафедр, а також лікарі-інтерни при необхідності направляють пацієнтів у лікувально-профілактичні заклади другого рівня та в Тернопільську університетську лікарню. Крім того, завдяки комп’ютерному обладнанню, підключенню до мережі “Інтернет” і програмі “Skype” студенти та лікарі-інтерни можуть отримати консультацію у режимі online з провідними спеціалістами Тернопільської університетської лікарні.

Стоматологічний кабінет для забезпечення навчального процесу оснащений сучасною стоматоло-

гічною установкою, необхідним інструментарієм і розхідними матеріалами.

У комп'ютер з програмою "Реєстратура" вводяться анкетні дані всіх жителів села, де відмічаються всі діагностичні і лікувальні процедури, надані пацієнтам. Передбачено, що по Інтернету з лікувальних закладів області, в яких будуть лікуватися жителі села, в комп'ютерну базу програми буде пересилатися вся необхідна інформація про лікування в тому

чи іншому районному або обласному закладі, включаючи аналізи, рентгенограми, проведене лікування тощо.

У 2011 році були відкриті 3 НПЦПМСД: у селі Увисла на базі амбулаторії загальної практики – сімейної медицини та Кокошинці Гусятинського р-ну на базі медичного пункту та у селі Великий Говилів Тербовлянського району на базі ФАП. Показники діяльності НПЦПМСД наведені у таблицях 4 і 5.

Таблиця 4. Показники діяльності в НПЦПМСД

с. Зарубинці Збарзького району, с. Гнилиці Підволочиського району, с. Говилів Тербовлянського району та с. Увисла Гусятинського району, с. Кокошинці Гусятинського району за 2009–2011 рр.

№ за/п	Місяць	Прийнято амб. хворих: (перв./повт.)	Проліковано хворих на дому	Огл. сімей із заповненням мед. пастирства	Взято на Д-облік	Заповнено амб. карт	Заповнено стат. талон	Проведено ін'єкцій/інфузій	Проведено ЕКГ	Перев'язок	Медогляди (чол./жін./діти)	Направл. до дільн. терап.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Зарубинці	335/388	181	684/643/1848	227	931	634	232/2	185	33	315/312/168	218/130
2	Гнилиці	267/726	386	596/638/1291	335	945	791	407/2	175	117	240/395/87	159/104
3	Говилів	442/401	148	523/497/1619	51	747	553	489/26	369	126	101/170/201	239/178
4	Увисла	189/124	44	230/295/730	50	295	308	250/40	115	37	64/-/4	70/50
5	Кокошинці	39/50	58	133/104/233	8	60	53	34	26	62	9/10/-	3/6
	Всього	1272/1689	817	2166/2177/5721	641	2978	2339	1412/70	870	375	729/887/460	689/468

Всього в навчально-практичних центрах первинної медико-санітарної допомоги було прийнято 2961 амбулаторних хворих: у с. Зарубинці – 723 хворих; с. Гнилиці – 993 хворих; с. Говилів – 843 хворих; с. Увисла – 313 хворих; с. Кокошинці – 89 хворих.

Таблиця 5. Показники навчально-практичної стоматологічної допомоги в НПЦПМСД

№ за/п	НПЦПМСД	Прийнято хворих	Вилікувано зубів	Вилікувано захворювань пародонту		Лікування захворювань СОПР	Накладено пломб	Видалено зубів	Проведено консультацій	Сановано
				гінгівітів	пародонту					
1	Зарубинці	303	122	22	44	23	663	102	258	110
2	Говилів	437	219	27	54	28	1255	127	390	191
3	Гнилиці	334	138	27	38	25	761	108	296	128
4	Увисла	403	183	16	24	20	919	75	243	141
5	Кокошинці	103	65		5		112	13	100	58
	Всього	1580	727	92	165	252	3710	425	1287	628

У 2012 році заплановано організувати 3 навчально-практичних центри ПМСД у с. Нове село і с. Скорики Підволочиського району та в с. Урмань Березанського району, а також 5 навчально-практичних центрів ПМСД у м. Тернополі, у яких разом з лікарями загальної практики – сімейної медицини лікувальних комунальних закладів міста силами викладачів університету буде надаватися медична допомога жителям названих вище сіл і відповідних мікрорайонів

міста і проводитись навчальна практика студентів і лікарів-інтернів Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського. Для цього коштами університету буде проведений сучасний капітальний ремонт наданих Тернопільською міською радою приміщень і поставлене необхідне медичне та стоматологічне оснащення.

Не зупиняється робота університету і щодо технічного оснащення навчального процесу. В лекційних аудиторіях

торіях та на кафедрах університету заплановано встановити інтерактивні дошки, що поєднує в собі унікальні можливості виведення на неї будь-якої інформації з комп'ютера (шляхом проекції зображення за допомогою звичайного проектора), довільного доповнення виведеного зображення ручними замітками, коментарями, примітками або “окресленнями” якихось важливих фрагментів тексту чи графіки, що привертають увагу. Вона дає можливість моделювати абстрактні ідеї і поняття, не торкаючись до комп'ютера, змінювати модель, переносити об'єкт в інше місце екрана або встановлювати нові зв'язки між об'єктами. Все це робиться в режимі реального часу.

В останні роки система медичної освіти проходить закономірний процес суттєвої модернізації. Приєднання України до Болонської угоди сприяло переходу медичної підготовки на більш високий рівень якості освіти, мобільності висококваліфікованих кадрів, підвищення конкурентоспроможності спеціалістів. Студенти повинні одержувати фізико-технологічні основи знань, які можуть бути використані для підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу за допомогою сучасних фізичних методів та апаратів, а також бути про-

інформованими у підґрунті фізичних процесів, на базисі яких розроблено високотехнологічне медичне обладнання. З цією метою в університеті заплановано створити нові кафедри: кафедру медичної фізики та медичної апаратури, кафедру функціональної діагностики та клінічної патофізіології, кафедру невідкладних станів у внутрішній медицині, кафедру технології виготовлення ліків та кафедру управління та економіки фармації.

В умовах поширення інформації на електронних носіях перспективним є розвиток бібліотеки як джерела поширення впорядкованих зібрань електронних публікацій, а також глибокої аналітично-синтетичної переробки масивів документальної інформації із створенням широкого спектра науково-інформаційних продуктів. З цією метою проводиться реконструкція та модернізація технічного оснащення бібліотеки, здійснюється надбудова 2-го поверху. Заплановано, що бібліотека має стати системоутворюючим елементом інформаційної сфери суспільства.

Висновок. Впровадження нових інноваційних технологій організації роботи та навчального процесу в нашому університеті забезпечує належну підготовку фахівців, яка відповідає державним стандартам.

Література

1. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір). – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 50 с.
2. Ковальчук Л. Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 10–14.
3. Ковальчук Л. Я. Новітні шляхи вдосконалення підготовки фахівців у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Коваль-

чук // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 27–30.

4. Впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, І. Є. Сахарова, О. Є. Федорців // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 43–44.

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

УДК 61:378.1:37.022

ПОПЕРЕДНІ ПІДСУМКИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ТА ШЛЯХИ ПОДАЛЬШОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЙОГО ОРГАНІЗАЦІЇ

**В. В. Вороненко¹, О. П. Волосовець¹, Ю. С. П'ятницький¹, І. С. Вітенко²,
І. В. Мельник², І. Є. Булах³, М. Р. Мруга³**

¹Міністерство охорони здоров'я України, ²Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України, ³Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки “Медицина” і “Фармація”

FORMER RESULTS OF IMPLEMENTATION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND THE WAYS OF FURTHER IMPROVEMENT OF ITS ORGANIZATION

**V. V. Voronenko¹, O. P. Volosovets¹, Yu. S. Pyatnytskyi¹, I. S. Vitenko², I. V. Melnyk²,
I. Ye. Bulakh³, M. R. Mruha³**

¹Ministry of Public Health of Ukraine, ²Central Methodical Cabinet on Higher Medical Education of MPH of Ukraine, ³Center of testing of professional competence of specialists with higher education of training directions “Medicine” and “Pharmacy”

У статті підсумовано впровадження кредитно-модульної системи навчання у медичних навчальних закладах. Вказано на проблеми і перспективи цього процесу.

The article summarized the implementation of credit-modular education system in medical educational establishments. The problems and prospects of this process are considered.

На зустрічі міністрів, що відповідають за вищу освіту у країнах-учасниках Болонського процесу, яка відбулася 11–12 березня 2010 року у Будапешті та Відні, схвалено Будапештсько-Віденську декларацію та офіційно проголошено створення Європейського простору вищої освіти.

Міністерство охорони здоров'я України запроваджує кредитно-модульну систему організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації МОЗ України з 2004 року (наказ МОЗ України від 22.03.2004 № 148 “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти”) на виконання Указу Президента України від 17.02.2004 № 199/2004 “Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України” та наказу Міністерства освіти і науки Ук-

раїни від 23.01.2004 № 49 “Про затвердження Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004–2005 роки”.

У комюніке конференції європейських міністрів вищої освіти 2009 року (28–29 квітня 2009 року, Льовен (Фландрія) та Лювен-ля-Ньов (Валлонія), головними темами якої було взаємне визнання дипломів та періодів навчання, гармонізація механізмів забезпечення якості вищої освіти, моніторинг реалізації Болонського процесу, зазначено: “У наступному десятилітті європейська вища освіта має здійснити істотний внесок для побудови високо креативної та інноваційної Європи знань. Стикаючись із викликом старіння населення, Європа може досягти успіху у своїх зусиллях тільки тоді, коли надасть найбільшого розвитку талантам та здібностям усіх своїх гро-

мадян та повною мірою вдається до розвитку ціложиттєвого навчання і розширення залученості (participation) до вищої освіти [1]. У п.12 вказаного комюніке пріоритетом вищої освіти у наступному десятилітті визначено розробку національних структур кваліфікацій, як важливого кроку до розвитку навчання упродовж всього життя. Наша мета полягає у тому, аби не пізніше 2012 року національні структури кваліфікацій були завершені та підготовлені до самосертифікації відносно загальної структури кваліфікацій Європейського простору вищої освіти – витяг з комюніке.

Зауважимо, що затвердження Плану заходів щодо впровадження Національної рамки кваліфікацій в Україні передбачено Національним планом дій щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” у 2012–2014 роках. Отже, подальша робота Міністерства та вищих медичних навчальних закладів буде також пов’язана з розробкою та впровадженням Національної рамки кваліфікацій.

На виконання наказу МОЗ України від 11.11.2011 № 782 “Про впровадження Рішення наради ректорів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України “Підсумки проведення вступної кампанії до вищих навчальних закладів МОЗ України у 2011 році. Актуальні питання поліпшення якості та організації підготовки медичних та фармацевтичних спеціалістів” від 11.10.2011” Міністерством охорони здоров’я України, Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України було проаналізовано результати державної атестації випускників вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації у 2000–2011 роках – до та після впровадження системи кредитно-модульної організації навчального процесу.

Зазначаємо, що 2011 року в Україні відбувся перший випуск випускників вищих медичних навчальних закладів, які пройшли повний курс навчання за кредитно-модульною системою організації навчаль-

ного процесу відповідно до наказу МОЗ України від 31.01.2005 № 52 “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих медичних навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації України за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” [2].

Цей навчальний план був підготовлений робочою групою з розробки стратегічних і тактичних завдань, що стоять перед МОЗ України у контексті Болонського процесу, склад якої затверджено наказом МОЗ України від 14.04.2004 № 198, і якою проаналізовано 42 навчальних плани медичних факультетів 19 країн світу [4].

Державна атестація випускників вищих медичних навчальних закладів проводиться у формі стандартизованого тестового державного іспиту (ліцензійний інтегрований іспит (ЛІІ) Міністерства охорони здоров’я України “Крок”), який вимірює рівень професійної компетентності фахівця, та практично-орієнтованого державного іспиту, яким оцінюється здатність випускника вирішувати типові задачі діяльності лікаря в умовах, наближених до професійної діяльності.

Як свідчать результати державної атестації випускників у 2011 та 2010 роках за даними практично-орієнтованого державного іспиту за спеціальністю “Лікувальна справа” в розрізі вищих навчальних закладів у порівнянні з показниками 2000–2001 років у половині навчальних закладів відмічено зниження середнього бала успішності випускників, спостерігається тенденція до збільшення кількості студентів, які склали екзамени на “відмінно” та “добре”, зменшення тих, які отримали лише “задовільно” (НМУ ім. О. О. Богомольця, ЛДМУ, ОНМУ, ТДМУ, ХНМУ).

Має місце зменшення кількості випускників, які отримали дипломи з відзнакою (БДМУ, ЗДМУ, ІФНМУ, ЛНМУ ім. Данила Галицького, ТДМУ), а також зниження середнього бала успішності іноземних студентів у більшості навчальних закладів (виключення ОНМУ, УМСА, ХНМУ).

Рік	Назва навчального закладу														
	БДМУ	ВНМУ	ЛДМА	ДНМУ	ЗДМУ	ІФНМУ	КДМУ	ЛНМУ	ЛДМУ	НМУ	ОНМУ	ТДМУ	УМСА	ХНМУ	
2011	3,89	3,67	3,9	4,0	3,92	4,1	4,14	3,98	3,93	4,23	4,05	3,72	4,0	3,89	
	72,72	56,63	75,62	79,0	64,5	73,7	94,41	38,0	65,52	72,0	93,39	52,71	96,96	51,33	
2010	3,97	4,11	4,09	4,2	4,01	4,15	4,26	3,98	3,92	4,05	4,08	3,73	4,0	3,98	
	69,96	73,81	80,57	84,8	71,2	76,9	85,2	58,7	56,42	52,6	87,42	52,51	94,28	54,94	
2001	3,9	3,9	3,8	3,9	3,8	4,0	4,1	4,0	3,9	4,0	3,9	3,9	4,1	3,8	
2000	4,1	3,91	3,8	3,9	3,8	3,9	4,1	4,0	3,9	4,1	3,8	3,8	4,0	3,9	

Порівняльний аналіз результатів свідчить, що є тенденція до зростання середнього бала у випускників Дніпропетровської державної медичної академії, Донецького національного медичного університету імені М. Горького, Запорізького державного медичного університету, Івано-Франківського національного медич-

ного університету, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, Одеського національного медичного університету, суттєво не змінився середній бал у Кримському державному медичному університеті, Українській медичній стоматологічній академії, Харківському національному медичному університеті.

Середній бал успішності випускників вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації за даними практично-орієнтованого державного іспиту по Україні

Динаміка бала успішності за 2000 та 2010 роки			Динаміка бала успішності за 2001 та 2011 роки			% збільшення бала успішності з 2010 по 2011 роки
2000 рік	2010 рік	% збільшення	2001 рік	2011 рік	% збільшення	
3,92	4,03	+2,8%	3,92	4,23	+7,9 %	+4,9 %

Зведені результати складання ЛПІ “Крок 2. Загальна лікарська підготовка” вітчизняними студентами, студентами-громадянами іноземних країн (англомовної та російськомовної форм навчання) впродовж 2009–2011 років наведено у таблицях 1 – 3 відповідно.

Згідно з Рішенням наради ректорів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів (наказ

МОЗ України від 20.04.2010 № 08.01-47/742 “Про відкриті банки тестових завдань ліцензійних іспитів”) починаючи з 2010 р. для підготовки студентів до ЛПІ на сайті Центру тестування були розміщені банки тестових завдань ліцензійних іспитів, що привело до різкого збільшення абсолютних результатів ЛПІ. Особливо це простежується для “Крок 2. Загальна лікарська підготовка” за 2011 р. (рис. 1).

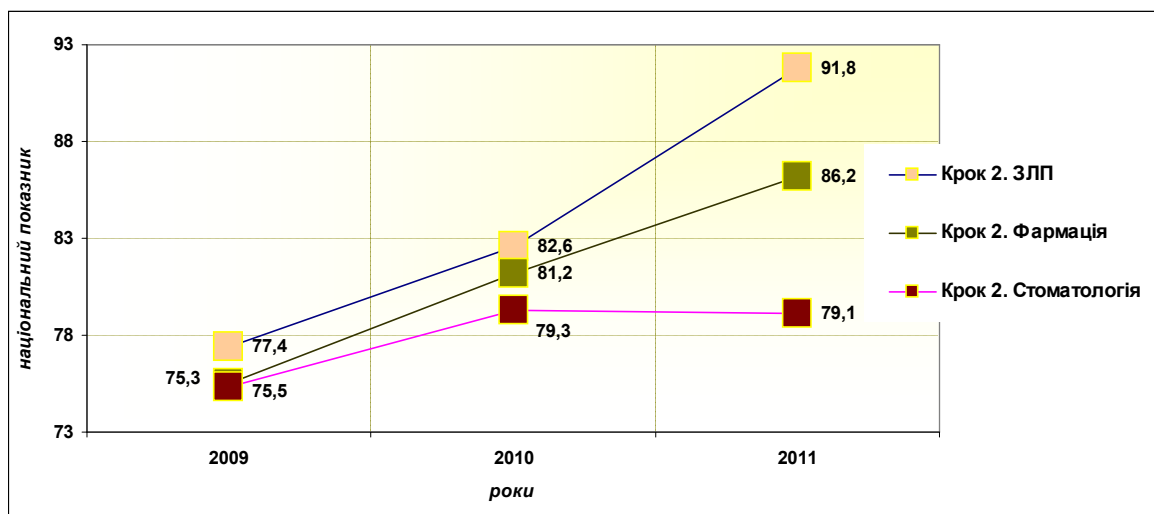


Рис. 1. Динаміка результатів складання МЛП “Крок 2” вітчизняними студентами за 2009–2011 рр.

Зважаючи на це, ми вважаємо, що порівняння абсолютного результату іспиту є некоректним, а тому аналіз щодо підготовки студентів проведемо за показником кількості студентів, що не складають іспит.

Порівняльний аналіз результатів складання медичного ліцензійного іспиту “Крок 2. Загальна лікарська підготовка” за 2009, 2010 та 2011 роки свідчить про значне зменшення кількості студентів, що не складають іспит: у вітчизняних студентів вказаний по-

казник у 2011 році порівняно з 2009 роком зменшився на 0,4 % для студентів бюджетної форми навчання та на 1,6 % для студентів, що навчаються за контрактом. Привертає увагу той факт, що кількість студентів 6-го курсу, які не допущені ВНЗ до державної атестації, у 2011 році порівняно з 2009 роком зменшилася майже вдвічі. Зазначене свідчить про більш якісну роботу університетів зі студентами 6-го курсу перед державною атестацією у 2011 році.

Таблиця 1. Результати складання МЛП “Крок 2.ЗЛП” вітчизняними студентами за 2009–2011 рр.

Рік	ВСЬОГО зареєстровано			Кількість студентів, що не склали іспит					Кількість студентів, що не допущені ВНЗ до державної атестації				
	всього	бюджет	контракт	всього	бюджет	%	контракт	%	всього	бюджет	%	контракт	%
2009	5473	3462	2011	66	22	0,6	44	2,2	80	39	1,1	41	2,0
2010	5440	3221	2219	84	30	0,9	54	2,4	48	19	0,6	29	1,3
2011	4839	3229	1610	15	6	0,2	9	0,6	36	16	0,5	20	1,2

Аналіз підготовки студентів-громадян іноземних країн англійської форми навчання свідчить про збільшення кількості цих студентів, значно кращу роботу університетів з цим контингентом після невдалого 2010 року – останнього року за традиційною формою навчання, та суттєво кращі результати успіш-

ності цих студентів у 2011 році – році першого випуску цих студентів за кредитно-модульною системою навчання.

Аналогічна тенденція спостерігається за результатами складання іспиту студентами-громадянами іноземних країн російськомовної форми навчання.

Таблиця 2. Результати складання МЛП Krok 2. Medicine студентами-громадянами іноземних країн англійської форми навчання за 2009–2011 рр.

Рік	ВСЬОГО зареєстровано	Кількість студентів, що не склали іспит		Кількість студентів, що не допущені ВНЗ до державної атестації	
		всього	%	всього	%
2009	730	7	1,0	1	0,1
2010	965	70	7,3	3	0,3
2011	1090	0	0	18	2,7

Таблиця 3. Результати складання МЛП “Крок 2.ЗЛП” студентами-громадянами іноземних країн за 2009–2011 рр.

Рік	ВСЬОГО зареєстровано	Кількість студентів, що не склали іспит		Кількість студентів, що не допущені ВНЗ до державної атестації	
		всього	%	всього	%
2009	567	68	12,0	5	0,9
2010	666	66	9,9	3	0,5
2011	747	11	1,5	10	1,3

Отже, попередні результати державної атестації випускників вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації МОЗ України у 2011 році у порівнянні з роками до впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу свідчать про деякі позитивні зміни показників успішності студентів після впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

У зв'язку з цим наводимо пропозиції щодо подальших шляхів поліпшення підготовки лікарів:

1. Затвердження Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України пакета нормативних документів, які регламентують навчання студентів за кредитно-модульною системою організації навчаль-

ного процесу, забезпечення мобільності студентів, механізми реалізації програм міжуніверситетської співпраці.

2. Удосконалення МОЗ України галузевих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти з метою приведення їх у відповідність до сучасних вимог з урахуванням євроінтеграційного вектора вищої освіти та реформування сфери охорони здоров'я.

3. Затвердження Кабінетом Міністрів України Державної програми розвитку галузевої освіти з метою цільового фінансування вищих навчальних закладів, як центрів реформування, на конкретний результат.

4. Розробка Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України механізму фінансування (еконо-

мічної підтримки) органів студентського самоврядування та розвитку інфраструктури вищих навчальних закладів.

5. Удосконалення МОЗ України порядку визначення та розміщення обсягів державного замовлення на підготовку фахівців серед вищих навчальних закладів.

6. Дотримання вищими навчальними закладами нормативів чисельності студентів (курсантів), аспірантів (ад’юнктів), докторантів, здобувачів наукового ступеня кандидата наук, слухачів, інтернів, клінічних ординаторів на одну штатну посаду науково-педагогічного працівника у вищих навчальних закладах III і IV рівня акредитації та вищих навчальних закладах післядипломної освіти державної форми власності, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.2002 № 1134.

7. Приведення обсягів фінансування вищих навчальних закладів МОЗ України та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців відповідно до вимог наказу МОЗ України від 23.11.2005 № 632 “Про затвердження Примірних нормативів матеріально-технічного забезпечення кафедр вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації, підпорядкованих МОЗ України”.

8. Внесення змін до статті 85 Бюджетного кодексу України в частині заборони здійснення видатків на функціонування бюджетних установ одночасно з двох бюджетів, встановивши виняток для вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, що пов’язано з необхідністю поліпшення практичної підготовки лікарів на клінічних кафедрах, розташованих на базі закладів охорони здоров’я комунальної форми власності.

9. Завершення роботи по створенню єдиних національних підручників та поліпшення забезпечення студентів сучасними підручниками і посібниками з усіх дисциплін.

Література

1. Львівське комюніке Болонського процесу – український переклад від Європейського освітнього порталу (05.05.2009).

2. Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих медичних навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації України за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” : наказ МОЗ України від

10. Створення та використання в навчальному процесі міжкафедральних навчально-тренінгових центрів практичної підготовки.

11. Впровадження в навчальних процес дистанційних інтернет-технологій навчання.

12. Поліпшення виховної роботи з метою формування у студентів як професійних, так і соціальних компетенцій, необхідних у діяльності лікаря.

13. Поліпшення організації навчання та якості підготовки іноземних студентів.

З метою забезпечення координації роботи вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів, спрямованої на реалізацію державної політики у галузі медичної освіти, зокрема з удосконалення змісту навчання, покращання якості медичної та фармацевтичної освіти та її інтеграції в європейське і світове співтовариство наказом МОЗ України від 27.04.2011 № 238 створено Координаційну науково-методичну раду з вищої медичної освіти, до складу якої увійшли представники усіх вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації [3].

Необхідно підкреслити, що у п. 9 Будапештсько-Віденської декларації про створення Європейського простору вищої освіти наголошено: “Ми визнаємо ключову роль академічної спільноти – керівників закладів, викладачів, дослідників, адміністративного персоналу та студентів – у втіленні Європейського простору вищої освіти, забезпечуючи тих, хто навчається, можливостями для отримання знань, умінь і компетенцій для побудови їхньої кар’єри та життя як громадян демократичних країн, а також їх особистісного розвитку. Ми усвідомлюємо потребу в сприятливіших умовах для виконання своїх завдань працівниками вищих навчальних закладів. Ми зобов’язуємося працювати над більшим залученням працівників вищої освіти та студентів до запровадження і подальшого розвитку Європейського простору вищої освіти...”

31.01.2005 № 52.

3. Про створення Координаційної науково-методичної ради з питань медичної освіти : наказ МОЗ України від 27.04.2011 № 238.

4. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що 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.

УДК 378.004.12:61:378.4

РАНЖУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ УНІВЕРСИТЕТІВ ЯК КЛЮЧОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Л. І. Остапюк, А. І. Чубатий, В. Є. Чешук

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

RATING OF THE UNIVERSITIES' ACTIVITIES AS A KEY INSTRUMENT OF MEDICAL EDUCATION QUALITY IMPROVEMENT

V. F. Moskalenko, O. P. Yavorovskiy, L. I. Ostapyuk, A. I. Chubatyi, V. Ye. Cheshuk

National Medical University by O. O. Bohomolets

У статті проаналізовано показники міжнародних, національного рейтингів, галузевого рейтингу ВНЗ, ранжування факультетів, кафедр, студентів НМУ імені О. О. Богомольця, досліджено вплив рейтингів на підвищення якості освітнього процесу.

The article adduces the analysis of rating indices: of international, national; of the branch rating of higher educational establishments, ratings of the National O. O. Bohomolets Medical University faculties, departments, students; there is analysed influence of ratings on educational process quality improvement.

Вступ. Болонський процес, започаткований у 1999 році, постійно розвивається, свідченням цього є низка декларацій та комюніке, підписаних міністрами, які відповідають за вищу освіту в країнах Європи з 2001 до 2010 року.

У комюніке, яке було прийнято в Будапешті/Відні (2010 р.), відмічають, що Європейський освітній простір до 2010 року сформований не повністю (його створення продовжено до 2020 року) та визначено ряд пріоритетів і завдань, основним серед яких є запровадження в освіті країн-учасниць Болонського процесу міжнародних стандартів і рекомендацій щодо забезпечення якості у Європейському просторі вищої освіти.

Як зазначено у програмі економічних реформ України на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” від 02.11.2010, ситуація у сфері освіти характеризується багатьма проблемами, головна з яких невідповідність якості освіти сучасним вимогам. Було відмічено, що Україна не представлена в жодному з основних міжнародних рейтингів найкращих університетів світу.

Вищезазначене свідчить про актуальність вивчення результатів міжнародних, вітчизняних, інституціональних рейтингів та їх впливу на якість освіти з метою подальшого її удосконалення.

Важко переоцінити важливість рейтингового оцінювання ВНЗ для абітурієнтів та їх батьків під час ви-

бору місця навчання, для взаємного визнання навчальних програм університетів у ЄПВО, для орієнтації роботодавців при найманні на роботу випускників університетів. Саме тому виникає проблема моніторингу якості вищої освіти як системи постійного спостереження та контролю за процесами, що відбуваються у вищій освіті на різних рівнях [2].

Незважаючи на дискусійність застосовуваних критеріїв у найавторитетніших міжнародних рейтингах, саме вони є ключовим інструментом оцінки якості освіти, двигуном реформ і спрямовані на поліпшення стандартів та рівня освіти на інтеграцію до ЄПВО.

Основна частина. У Шанхайському рейтингу (ТОП-500) – Academic Ranking of World Universities (Shanghai Jiao Tong University) та рейтингу “Таймс” (ТОП-400)-the Times Higher Education (THE) World University Rankings, як найавторитетніших міжнародних рейтингів, не представлено у 2011 році українські вищі навчальні заклади. У рейтингу (ТОП-700) QS World University Rankings серед переможців є 2 університети України: 611 місце – Донецький національний університет і 630 місце – Національний технічний університет України (КПІ). Щодо кращих університетів світу в галузі знань “Медицина” у Шанхайському рейтингу (ТОП-500) в першій десятці 7 університетів США і 2 університети Великої Британії та жодного університету з країн СНД та України. Вважаємо правомірним навести цитату: “... домі-

нування університетів США і Великої Британії у міжнародних рейтингах стали підставою для переходу на багаторівневу організацію системи освіти в межах Європейського простору вищої освіти і, зокрема, на ступеневу освіту в Україні” [3].

Як шлях підвищення професіоналізму у вищій освіті, розглядають участь ВНЗ України в рейтингу ЮНЕСКО “ТОП-200 Україна”, який відмічає в цьому році 5-річний ювілей. Саме цей рейтинг трансформує до умов України ідеї таких міжнародних рейтингів, як “Всесвітній рейтинг Шанхайського університету Цзяо Тун”, “Всесвітнього рейтингу університетів”, який публікують у газеті “Таймс”, США та інших. В рейтингу “ТОП-200 Україна” діяльність ВНЗ оцінюють за допомогою інтегрованого Із – індексу, який включає три комплексні складові: $I_z = I_{np} + I_n + I_{mv}$, де I_{np} – індекс якості науково-педагогічного потенціалу, I_n – індекс якості навчання, I_{mv} – індекс міжнародного визнання. Методику проведення рейтингу “ТОП-200 Україна” створено відповідно до Берлінських принципів ранжування університетів (2006 р.). Як відмічають організатори рейтингу “ТОП-200 Україна”, його слабкою ланкою, як й інших рейтингових систем України, є низька достовірність даних, які надають ВНЗ. Це пов’язано з недосконалим інформаційним простором у царині освіти нашої держави (відсутність точної об’єктивної інформації на сайтах університетів та інших освітніх організацій).

Серед 200 університетів України учасниками рейтингу “ТОП-200 Україна” у 2011 році є 13 ВМ(Ф)НЗ, які зайняли відповідні місця в першій сотні. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця отримав почесне 4 місце серед 200 ВНЗ, але поступається за індексом оцінки якості навчання До-

нецькому національному медичному університету імені М. Горького та Національному фармацевтичному університету, а також Українській медичній стоматологічній академії за індексом міжнародного визнання [www.zn.ua].

Важливим інструментом підвищення якості та конкурентоспроможності вищої освіти в Україні є Національна система рейтингового оцінювання діяльності ВНЗ, яку створено Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України з врахуванням досвіду міжнародних рейтингових агентств на реалізацію розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04.2004 р., № 208-р “Про схвалення Концепції створення системи рейтингової оцінки регіонів, галузей національної економіки, суб’єктів господарювання”. Зазначений рейтинг вже восьмий рік поспіль проводить ранжування вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Положення про національну систему рейтингового оцінювання діяльності вищих навчальних закладів, затверджене наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 20.12.2011 р., № 1475, визначає суб’єктами ранжування вищі навчальні заклади III-IV рівнів акредитації за типами: університети, академії, консерваторії, інститути та зобов’язує керівників вищих навчальних закладів забезпечити подання даних до Єдиної державної електронної бази з питань освіти для проведення рейтингового оцінювання діяльності ВНЗ щорічно [4].

Стратегічною метою моніторингу є забезпечення громадськості достовірною, об’єктивною та точною інформацією про якість освітньої діяльності та вищої освіти, що надають ВНЗ України.

При цьому вищі навчальні заклади України ранжуються за індексами тематичних напрямків та глобального критерію рейтингу:

Умовне позначення індексу (I_i)	Назва індексу (I_i) тематичного напрямку (профілю)
I_1	Індекс міжнародної активності
I_2	Індекс національного визнання
I_3	Індекс доступу, масштабів, результативності
I_4	Індекс якості науково-педагогічного персоналу
I_5	Індекс підготовки наукових та науково-педагогічних кадрів
I_6	Індекс інтеграції науки, творчості та вищої освіти
I_7	Індекс ресурсного забезпечення навчального процесу
I_8	Індекс наукометричної бази даних Scopus
ІРІ	Інтегральний рейтинговий індекс ($ІРІ = \sum I_i$)

Серед ВНЗ, що ранжуються таким чином, наявні класичні, профільні університети та академії, в тому числі медичні.

Результати аналізу рейтингового оцінювання діяльності ВНЗ України у 2009–2010 н.р. та 2010 календарному році свідчать, що 15 вищих медичних на-

вчальних закладів України були суб’єктами ранжування. Відповідно до структури розподілу позиціонування цих закладів на рейтингових шкалах індексів тематичних напрямків, за інтегральним рейтинговим індексом НМУ зайняв перше місце серед ВМНЗ України. Разом з тим, є ряд тематичних показників,

які хотілося б поліпшити у нашому університеті, оскільки вони є нижчими за показники інших університетів. Так, наприклад, за профілем “Доступ, масштаби, результативність” Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Луганський державний медичний університет, Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського та Одеський національний медичний університет мають вищий показник індексу тематичного напрямку (профілю) на відміну від Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, який посідає лише сьому позицію.

За напрямком “Ресурсне забезпечення” (соціальна підтримка, фінансові та інформаційні ресурси) першість утримують Луганський державний медичний університет, Запорізький державний медичний університет і Національний фармацевтичний університет.

Донецький національний медичний університет імені Максима Горького, Одеський національний медичний університет, Національний фармацевтичний університет, Буковинський державний медичний університет займають перші місця за напрямком “Наукометрична база даних Scopus”.

Наведений аналіз ранжування свідчить про необхідність пошуку шляхів підвищення пріоритетних показників діяльності університету, а отже, підвищення якості освітньо-виховного процесу.

Галузевий моніторинг якості у вищій школі здійснюють через національні інтегровані тестові іспити, які в різному статусі успішно реалізує Центр тестування МОЗ України з 1998 року. Ця система моніторингу пройшла міжнародну експертизу, успішно розвивається та активно презентується на міжнародних конференціях; щорічні результати ліцензійних інтегрованих іспитів “Крок-1” і “Крок-2” є важливим інструментом своєрідного аудиту освітньої діяльності кожного ВМ(Ф)НЗ України, а також важливим для визначення його місця в галузі.

В Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця впродовж останніх семи років успішно використовують внутрішньоуніверситетський рейтинг, який дозволяє щорічно визначати кращі ка-

федри і факультети за результатами навчально-методичної, наукової, виховної, лікувально-діагностичної та профілактичної роботи, кадрового забезпечення, міжнародного та галузевого визнання. “Показники рейтингової оцінки діяльності кафедр і факультетів НМУ” постійно оновлюються відповідно до чинних показників національної системи рейтингового оцінювання діяльності ВНЗ. Проведення внутрішньовузівського ранжування дозволило домогтися від факультетів та кафедр більш ефективної роботи за всіма напрямками діяльності.

Моніторинг роботи студентів Національного медичного університету імені О. О. Богомольця впродовж останніх років визначають за “Рейтинговою системою оцінювання діяльності студентів”, що включає три основні компоненти: оцінку результатів навчання, результативність участі у науковій роботі, а також участь в студентському самоврядуванні, громадській та спортивно-масовій роботі, в художній самодіяльності тощо. Передбачені також штрафні бали, які відраховують від загальноорічної кількості балів. Щорічно переможців рейтингу нагороджують цінними подарунками; студентам контрактної форми навчання, як винагороду, зменшують вартість навчання.

Висновок. Участь університетів у рейтингах різних рівнів, моніторинг їх діяльності, що передують рейтингу, дає змогу виявити слабкі сторони, проблемні питання, проаналізувати їх причини і на основі цього сформулювати стратегічні напрямки для поліпшення освітньо-виховного процесу.

Участь університетів у національному рейтингу, в рейтингу ЮНЕСКО “ТОП-200 Україна” за інтегральними рейтинговими індексами сприяє використанню синергетичного системного підходу до створення сучасної системи менеджменту якості.

Важливим для підвищення міжнародного авторитету держави та галузі є проведення внутрішнього та зовнішнього аудиту діяльності ВМ(Ф)НЗ України на основі принципів та вимог Європейських стандартів та директив з гарантії якості (ENQA) та всесвітніх стандартів медичної освіти, розроблених Світовою федерацією медичної освіти (WFME).

Література

1. Будапештсько-Віденська декларація про створення Європейського простору вищої освіти. – 12 березня 2010 р.
2. Ямковий В. Ранжування університетів – крок до відкритості та прозорості вищої освіти / В. Ямковий // Вища школа. – 2007. – № 3. – С. 31.
3. Сухарніков Ю. Концептуальні підстави розробки і впро-

вадження національної рамки (академічних) кваліфікацій України / Ю. Сухарніков // Вища школа. – 2012. – № 3. – С. 17.

4. Про затвердження Положення про національну систему рейтингового оцінювання діяльності вищих навчальних закладів : наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1475 від 20.12.2011 р.

УДК371.67(075.8)

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПОКРАЩАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ СУЧАСНОЮ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЮ ЛІТЕРАТУРОЮ

І. С. Вітенко, І. В. Мельник, С. В. Штанько, Л. Г. Варнавська

Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України

THE MAIN PROBLEMS OF IMPROVEMENT OF SUPPLYING OF MEDICAL STUDENTS WITH THE MODERN EDUCATIONAL- METHODOLOGICAL LITERATURE

I. S. Vitenko, I. V. Melnyk, S. V. Shtanko, L. H. Varnavska

Central Methodical Cabinet on Higher Medical Education of MPH of Ukraine

У статті висвітлено проблеми покращання забезпечення студентів якісною навчальною літературою, проведено аналіз укомплектованості бібліотек вищих медичних навчальних закладів підручниками та посібниками, враховуючи сучасні вимоги.

The article deals with the problems of the improvement of student providing with comprehensive educational literature. The literature supplying of the higher medical establishment libraries has been analysed taking into consideration the modern requirements.

Вступ. Україна сьогодні переживає значні економічні труднощі, що призводить до зменшення фінансування витрат на освіту, у тому числі і медичну. Як вже неодноразово нами зазначалось, важливою складовою в системі якісної підготовки фахівців для практичної охорони здоров'я є забезпечення студентів сучасними підручниками, посібниками, підготовленими відповідно до оновлених навчальних програм з дисциплін [1].

Основна частина. Указом Президента України від 30 жовтня 2010 року № 926/2010 “Про заходи щодо

забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні” (р. 3, п. 22) доручено Кабінету Міністрів України здійснити заходи щодо удосконалення порядку забезпечення навчальною літературою студентів вищих навчальних закладів.

Щорічний моніторинг забезпечення навчальних дисциплін підручниками та посібниками, що проводиться Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України, свідчить, що станом на 1 вересня 2011 р. забезпечення підручниками становить 28 %, посібниками – 27 % (табл. 1).

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

Рік проведення обрахунків	Забезпечення підручниками (%)	Забезпечення посібниками (%)
2008	43	44
2009	47	58
2010	32	33
2011	28	27

Насторожує тенденція до поступового зменшення даних показників протягом останніх років.

Найменш забезпеченим підручниками та посібниками залишається блок гуманітарних та соціально-економічних дисциплін – 17 % підручниками та 23 % посібниками (табл. 2).

При цьому найменш забезпечені оновленими підручниками та посібниками, підготовленими державною мовою, дисципліни, зазначені в таблиці 3.

Дещо краще забезпечені підручниками та посібниками професійно-орієнтовані дисципліни (у %) (табл. 4).

Таблиця 2. Забезпечення підручниками та посібниками по блоках дисциплін

	2011	2010	2008
Гуманітарні та соціально-економічні дисципліни			
Підручники %	17	16	30
Посібники %	23	31	39
Природничо-наукові дисципліни			
Підручники %	33	43	58
Посібники %	26	37	44
Професійно-орієнтовані дисципліни			
Підручники %	34	36	41
Посібники %	31	30	41

Таблиця 3. Найменш забезпечені оновленими підручниками та посібниками такі дисципліни (у %)

Назва дисципліни	Підручники	Посібники
Цивільний захист	0	0
Охорона праці в галузі	5	7
Урологія	7	28
Епідеміологія	7	37
Офтальмологія	8	38
Основи біоетики і біобезпеки	9	8
Судова медицина	10	29
БЖД основи охорони праці	11	10
Патоморфологія	11	28
Історія України	12	7
Радіаційна медицина	13	33
Догляд за хворими	13	34
Медична інформатика	14	10
Професійні хвороби	14	22
Медичне законодавство	14	23
Анестезіологія та інтенсивна терапія	15	42
Історія медицини	18	18
Екстрена та невідкладна медична допомога	19	28

Таблиця 4. Найкраще забезпечені оновленими підручниками та посібниками такі дисципліни (у %)

Назва дисципліни	Підручники	Посібники
Хірургія	86	80
Онкологія	75	24
Медична психологія	69	14
Медична генетика	68	26
Гігієна та екологія	67	38
Дерматологія, венерологія	67	36
Внутрішня медицина	66	83
Неврологія	57	37
Акушерство і гінекологія	56	57
Медична хімія	56	23
Анатомія людини	54	47
Біологічна та біоорганічна хімія	52	43
Медицина надзвичайних ситуацій	50	51
Клінічна фармакологія	50	36
Загальна практика (сімейна медицина)	48	40
Педіатрія	47	80
Фтизіатрія	45	47

Як вже неодноразово Кабінетом наголошувалось, позитивні зрушення показників забезпечення студентів навчальною книгою можливі за умови збільшення у навчальних закладах видатків на видання та закупівлю навчальної літератури [2].

Незважаючи на відсутність державного фінансування видання навчальних книг для студентів-медиків, у більшості навчальних закладів адміністрацією знайдено кошти на видання навчальної літератури (табл. 5). Переважна кількість рукописів видана за рахунок авторських коштів.

Таблиця 5. Видавнича діяльність вищих медичних навчальних закладів України у 2011 році

Назва навчального закладу	Всього видано	Підручники	Посібники	Навч.-метод. посібники	Електронні видання	Монографії	Метод. рекомендації, вказівки
Буковинський державний медичний університет	83 (67)	5(4)	46(36)	11(8)	–	19(17)	2(2)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	170 (120)	7(6)	16(11)	57(20)	2(2)	10(6)	78(75)
Дніпропетровська державна медична академія	62 (38)	5(3)	23(12)	17(11)	6(4)	4(1)	7(7)
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	2827 (77)	4(4)	53(32)	–	67(31)	39(10)	2654
Запорізький державний медичний університет	507 (272)	5(3)	114 (57)	157 (84)	3(2)	11(8)	207 (118)
Івано-Франківський національний медичний університет	121 (94)	5(5)	8(8)	18(13)	3(2)	3(3)	84(63)
Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського	106 (24)	6(5)	40(3)	19(7)	–	15	26(9)
Луганський державний медичний університет	41 (30)	6(4)	–	25(20)	–	1(1)	9(6)
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького	187 (165)	7(7)	55(49)	6(3)	1(1)	28(26)	90(79)
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	162 (110)	24(14)	49(33)	41(35)	15(9)	12(8)	21(11)
Національний фармацевтичний університет	100 (47)	8(4)	48(20)	2(2)	6(5)	10(4)	26(12)
Одеський національний медичний університет	55 (30)	3(2)	25(14)	6(6)	7(3)	9(2)	5(3)
Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	110 (107)	15(14)	12(10)	9(9)	47(47)	8(8)	19(19)
Українська медична стоматологічна академія	113 (71)	4(2)	45(27)	17(11)	7(7)	10(5)	30(19)
Харківський національний медичний університет	207 (79)	10(6)	25(7)	10(3)	4(2)	8(2)	150 (59)

Примітка. Дані в () – видання українською мовою.

Міністерством охорони здоров'я України з метою покращання забезпечення студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів сучасними підручниками, підготовленими державною мовою відповідно до оновлених навчальних програм,

наказом МОЗ України від 22.06.2010 № 502 “Про затвердження робочих груп з питань підготовки національних підручників для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ України”, було доручено провідним фахівцям

ВМ(Ф)НЗ сформувати авторські колективи для підготовки базових підручників з усіх дисциплін діючих навчальних планів підготовки лікарів та фармацевтів. Оскільки відповідно до чинного законодавства викладання у вищих навчальних закладах здійснюється українською мовою, у вказаному наказі базовий підручник названо національним.

На сьогодні авторські колективи для написання базових підручників сформовані, підготовлені плани-проспекти та анотації, на підставі яких складено Перелік державних базових підручників для вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів України IV рівня акредитації та видання їх протягом 2011 – 2013 рр., який 28 квітня 2011 року затверджений заступником міністра. Авторські колективи працюють над створенням підручників, частина з них уже видана.

Міністерством охорони здоров'я України наказом від 23.08.2011 № 532 “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 26.02.2003 № 86” затверджено оновлений перелік опорних кафедр з усіх дисциплін.

Таблиця 6. Надання коштів ЦМК з ВМО МОЗУ на закупівлю навчальної літератури для студентів ВМНЗ

№ за/п	Рік	Сума (в тис. грн)	Назва підручника
1	2006	70,0	“Травматологія і ортопедія” (Скляренко Є. Т.) видавн. “Здоров’я”
2	2007	42,1	“Онкологія”(Білінський Б. Т., Стернюк Ю. М., Шпарик М. В.) видавн. “Нова книга”
3	2008	95,0	“Неврологія” (Вінничук С. М.) видавн. “Здоров’я”, “Шкірні та венеричні хвороби” (Дудченко М. О.) видавн. “Нова книга”
4	2009	0,0	
5	2010	0,0	
6	2011	0,0	

Відповідно до кошторису ЦМК з ВМО МОЗУ кошти на придбання підручників виділяються тільки по КЕКВ 2110 (придбання обладнання та предметів довгострокового користування).

Нагадаємо, що наказом Міністерства освіти і науки від 20.12.2010 № 1258 “Щодо плану реалізації завдань, визначених розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2010 року № 1728 “Про затвердження плану заходів щодо розвитку вищої освіти на період до 2015 року” (п. 2.) – “Забезпечити видання навчальної літератури для вищих навчальних закладів, у тому числі на електронних носіях”.

Необхідно додати, що фахівцями опорних кафедр проводиться також значна робота з розробки Типових навчальних програм з дисциплін додипломної підготовки лікарів та фармацевтів. Так, у 2011 році

Слід нагадати, що відповідно до Примірного положення основними завданнями, які покладаються на опорні кафедри, є:

- узагальнення та впровадження передового досвіду викладання однопрофільних дисциплін у ВМ(Ф)НЗ;
- розробка пропозицій і рекомендацій щодо удосконалення організації та методики підвищення якості підготовки студентів;
- створення та введення у навчальний процес удосконалених навчальних планів і програм міжкафедральних підручників, посібників, навчальних відеофільмів тощо;
- участь у розробці новітніх технологій навчання та державних стандартів освіти.

Таким чином, фахівці опорних кафедр працюють над створенням базових підручників з усіх дисциплін, але виникає закономірне питання – чи будуть виділені бюджетні кошти на їх видання. Протягом останніх останніх чотирьох років ЦМК з ВМО кошти на придбання (видання) підручників не виділялись (табл. 6).

було підготовлено 144 Типові навчальні програми, які затверджені в установленому порядку МОЗ України, тиражовані вищими навчальними закладами та направлені у всі ВМ(Ф)НЗ. У 2012 р. доручено фахівцям опорних кафедр розробити ще 135 програм (переважно для спеціальностей “Стоматологія”, “Медична психологія”, “Фармація”). Потребують доопрацювання на виконання оновлених навчальних планів додипломної підготовки фахівців усіх спеціальностей 75 програм.

Висновок. Таким чином, покращання навчально-методичного забезпечення студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів можливе за умови збільшення видатків навчальних закладів на закупівлю та видання сучасних навчальних книг, оновлення програм з навчальних дисциплін.

Література

1. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що 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.
2. Створення сучасного підручника – запорука підвищення ефективності навчального процесу / О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко, І. В. Мельник // М-ли Всеукр. наук. навч.-метод. конф. “Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації”. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2011. – С. 14–18.
3. Вітенко І. С. Вимоги до сучасного українського підручника / І. С. Вітенко, І. В. Мельник, С. В. Штанько // М-ли Всеукр. наук. навч.-метод. конф. “Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації”. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2011. – С. 18–19.

УДК 378.046.4:614.23

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗРОБКИ СТАНДАРТІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Ю. В. Вороненко, Ю. П. Вдовиченко, О. П. Мінцер, О. М. Вернер, В. В. Краснов

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

CONCEPTUAL ISSUES OF DEVELOPMENT OF STANDARDS OF HIGHER EDUCATION FOR DOCTORS' TRAINING

Yu. V. Voronenko, Yu. P. Vdovychenko, O. P. Mintser, O. M. Verner, V. V. Krasnov

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

У процесі удосконалення системи медичної освіти виникає багато невирішених питань, основні з яких пов'язані зі специфікою підготовки лікаря та історично побудованою системою його підготовки. В статті розглядаються деякі проблемні напрямки, вирішення яких повинно значно покращити якість формування фахівців-медиків.

In the process of improvement of medical education system there are occurred a lot of unsolved questions, the main of which are connected with the specificity of doctor's training and historically built the system of his training. The article adduces some problem directions, solving of which should considerably improve the quality of forming of doctors-professionals.

Вступ. На даний час головним завданням європейської вищої освіти є збереження й забезпечення необхідної якості професійної підготовки фахівців і пошук механізмів її підвищення. У 1995 р. ЮНЕСКО був розроблений Програмний документ “Реформа й розвиток вищої освіти”, частина змісту якого присвячена якості освіти. У ньому, зокрема, підкреслюється ряд аспектів освітньої діяльності, які найбільш істотно впливають на якість вищої освіти: а) якість персоналу, що гарантується високою академічною кваліфікацією викладачів і наукових співробітників ВНЗ; б) якість освітніх програм, що забезпечується поєднанням викладання й досліджень; в) якість підготовки студентів; г) якість інфраструктури тощо.

Приєднання України до Європейського освітнього простору вимагає органічної інтеграції національної системи освіти у світову. У медичній галузі на міжнародному рівні постійно ініціюється діяльність щодо забезпечення якості освіти. Серед багатьох чинників одним з найважливіших є впровадження освітніх стандартів і створення систем для визнання й акредитації вищих навчальних закладів і програм.

Саме стандарти вищої освіти є одним з основних інструментів забезпечення однакових вимог до результатів навчання й, як наслідок, вагомою складовою частиною системи забезпечення якості підготовки фахівців [1].

Дослідження принципів розробки змісту державних освітніх стандартів для післядипломної медичної освіти пов'язані з розв'язанням ряду концептуальних питань, обумовлених специфікою післядипломної медичної освіти, а також тим, що основні принципи побудови державних освітніх стандартів розроблені для моделі дипломної освіти [2]. Ці проблемні питання можна відобразити таким чином:

1. Підготовка магістра на післядипломній фазі має свої відмінності в порівнянні з дипломною фазою.

2. Формат структури державних освітніх стандартів не дає можливості відображати якісний рівень формування компетенції залежно від рівня освіти.

3. Не існує конкретного визначення відмінності між освітньо-кваліфікаційними рівнями на концептуальному і формальному рівнях.

4. Ринок праці не в змозі сформулювати й запропонувати системі освіти універсальну модель фахівця, на основі якої розробляються освітні стандарти.

5. Відсутні точно описані відмінності між “посадами” і “роботами”, що значно ускладнює розробку компетенцій і точний опис посад, на які може претендувати молодий лікар.

6. Не існує чіткого поділу діяльності лікаря на фрагменти згідно з виробничими функціями, що визначені в структурі ОКХ.

Основна частина. Традиційно система підготовки фахівців в Україні ґрунтувалася на освітньо-квалі-

ліфікаційних рівнях молодшого спеціаліста та спеціаліста. З інтеграцією до Європейської системи постає проблема введення принципів англо-саксонської моделі освіти, а саме рівнів бакалавра та магістра.

Проте зарубіжна модель підготовки лікаря “бакалавр - магістр - лікар резидент” на пряму не транспонується на Українську модель, яка формувалася десятиліттями і до кінця минулого сторіччя набула гармонізованого, цілісного характеру у вигляді послідовності “спеціаліст – інтерн”.

Перше й основне питання, що поки не має свого однозначного трактування – хто такий магістр і на якій фазі медичної освіти його потрібно готувати – на дипломній або післядипломній.

Якщо ініціювати модель, згідно з якою бакалавр та магістр навчаються на дипломному етапі, то тоді постає проблема, де може працювати бакалавр з медицини, якщо він не в змозі продовжити навчання в магістратурі. Це може означати додаткові 3-4 роки підготовки у стінах медичного університету.

Крім того, закінчену освіту лікар набуває після виходу з інтернатури. Таким чином, навіть після отримання диплома магістра на дипломній фазі (згідно з проектом нового закону про вищу освіту) молодий фахівець не може працювати за спеціальністю. Він повинен пройти ще навчання в інтернатурі, що традиційно відноситься до післядипломного етапу навчання. Але цей перехід – з дипломної до післядипломної фази супроводжується подальшим розділенням 4-х спеціальностей дипломної підготовки на більш ніж 30 спеціальностей в інтернатурі. Виникає питання, чи повинен, наприклад, лікар-неонатолог проходити магістратуру, якщо він її вже закінчував на дипломній фазі як лікар-педіатр?

На сьогодні медицина має змішану систему підготовки – спеціаліст на дипломному рівні, інтерн на післядипломному, і паралельно з інтернатурою – можливість проходження магістратури з обраної спеціальності.

Якщо буде прийнята модель, згідно з якою магістр – це вже спеціалізація на післядипломному етапі, а дипломну фазу завершують бакалаври, то така модель знову відрізняється від Європейської.

Ще одна проблема полягає в наступному. Формат подання компетенцій не дає можливість відобразити їх якісні характеристики залежно від освітньо-кваліфікаційного рівня. Наприклад, і для спеціаліста і для магістра (а в найближчому часі для магістра та інтерна) є компетенція, пов’язана з виокремленням та фіксацією провідного клінічного симптому або синдрому. Перелік симптомів і синдромів за кількістю

може відрізнятися, але є деяка сукупність, що збігається. За якістю володіння даною компетенцією магістр повинен бути вище спеціаліста. Тобто в даному прикладі магістр повинен з більшою ймовірністю встановити правильний діагноз у нестандартних умовах навколишнього середовища, специфічних індивідуальних особливостей пацієнта, з урахуванням ймовірності помилок інструментальних методів дослідження, нашарування супутніх захворювань тощо. Таким чином, відмінність магістра та спеціаліста полягає не в наборі компетенцій, а в ступені їх розвитку, тобто в кваліфікаційному рівні. Вище цей рівень повинен бути у магістра, але формат опису державних освітніх стандартів не дає можливості в повному обсязі відобразити цей момент.

Наступна проблема – визначення точних відмінностей між освітньо-кваліфікаційними рівнями на концептуальному і формальному рівнях.

У європейських країнах в останні роки у магістратурі робиться наголос на розвиток найбільш цінних транспрофесійних знань, навичок і умінь, власник яких може мислити і діяти комплексно, охоплюючи не тільки свою вузьку предметну сферу, а й медичну професію в цілому. Крім того, в магістратурі триває поглиблення професійних знань, а у спеціаліста завжди був акцент на потужну теоретичну підготовку з хорошою вузькою спеціалізацією.

У свою чергу, в офіційних державних документах для магістра визначена діяльність з виконання “професійних завдань та обов’язків (робіт) інноваційного характеру”, що відсутня у бакалавра і спеціаліста. Тобто бакалавр готується до кваліфікованого виконання традиційних професійних завдань і функцій за допомогою стандартних технологій, а магістр готується до вирішення нестандартних завдань за допомогою інноваційних і, якщо потрібно, самостійно створених ним технологій та методик. Також він готується до комплексного управління ресурсами, процесами і командами, до консультування керівництва щодо різних аспектів діяльності, до проведення науково-дослідних робіт з виявлення проблем та розвитку у своїй професійній галузі тощо.

У європейських країнах здобуття наукового ступеня можливе тільки після завершення магістратури. Наше законодавство в боротьбі за право кожного на кар’єрне зростання залишає подібне право для всіх, хто завершив освіту.

Слід назвати ще одну проблему. У методичних документах МОН молодьспорту України з розробки освітніх стандартів чітко зазначено, що останні

повинні розроблятися тільки на основі кваліфікаційних характеристик професій працівників [2].

Іншими словами, вимоги до системи освіти щодо підготовки фахівців повинні формуватися з боку професії. Тобто ринок повинен сформувати свої чіткі вимоги до того “продукту”, що буде створений системою освіти. У свою чергу, система освіти, відповідно до міжнародних вимог до побудови систем якості, повинна постійно проводити моніторинг задоволеності споживача (ринку) здійсненими освітніми послугами.

Проблема полягає в тому, що ринок не в змозі сформувати й запропонувати системі освіти універсальну модель фахівця. Як наслідок, не маючи замовлення з ринку, система освіти не в змозі побудувати чіткі освітні цілі й результати навчання, які повинні відображатися в освітніх стандартах і відповідати запитам майбутніх споживачів.

Вимушено формуючи освітні стандарти у своєму розумінні, система освіти випускає “продукт” (фахівців), що не знаходить прямого попиту на ринку праці. Роботодавець, прагнучи одержати фахівця потрібного рівня, витрачає досить велику кількість ресурсів на “донавчання” молодих працівників.

Надалі фахівці, отримуючи додаткову освіту у процесі роботи, настільки далеко віддаляються від форм і термінології навчальних систем, що не в змозі сформувати вимоги до системи освіти.

Утворюється замкнуте коло: ринок не в змозі сформулювати чітке замовлення в систему освіти, а система освіти випускає “продукт”, що вимагає подальшої серйозної роботи.

Виникає питання: хто з боку ринку повинен і може сформулювати модель фахівця. Вважається, що в системі освіти споживач є комплексним. У це об’єднання входить, в основному: держава, суспільство, роботодавець, той, кого навчають. Цілком логічно, що й у групу експертів повинні входити представники цих груп.

За кордоном у створенні стандартів вищої медичної освіти беруть участь представники державних структур, медичних асоціацій, великих комерційних організацій, провідних університетів.

Як показує наш досвід, саме участь всіх категорій споживачів у формуванні моделі фахівця надає можливість отримати якісну модель результату його підготовки.

Ще одну грань цієї проблеми можна побачити при визначенні первинних посад та професійних робіт за державним класифікатором, яким може відповідати випускник магістратури. Відсутність точно описаних відмінностей між посадами і роботами значно

ускладнює складання компетенцій і точний опис посад, на які може претендувати молодий лікар.

Ще одна проблема – чіткий розподіл інтегральної діяльності лікаря на фрагменти відповідно до виробничих функцій, які визначені в структурі ОКХ. Для того щоб лікар досяг основної мети своєї діяльності, яка полягає в постановці діагнозу і проведенні лікування, він виконує величезну кількість інтелектуальної, технологічної та евристичної роботи, проте поділяти її на фрагменти, які відповідають компетенціям згідно з дослідницькою, проектувальною, організаційною, управлінською, технологічною, контрольною, прогностичною та технічною функціями не завжди видається доцільним.

Крім того, якщо ми говоримо про освітній стандарт як про цілісну модель фахівця, представлену у вигляді опису компетенцій, то особливу складність представляє чітка класифікація цих компетенцій відповідно до видів типових задач діяльності (професійна, соціально-виробнича, соціально-побутова), видів умінь (предметно-практичне, предметно-розумове, знаково-практичне, знаково-розумове), класів задач діяльності (стереотипна, діагностична, евристична), як того потребує формат стандарту.

Висновки: 1. Організація післядипломної медичної освіти з урахуванням компетенцій являє собою недостатньо відпрацьований напрямок у вітчизняній охороні здоров’я. Подібні нововведення вимагають не просто переробки навчального плану, а необхідне узгодження всіх навчальних процедур і забезпечення наступності навчання на всіх фазах медичної освіти. Більше того, при формалізації напрямку компетенцій виникає питання про готовність педагогічних кадрів і кадрів практичної охорони здоров’я до функціонування в практичному полі компетенцій.

2. Вважаємо надзвичайно важливим створення освітніх моделей випускників вищих навчальних закладів у форматі державних освітніх стандартів, але разом з тим наголошуємо про специфіку медичної галузі та важливість розробки комплексного підходу, який би враховував всі аспекти підготовки медиків на найвищому, якісному рівні.

3. Для забезпечення впровадження принципів компетенції в післядипломну медичну освіту:

– має змінитися вся педагогічна система професійної медичної школи шляхом переходу до нового типу навчання й виховання;

– перехід до освіти, що базується на вимірі компетенції, потребує певного процесу осмислення, досліджень, розробок і прийняття науково обґрунтованих й адміністративно зважених рішень;

– у реалізації цього процесу потрібна опора на розвинену психолого-педагогічну теорію або комплекс теорій;

– без серйозних інвестицій у медичну освіту перейти до нової моделі організації процесу навчання неможливо.

Література

1. Управление качеством подготовки специалистов : программно-целевой подход (на примере высшего и послевузовского медицинского образования) : монография / [В. Н. Казаков, Н. А. Селезнева, А. Н. Талалаенко и др.]. – Москва-Донецк : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Донецкий государственный медицинский университет, 2003. – 215 с.

2. Комплекс нормативних документів для розроблення складових системи галузевих стандартів вищої освіти [Електронний ресурс] / Лист Міністерства освіти і науки України від 31.07.2008 р. № 1/9–484 Головам робочих груп МОН України з розроблення галузевих стандартів вищої освіти та головам науково-методичних комісій МОН України. – 73 с. – Режим доступу: elib.crimea.edu/zakon/list484.pdf.

УДК 61:378.147:001.895

УЗАГАЛЬНЕННЯ ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ

В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, О. В. Чернецька, Т. П. Опаріна
Одеський національний медичний університет

GENERALIZATION OF EXPERIENCE OF USING NEW TECHNOLOGIES FOR QUALITATIVE TRAINING OF FUTURE SPECIALISTS

V. M. Zaporozhan, V. Y. Kresyun, O. V. Chernetska, T. P. Oparina
Odessa National Medical University

У статті викладено багаторічний досвід використання науково-педагогічним складом університету нових технологій підготовки майбутніх лікарів на теоретичних і клінічних кафедрах та на післядипломному етапі.

The paper presents a many-year experience of using new technologies of training future doctors by the scientific-pedagogical staff of the university at the theoretical and clinical departments and at the post-graduate stage.

Вступ. Сьогодні для України важливим є послідовне проведення масштабних реформ та здійснення модернізації у всіх сферах діяльності. Інноваційно-інвестиційна модель економічних перетворень передбачає прийняття нестандартних рішень, реалізацію інноваційних проектів науковців, а також широке впровадження наукових розробок в практику охорони здоров'я. Дуже важливо, щоб результати фундаментальних і прикладних досліджень відповідали тенденціям розвитку світової науки та державним науково-технічним і освітнім пріоритетам.

Необхідною умовою покращення якості підготовки фахівців медичного напрямку є впровадження у навчальний процес засад доказової медицини та сучасних стандартів надання медичної допомоги. Цей процес не можливий без оновлення навчальних планів та програм підготовки фахівців з усіх спеціальностей та створення сучасних підручників, посібників та іншої навчально-методичної літератури.

Основна частина. Результати навчання значно покращуються, коли є можливість використання у навчальному процесі технології дистанційної візуалізації шляхом відеотрансляції з рентген-операційної, кардіохірургічних операційних, лабораторії електрофізіології тощо. Таку можливість мають співробітники кафедр, які працюють на базі Одеської обласної клінічної лікарні, а також на базі багатопрофільної університетської клініки. 19 травня 2011 року в університетській клініці відкрито нове хірургічне відділення на 30 ліжок з трьома операційними, які збудовані

відповідно до найсучасніших євростандартів та санітарних норм. Для операційного блоку придбане найкраще обладнання. У відділенні – комфортні палати для пацієнтів та кімнати для медперсоналу.

Науковці клінічних кафедр університету широко застосовують в практичній і навчальній діяльності нові способи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань. Так, наприклад, співробітники кафедри внутрішньої медицини № 1 з курсом серцево-судинної патології використовують сучасне обстеження та лікування хворих на ішемічну хворобу серця (коронарорентрикулографія, стентування та балонна ангіопластика коронарних судин, аортокоронарне шунтування), а для діагностики порушень серцевого ритму – черезстравохідне та внутрішньо-серцеве електрофізіологічне дослідження, черезстравохідне ехокардіографічне дослідження і для усунення надшлуночкових та шлуночкових аритмій (включаючи фібриляцію передсердь) – не флюороскопичні 3-D навігації, імплантацію кардіостимуляторів, включаючи дво- та трикамерні кардіовертори тощо. Ці нововведення також впроваджено у навчальний процес – розроблені комп'ютерні навчальні завдання з використанням тримірної реконструкції серця. А співробітники кафедри хірургії № 1 видали мультимедійний варіант Атласу, який містить повну відеотеку ендоскопічних досліджень і операцій, що вже знайшло активне використання у навчальному процесі. За результатами клінічних та наукових досліджень, тільки у 2011 році, науковцями університету

оформлено 110 заявок на патенти, отримано 104 патенти та 102 позитивних рішення. Ці наукові розробки також активно використовуються в справі підготовки фахівців-медиків.

Резервом для подальшого покращання підготовки студентів є поєднання КМСОНП з елементами проблемно-орієнтованого навчання. Більшість викладачів відмовилися від традиційної лекційної (начотницької) форми подачі матеріалу і таким чином стали консультантами і координаторами навчального процесу, що надає можливість студентам, самостійно працюючи у невеликих групах, вирішувати проблеми, висувати різні гіпотези і шукати можливості їх верифікації, причому акцент робиться не на запам'ятовуванні і заучуванні, а на аналізі ситуації і дискусії з активним залученням студентів у процес осмисленого, мотивованого, свідомого навчання.

Розвиток і реалізація системи комунікативного інтерактивного навчання, характеризуючись практико-орієнтованим підходом, дозволяє отримати відтворюваність стабільних запланованих результатів у практичному плані з формуванням навиків і умінь біля ліжка хворих і, зрештою, сприяє самоорганізації особи, здатної до адаптації в умовах соціуму, що швидко розвивається.

Відомо, що поступальний розвиток вищої медичної освіти можливий лише за умови впровадження у навчальний процес нових інформаційних, телекомунікаційних технологій, інтерактивних форм та методів навчання. Співробітниками ОНМедУ здійснено вагомі кроки щодо розвитку інноваційних технологій в галузі телемедицини та дистанційного навчання, проведено значну роботу з інтеграції систем дистанційного навчання студентів з КМСОНП (рішення вченої ради університету від 20 січня 2011 р., протокол № 6). Особливо перспективним є впровадження дистанційних освітніх технологій у післядипломне підвищення кваліфікації лікарів в умовах децентралізації медичної освіти. Дистанційні технології надають однакові шанси для підвищення кваліфікації незалежно від місця проживання, сприяють організації динамічного процесу навчання. Вони мають свої переваги, тому що є можливість організації безперервного професійного розвитку, створення високої інтенсивності інформаційного потоку за обмежений відрізок ефірного часу для значної кількості майбутніх і практикуючих лікарів. В дистанційній освіті одержали розповсюдження освітні електронні ресурси, віртуальні “Круглі столи”, семінари, конференції, симпозиуми, лекції, практичні заняття тощо. Важливим для реалізації цих технологій є створення електронних підруч-

ників та інших ресурсів для дистанційної освіти. Взагалі в бібліотеці ОНМедУ у наявності майже 1000 найменувань підручників та посібників (авторами 70 з них є співробітники університету). Загальна кількість примірників такої літератури – 3378. Розпочато активне впровадження дистанційного навчання на заочному відділенні фармацевтичного факультету та проведення циклів тематичного удосконалення лікарів Одеської області.

Основною формою активності в Інтернеті є сайт ОНМедУ. Тому важливо його наповнити інтерактивним змістом. На Веб-сторінках кафедр університету розміщена вся необхідна інформація українською, російською та англійською мовами, що забезпечує можливість повноцінної самостійної підготовки студентів до занять. Вони мають доступ до робочих планів дисциплін, презентацій лекцій, методичних рекомендацій та матеріалів підготовки до практичних занять, банків навчальних таблиць, рентгензнімків та відеофільмів тощо, що суттєво полегшує студентам пошук сучасної інформації з предмета та підвищує якість її засвоєння. Співробітники кафедр працюють над створенням сторінок з відеоматеріалами щодо всіх практичних навичок, що дозволить суттєво покращити практичну підготовку студентів.

Ефективність освіти і Інтернет-освіти, зокрема, залежить безпосередньо від рівня підготовки викладача. Тому для ефективного впровадження Інтернет-технологій в освітню діяльність в університеті створені умови для оволодіння педагогами наступними базовими технологіями: електронною поштою, пошуку інформації в Інтернеті, on-line-спілкування, технології розміщення інформації в Інтернеті (Web-проекування і Web-дизайну) тощо. У зв'язку з цим викладачі постійно планомірно підвищують свій рівень освіченості, оволодіваючи мегатехнологіями Інтернету, що забезпечено постійним оновленням і зростанням комп'ютерного парку університету.

Пріоритетним завданням є підготовка лікаря, який би повною мірою відповідав сучасним міжнародним стандартам. Тому усі інновації в системі вищої медичної освіти мають бути безпосередньо пов'язані з системним впровадженням сучасних галузевих стандартів вищої медичної освіти та вимогами до набуття професійної лікарської компетентності.

Другий рік з успіхом працює новий Медичний центр дитячого стоматологічного здоров'я, площею 1000 кв. м з 14 клінічними залами, лекційною аудиторією та фантомним класом, стерилізаційною, рентгенкабінетом, ординаторською тощо. Центр обладнано новітнім устаткуванням. Це перша університетська

клініка на Півдні України, створена для надання висококваліфікованої спеціалізованої стоматологічної і ортодонтичної допомоги дітям за принципом сімейної медицини. На базі Центру розташовані дві кафедри університету – ортодонції та стоматології дитячого віку. Співробітники цих кафедр мають можливість якісної підготовки спеціалістів стоматологічного профілю, відповідно до загальноєвропейських стандартів і ґрунтуючись на кращих традиціях української вищої медичної школи, де створені всі умови для широкого впровадження у навчальний процес і лікувальну роботу сучасних наукових досягнень та залучення студентів до виконання науково-дослідних робіт.

Лікувальна, навчальна і наукова діяльність університетських клінік спрямована на всебічне співробітництво з органами практичної охорони здоров'я. На базі університетської клініки функціонують: Центр генетичної молекулярної медицини та Науково-дослідний інститут генетики; централізована наукова лабораторія.

Університетські клініки – це ті координуючі центри, де теоретична підготовка студентів набуває практичного сенсу. Комплексна база з профільними підрозділами дозволяє простежити увесь шлях хворого від приймального відділення до одужання та виписування з лікарні. Для розв'язання цієї проблеми об'єднано в єдиний комплекс навчально-виховний, організаційно-методичний процеси на ґрунтовно підготовленому матеріально-технічному забезпеченні для впровадження нових технологій навчання.

Зусилля сьогоденного етапу спрямовані на забезпечення якості вищої медичної освіти. Це можливо досягти аналізом позитивних боків і проблемних питань, обміном досвіду і пошуком шляхів удосконалення сучасної організації навчального процесу в умовах України.

Сьогоднішні вимоги до вищої медичної освіти – це: відповідність потребам галузі та суспільства щодо якості підготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів, ефективність, гармонія між традиційною освітою та інноваціями, конкурентоспроможність на основі стандартів якості і, що вкрай важливо, безперервність.

Визнаючи першочерговим завданням підвищення якості медичної освіти, Європейська асоціація медичної освіти для оцінювання професійних умінь студента-медика рекомендує створювати спеціальні центри засвоєння і контролю клінічних навичок, які оснащені різними сучасними муляжами, фантомами і манекенами. На клінічних кафедрах створено спе-

ціальні класи формування практичних навичок, надана можливість студентам відпрацьовувати практичні навички, а викладачам контролювати їх виконання. Враховуючи високу вартість таких манекенів і необхідність навчити майбутніх лікарів спілкування з реальними пацієнтами, рекомендовано залучити до навчального процесу так званих стандартизованих пацієнтів, яких можна використовувати під час ділової гри. Контроль засвоєння професійних знань і практичних навичок повинен бути динамічним, різнобічним, інтегрованим.

Особливу увагу в Європі приділяють впровадженню компетентного підходу й орієнтації процесу навчання на результати навчання – компетенції, якими повинен володіти випускник після завершення певного освітнього рівня. У Великобританії, США, Німеччині, Данії та інших країнах світу набув популярності кейс-метод (Case study – від англ. case – випадок) – метод аналізу ситуацій, який став однією з інтерактивних методик навчання студентів.

Сутність кейс-методу полягає в тому, що студентам на стадії оволодіння практичними навичками та вміннями за конкретною академічною темою практичного заняття пропонується усвідомити реальну (польову) чи вигадану (крісельну) життєву ситуацію (кейс) практичної охорони здоров'я в описаному ситуаційному завданні, де всебічно висвітлюється одна проблема.

Таким чином, названий на всіх клінічних кафедрах нашого університету чималий банк ситуаційних завдань і проблемних ситуацій повною мірою можна використовувати за цим методом. А проведення заняття за кейс-методом дозволяє розвивати у студентів, як майбутніх фахівців з медицини, на якісному рівні аналітичні, практичні, творчі, комунікативні, соціальні навички та принципи самоаналізу, а також проявляти ініціативу, відчувати самостійність у засвоєнні теоретичного матеріалу й оволодіння практичними навичками та вміннями. Не менш важливим є й те, що аналіз ситуації сильно впливає на подальшу професіоналізацію студентів, сприяє їх дорослій зрілості, формує особистість і вдумливу мотивацію до навчання.

Кожен студент залучається до цікавої нетрадиційної інтелектуально-практичної діяльності, що невимусно стимулює його самостійно піднятися з репродуктивного рівня відтворення знань до реконструктивного і, врешті, до творчого. У результаті студенти стають більш упевненими у собі та своїх знаннях, у власних поглядах, вважають себе краще підготовленими до майбутньої професійної діяльності.

Інтерактивні методи навчання як креативні види діяльності стимулюють формування моральних і професійних якостей особистості студента (почуття відповідальності, самостійність, здатність швидко приймати правильне рішення, впевненість у собі, відчуття успішності, задоволеності результатами виконаної роботи тощо); вчать нестандартно розв’язувати поставлені завдання, що у сукупності приводить до підвищення конкурентоспроможності майбутнього фахівця на ринку праці, що є необхідною умовою при входженні нашої держави в європейський та євроатлантичний простір.

Багатьма дослідженнями у галузі педагогіки доведено, що тільки активний навчальний процес є базовою основою формування висококваліфікованих спеціалістів. Кожну з форм навчання можна зробити досить активною, якщо викладач розглядає організацію навчального процесу з точки зору принципів стимулювання активності студентів і бінарності (участі у процесі навчання двох сторін – викладача і студента).

Впровадження прогресивних форм організації навчально-виховного процесу в університеті є системним і здійснюється у кількох напрямках: впровадження комп’ютерних технологій у навчальний процес; впровадження системи формування вмінь і практичних навичок відповідно до вимог державного стандарту вищої медичної освіти; нової технології використання комплексного практично-орієнтованого державного іспиту з клінічних дисциплін, щорічне анкетування студентів, а також викладачів. Значно поліпшує якість навчального процесу застосування навчального

відеофільму й анімаційного медичного комп’ютерного моделювання клінічних ситуацій.

Оскільки у навчальних програмах чимало часу виділено на самостійну роботу студентів, для багатьох із них стало звичним користуватися смартфонами, комунікаторами, портативними комп’ютерами та іншими сучасними засобами обробки інформації під час підготовки до практичних занять, модульного контролю тощо.

Використання прогресивних інформаційних технологій (аудіо- й електронні книги, підручники, монографії, відеофільми, презентації, анімаційні ролики, відеоконференції, принципи біоетики, доказової медицини та клініко-економічні стандарти з найбільш соціально значущих нозологій тощо) не залишається сьогодні прерогативою лише викладачів, а активно впроваджується в повсякденну практику студентів-медиків і лікарів.

Інноваційні процеси, що відбуваються сьогодні в системі освіти, найбільш гостро порушують питання пошуку резервів вдосконалення підготовки високоосвіченої інтелектуально розвинутої особистості.

Висновок. Реформування медичної освіти – єдиний шлях в нашій державі щодо надання кожному громадянину сучасної якісної медичної допомоги, а для студентів – здобути освіту світового рівня, стати конкурентоспроможними фахівцями з можливістю працевлаштування у будь-якій країні світу, що сприятиме підвищенню рейтингу національної системи освіти та науково-педагогічних кадрів на Європейському та світовому ринку вищої освіти.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні / [І. Є. Булах, О. П. Волосовець, В. С. Москаленко та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 384 с.
2. Запорожан В. М. Міжнародне науково-освітнє співтовариство як каталізатор реформування / В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, О. В. Чернецька // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : Всеукр.

навч.-наук. конф. : матеріали. – Тернопіль, 2009. – С. 26–29.

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

УДК378.147-388:961(477.62-21)

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ДОНЕЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, В. І. Черній, М. Б. Первак, Н. Ю. Костюкова

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

ORGANIZING AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF STUDENTS' PRACTICAL TRAINING AT DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY AT CREDIT-MODULAR SYSTEM: PROBLEMS AND PROSPECTS

Yu.V. Dumanskyi, O. M. Talalayenko, V. I. Cherniy, M. B. Pervak, N. Yu. Kostyukova

Donetsk National Medical University by M. Hovkyi

У статті проаналізовано стан практичної підготовки студентів у Донецькому національному медичному університеті при кредитно-модульній системі навчання. Визначено організаційно-методичні аспекти цього виду навчання та наведено комплекс реалізованих та запланованих заходів, спрямованих на підвищення його ефективності.

In the article the analysis of the state of students' practical training at credit-modular system at Donetsk National Medical University was given. Organizing and methodical aspects of this kind of training were determined. The complex of realized and planned measures for its improving was described.

Вступ. Останнім часом як в Україні, так і в інших країнах Європи в академічному середовищі і в суспільстві багато уваги приділяють реалізації так званого компетентнісного підходу до навчання, який вимагає орієнтування всього процесу підготовки фахівця на кінцеві результати – оволодіння ним компетенціями, необхідними для майбутньої професійної діяльності. Особливого значення реалізація такого підходу має у медичній освіті [2, 5, 6]. У зв'язку з цим ще у 2005 р. у країнах Євросоюзу у межах проєкту “TUNING” було розпочато дослідження з визначення всіх універсальних та суто професійних компетенцій, обов'язкових для випускників вищих медичних шкіл. В Україні аналогічна робота була проведена раніше і результати її були реалізовані у чинних державних стандартах медичної освіти на рівні “спеціаліст” [3]. Відповідно до сформульованих у цих документах вимог майбутній лікар під час навчання у вищому медичному навчальному закладі (ВНЗ) має не лише оволодіти значним обсягом знань, але й отримати якісну практичну підготовку. За умов розпочатого в країні реформування вітчизняної системи охорони здоров'я роль цього компонента у формуванні лікаря на додипломному етапі суттєво зростає,

© Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, В. І. Черній та ін.

проте організаційні та методичні засади практичної підготовки студентів при кредитно-модульній системі навчання досі не визначені.

Основна частина. На початку минулого навчального року, коли на випускаючі кафедри вперше прийшли “вихованці” кредитно-модульної системи, у Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького (ДонНМУ) було відзначено зниження рівня практичної підготовки студентів. Аналогічна ситуація відмічена нашими колегами і в інших медичних ВНЗ країни. Причини її неодноразово обговорювалися і є добре відомими. Серед них як гонитва за кращими результатами ліцензійних тестових іспитів, так і низка об'єктивних обставин: недостатнє фінансування для навчання малими групами, проблеми з виробничою практикою, що виникли останніми роками, неврегульованість правових аспектів залучення пацієнтів до навчального процесу, інколи відсутність тематичних хворих тощо.

Для зміни ситуації на краще керівництвом нашого університету було створено робочу групу, яку очолив перший проректор і до якої увійшли керівник галузевої науково-методичної лабораторії з питань додипломної підготовки лікарів, голови методичних профільних комісій та завідувачі випускаючих кафедр.

Перш за все, членами групи на базі вимог чинних державних стандартів медичної освіти [3] та відповідно до реалізованої у ДонНМУ системи управління якістю підготовки фахівців [1, 2, 4] було підготовлено 4 окремі книжки практичних навичок (індивідуальні плани практичної підготовки) – для всіх медичних спеціальностей, за якими у нашому ВНЗ проходить навчання на додипломному рівні: “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, “Стоматологія”.

З вересня 2011 р. у ДонНМУ було відновлено забуту при впровадженні кредитно-модульної системи практику атестації практичної підготовки майбутніх лікарів. Індивідуальні плани з цього виду навчання стали обов'язковим документом для всіх студентів 2 курсу стоматологічного та всіх студентів 3 курсу медичних факультетів.

Кожна з цих книжок складається з 3 розділів – таких, як: 1) наскрізна програма практичних навичок з певної спеціальності; 2) облік освоєння практичних навичок на конкретних кафедрах; 3) облік освоєння практичних навичок під час виробничої практики (по курсах і профілях). Важливим, на нашу думку, є те, що на кожному етапі проти кожної навички зазначено так звану мінімальну кількість разів правильного виконання. Лише за умови, що за період навчання з цієї дисципліни (або під час практики) студент продемонстрував викладачу володіння цієї навичкою у кількості разів, не менш за мінімальну, викладач напроти неї зазначає своє прізвище та ставить підпис. Сподіваємось, це сприятиме підвищенню відповідальності кафедр і окремих викладачів за цей розділ роботи.

В розділі “навчання на кафедрах” всі практичні навички розподілені на дві групи: такі, що можуть бути освоєні лише при роботі з пацієнтом, і такі, які на першому етапі можуть бути освоєні при роботі з тренажерами, фантомами, муляжами тощо.

Для підвищення рівня освоєння студентами другої групи практичних навичок керівництвом нашого університету було організовано окремий Центр практичної підготовки загальною площею близько 150 кв. м.

Базуючись на одному з основних положень педагогіки, що для якісного освоєння будь-якого вміння необхідне неодноразове його повторення, ми плануємо, що у створеному Центрі будуть проходити навчання навичкам акушерсько-гінекологічного профілю студенти 4–6 курсів медичних факультетів, а навичкам терапевтичного, хірургічного та педіатричного профілів – студенти 3–6 курсів. У поточному році означений вище Центр вже став базою навчання для студентів 3 курсу всіх медичних факультетів.

Студенти стоматологічного факультету, як і раніше, опановують необхідні їм навички у так званому фантомному залі на кафедрі пропедевтичної стоматології протягом 2 курсу.

Зрозуміло, що ефективність цих заходів можна буде оцінити лише через декілька років. Але для визначення, умовно кажучи, “точки відліку” нами заплановано дослідження з визначення рівня практичної підготовки випускників цього року як за матеріалами державних практично-орієнтованих іспитів, так і за результатами соціологічного опитування наприкінці їх навчання у ДонНМУ.

Для останнього було розроблено спеціальні анкети, які для випускників медичних факультетів містять 55 практичних навичок, для випускників стоматологічного факультету – 82 (суто стоматологічні та загальнолікарські).

Проти кожної з навичок респондент мав зазначити “рівень знайомства” з нею: бачив, як виконує викладач; виконував самостійно на клінічних кафедрах при роботі з муляжами, фантомами (кількість разів), при обстеженні пацієнтів (кількість разів); під час виробничої практики (кількість разів).

У зв'язку із скороченням поточного навчального року і наближенням ліцензійних іспитів ми вже в квітні за допомогою цих анкет провели анкетування 220 студентів 6 курсу медичних факультетів та 130 студентів стоматологічного. Через зрозумілий брак часу поки що здійснена лише первинна обробка отриманих даних.

Результати опитування окремого респондента були порівняні з вимогами, означеними у запроваджених поточного року індивідуальних планах практичної підготовки студентів.

Зокрема, зіставляли зазначену опитуваними кількість разів виконання певної навички під час навчання на різних клінічних кафедрах (при роботі з муляжами, фантомами та при дослідженні пацієнтів) та під час виробничої практики із кількістю, що встановлена як мінімальна.

Рівень оволодіння навичкою вважали високим, якщо від 75 до 100 % респондентів зазначили кількість разів виконання не менш за мінімальну, середнім – якщо зазначена кількість була достатньою у 50–74 % опитаних і низьким – якщо частота позначення достатньої кількості була меншою за 50 %.

Попередній аналіз результатів показав високий рівень оволодіння більшістю практичних навичок, які реалізуються при фізикальному обстеженні пацієнтів: перкусія та аускультация легень, серця, пальпація судин, живота, молочних залоз, визначення частоти

пульсу тощо (від 75 до 100 % респондентів зазначили кількість разів виконання не менш мінімальної). Втішно виявилася і ситуація з більшістю акушерських навичок: для вимірювання розмірів таза, зовнішнього акушерського обстеження вагітних за Леопольдом, визначення маси плода зазначена кількість разів лише у 25 % опитуваних була меншою, ніж мінімальна. Багаторічне використання на кафедрах акушерства і гінекології якісних фантомів та муляжів забезпечило високий рівень оволодіння такими навичками, як огляд шийки матки у дзеркалах, бімануальне дослідження жінки, взяття матеріалу з піхви, уретри, цервікального каналу, надання акушерської допомоги щодо захисту промежини при фізіологічних пологах, штучна вентиляція легень та непрямий масаж серця при асфіксії новонародженого.

Низьким рівень засвоєння, за даними соціологічного дослідження, виявився для таких практичних навичок, як ін'єкції лікарських речовин, особливо внутрішньовенних, промивання шлунка, кишечника, визначення групи крові стандартними сироватками та визначення резус-приналежності, пальцеве дослідження прямої кишки, катетеризація сечового міхура м'яким зондом. Можливо, це значною мірою зумовлене наявністю останнім часом проблем з повноцінним проведенням виробничої практики. Маємо надію,

що функціонування Центру практичної підготовки студентів, оснащеного тренажерами, фантомами та муляжами, необхідними для відпрацювання всіх означених вище навичок, дозволить нам змінити ситуацію на краще.

По завершенні ретельної обробки всіх анкет отримані дані будуть порівняні з матеріалами практично-орієнтованих іспитів поточного року. Після цього буде проведено аналіз причин недостатнього забезпечення кожної з практичних навичок, для якої рівень оволодіння виявився низьким або середнім.

У зв'язку з реформуванням вітчизняної системи охорони здоров'я та підвищенням ролі первинної ланки надання медичної допомоги розроблену для додипломного рівня навчання наскрізну програму оволодіння практичних навичок було зіставлено з програмою навчання і кваліфікаційними вимогами лікарів-інтернів за спеціальністю “Загальна практика, сімейна медицина” і на основі цих документів розроблено індивідуальні плани практичної підготовки в інтернатурі з вищезначеної спеціальності.

Висновок. Вважаємо, що всі реалізовані та заплановані нами заходи дозволять розробити єдину систему практичної підготовки студентів у медичному ВНЗ і суттєво підвищити ефективність навчання студентів практичних навичок.

Література

1. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти [В. М. Казаков, О. М. Талалаєнко, М. Г. Гаріна та ін.]. – Донецьк, 2001. – 213 с.
2. Опыт управления учебной деятельностью студентов при реализации компетентностного подхода / [Ю. В. Думанский, В. Н. Казаков, А. Н. Талалаєнко и др.]. – Москва, 2010. – 64 с.
3. Складові галузевих стандартів вищої освіти на пряму підготовки 1101 “Медицина” освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”. – Київ : Міністерство освіти і науки України, 2003. – 369 с.
4. Управление качеством подготовки специалистов : программно-целевой подход (на примере высшего и послевузовского медицинского образования) / [В. Н. Казаков, Н. А. Селезнева, А. Н. Талалаєнко и др.]. – [2-е изд.]. – Москва, 2007. – 215 с.
5. Abstracts of Conference of Association for Medical Education in Europe. – Vienna, 2008. – 479 p.
6. Dent J. A., Harden R.M. A practical guide for medical teachers. – Churchill Livingstone Elsevier: Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, 2009. – 435 p.

УДК 57.0015:538.567:371.24(0755)

МОДЕРНІЗАЦІЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ – ІДЕЯ, МЕТА ТА РЕАЛІЇ

В. М. Мороз, Ю. Й. Гумінський, Л. В. Фоміна, Т. Л. Полєся, О. І. Башинська

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

MODERNIZATION OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN CONTEXT OF BOLOGNA CONVENTION – IDEA, OBJECT, REALITIES

V. M. Moroz, Yu. Y. Huminskyi, L. V. Fomina, T. L. Polesya, O. I. Bashynska

Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov

У зв'язку з європейською інтеграцією України та реформою вищої освіти у вищих медичних навчальних закладах з 2005 року впроваджується кредитно-модульна система навчання у світлі Болонської конвенції. Впродовж шестирічного досвіду були виявлені протиріччя між ідеями Болонських угод та їх реалізацією. У зв'язку з коадаптацією національної системи навчання до європейських стандартів проведений аналіз якості вищої медичної освіти під час реалізації положень кредитно-модульної системи навчання з врахуванням національних особливостей.

Reformation of the higher education and integration of Ukraine to Europe requires the introduction of credit-modular system of organization to the Medical universities by Bologna convention. Due six year experiment there were determined differences between ideas by Bologna declarations and their realizations. Coadaptation national higher medical education to the European standards analyzed quality of the higher medical education due realization of the basis of credit-modular system of organization of educational process with national peculiarities.

Вступ. Інтеграція України у Європу передбачає реформування вищої освіти та входження в Європейський освітній простір. Процес євроінтеграції вимагає нових підходів до організації навчального процесу у вищих навчальних закладах, що й було задекларовано Україною у підписаній Болонській конвенції та полягає у запровадженні інноваційних технологій навчання [1]. Ідея реформування медичної вищої освіти полягає в адаптації національної системи вищої освіти до європейських стандартів та забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог. Метою реформування вищої освіти є створення уніфікованих критеріїв, методологій та систем контролю, а також взаємовизнання дипломів про вищу освіту, сприяння мобільності студентів [2]. Кінцевою метою впровадження інноваційних технологій є конкурентоспроможність українських освітянських кваліфікацій на європейському ринку праці, визнання загальноприйнятої системи освітньо-кваліфікаційних ступенів, впровадження стандартизованого додатка до диплома.

Основна частина. Болонська конвенція – документ, головною ідеєю якої є стандартизація підходів до організації навчального процесу та функціонування вищої школи в Європі. Головна мета – гармоніза-

ція національних освітніх систем вищої освіти в країнах Європи з метою підвищення конкурентоспроможності ВНЗ Старого світу порівняно з університетами інших регіонів планети (в тому числі США) [1-2]. Відповідно до основних положень Болонської декларації передбачається уніфікована для всіх країн система вчених ступенів (бакалавра, магістра, доктора філософії), залікова система накопичення кредитів (кредити можна отримувати порціями в різних вузах країн-учасниць), навчання протягом усього життя, автономність вузів, мобільність студентів та викладачів та ін. [3]. Сама ідея реалізації даних рекомендацій сприяє підвищенню престижності європейської вищої освіти; створенню єдиного простору вищої освіти із забезпеченням мобільності студентів різних країн та їх працевлаштуванням; зміцненню науково-технічного, соціального та інтелектуального потенціалу Європи; досягненню сумісності систем вищої освіти; надає студентам право для вивчення вибору дисциплін; підвищує якість освіти в країнах-учасницях; забезпечує конкурентоспроможність європейських університетів [4]. Згідно з наказами МОН та МОЗ України у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова з 2005–2006 н. р. впроваджено кредитно-модульну систему навчання.

© В. М. Мороз, Ю. Й. Гумінський, Л. В. Фоміна та ін.

У 2011 році вищі медичні навчальні заклади України завершили повний цикл виконання рекомендацій Болонської конвенції. Шестирічний досвід впровадження кредитно-модульної системи надав змогу проаналізувати результати коадаптації національної та кредитно-модульної систем навчання. Не відмовляючись від ідеї Болонського процесу в цілому, є сенс зупинитися на дискомфортних та суперечливих моментах “українського” варіанта – основних принципів Болонської конвенції та поєднання їх з реаліями національної медичної освіти.

Проведений аналіз результатів навчання при організації навчального процесу за кредитно-модульною системою висвітлює деякі протиріччя та недоліки. Відзначається певна дисгармонійність співвідношення різновидів роботи студента (аудиторної та самостійної роботи) – відбулося перенесення центру тяжіння на СРС, що відображено у формальному зменшенні кількості аудиторних годин у типовій програмі на дисципліну. Збільшено інформаційне навантаження на студента та викладача. У зв’язку з відсутністю університетської клініки не враховується специфічність навчання студента – майбутнього лікаря на клінічних базах міських лікарень. Проблематичне питання постає щодо самостійності вивчення клінічних дисциплін – можливості самостійного опанування студентом умінь та практичних професійних умінь та навичок.

Найбільш істотно впливають на якість вищої освіти такі аспекти освітньої діяльності, як падіння престижу статусу викладача ВНЗ, що обумовлено збільшенням в 3-4 рази аудиторного навантаження та меншим рівнем заробітної плати (в 10–30 разів) у порівнянні з закордонними колегами, хоча якість підготовки викладачів і наукових співробітників вузів гарантується високою академічною кваліфікацією.

Використання тестової системи оцінки знань значно спрощує процес перевірки та контролю знань студентів та, можливо, і має на меті забезпечення стандартів якості вищої освіти, але ж на практиці використання тестової системи контролю призводить до формування обмеженого мислення студентів, які замість самостійного пошуку вирішення проблем здатні тільки вибрати необхідне рішення із 4-5 запропонованих готових тестів. Система тестового контролю не примушує студента думати, що найбільш негативно впливає на рівень знань і умінь. Майбутні випускники не здатні знаходити адекватні та креативні рішення, а медицина цього вимагає на кожному кроці (при спілкуванні з хворими, дітьми, батьками, колегами).

Проблема підготовки лікарів при переході на сімейну та страхову медицину висуває високі вимоги щодо рівня підготовки спеціалістів. Сімейний лікар повинен оволодіти дуже великим об’ємом знань, вміти працювати з цілим рядом обладнання тощо. Був би доцільним розумний діючий закон про університетські клінічні бази (в ідеальному варіанті – університетські клініки). Щодо дистанційного та самостійного навчання, яке базується на широкому використанні комп’ютерних мереж, постає питання – чи може бути повноцінним спеціалістом студент, що пройшов курс дистанційного навчання в медицині, від безпосередньої роботи з об’єктами навчання?

Потрібно зазначити, що не всі європейські вузи підписали Болонську угоду, тому що елітні вищі навчальні заклади не потребують реклами. Медична освіта є найбільш фінансово навантаженою, що обумовлено утриманням і розвитком складного навчально-наукового обладнання, проведенням комплексних наукових досліджень і експериментів. В цілому елітні ВНЗ складають “старі” класичні університети світу, які мають свої наукові і освітні традиції. Вони відрізняються орієнтацією на науково-дослідницьку діяльність і підготовку спеціалістів, здатних проводити фундаментальні і прикладні аналітичні дослідження. Тому в нових умовах слід опікуватись підсиленням цього компонента наукової діяльності.

Не менш важливим є питання про відповідність традиційних оцінок за 4-бальною національною шкалою та 7-бальною рейтинговою шкалою ECTS. Вони не збігаються, а шлях існування двох шкал (національна – для призначення стипендії) не сприяє виробленню психології “відмінника” у студента та привела до бюрократизації рейтингової оцінки, як кінцевих результатів оцінювання знань студента. Для деканатів збільшилася кількість заповнення звітної документації для проведення рейтингу (у 3-4 рази), а як наслідок – й помилок. За існуючими нормативними правилами, при визначенні оцінки “F”, як незадовільної, університет має відраховувати щорічно 10% студентів за академічну неуспішність (наприклад, з 1000 першокурсників дипломи отримають – 523), що неприйнятно для планів на держзамовлення щодо прийому та випуску фахівців. Складається враження, що студенти навчаються не заради знань, а заради рейтингу або заохочувальних балів.

Перескладання академічної заборгованості в Тимчасовому положенні про організацію навчального процесу за кредитно-модульною системою дозволяється не більш ніж двічі. Але в реальному житті часто студенти не спроможні перескласти підсум-

ковий модульний контроль і більше разів. З одного боку, це може виглядати як позитив (студент буде перескладати модуль, вивчаючи матеріал додатково, поки не відповість на достатньому рівні), але таке явище дискримінує іншого студента, що склав модуль вчасно. Врешті-решт обидва отримують однакову рейтингову оцінку. Такий підхід замість стимулювання навчання призводить до позиції безініціативності і байдужості до навчання студентів. Слід зазначити, що збільшується академічне навантаження викладачів без відповідного заохочення (зважаючи на частоту призначених перескладань на кафедрах). Кількість перескладань студентами академічної заборгованості на кафедрах призводить іноді до “вибуху лояльності” в екзаменаторів, що ніяк не сприяє підвищенню рівня вищої освіти.

Оцінювання знань за кредитно-модульною системою навчання не стимулює студента до усвідомлення структури, змісту, логіки, розуміння програмного матеріалу з дисциплін, тому що підвищена питома вага поточного оцінювання (60 %), а підсумковим знанням з модуля відводиться лише 40 % від загальної суми балів. Скасування іспиту взагалі призводить до неможливості перевірки інтегрованих, системних знань студента. Оцінка знань частинами не залишає у студента цілісного уявлення про відповідний предмет та не сприяє отриманню довгострокових системних знань. Модульна (дискретна) система роботи, тестування та оцінювання працює лише на накопичення окремих знань, а не на розуміння суті предмета. В навчальному процесі для студента іноді немає місця для реалізації неординарних можливостей, створення креативного мислення і генерації власних думок.

Відбувається зниження рейтингу такої посади, як завідувач кафедри, акцент робиться на пріоритетне значення викладача, на практичних заняттях асистентом оцінюється 60 % знань студента. Завідувач кафедри та доценти є екзаменаторами, що оцінюють 40 % знань студента. Скасування іспиту – скасування системи колегіального контролю та контролю завідувача.

Менталітет національної вищої освіти та кредитно-модульна рейтингова організація навчального процесу мають кардинальні відмінності. Традиційна система навчання – це насамперед відносини між студентами, де велику роль відіграє студентська група. Єдина програма, спільна робота робить групу єдиним соціальним організмом, який забезпечує взаємну підтримку, взаємодопомогу і виховний вплив ко-

лективу. Це дає студенту навички колегіальності, що має велике значення в професії лікаря. А кредитно-рейтингова система полягає у змаганні в рейтингах, іноді не дуже дружніх. Мабуть, тому середній за здібностями випускник нашого ВНЗ, працюючи в колективі, виявляється на голову вище, ніж його західний одноліток приблизно ж таких потенційних здібностей.

У відношенні до елективних курсів модульна система (“кредитна система”) передбачає опанування їх за самостійним вибором студента. Годинна навантаженість навчальних програм не дозволяє зробити даний вибір. Бракує також викладачів та часу у студентів, тому вибір без усвідомлення (базової освіти) є некоректним та алогічним. Даний варіант адекватний для післядипломної освіти.

Приймаючи угоду Болонської конвенції, ми не повинні втрачати свого неповторного досвіду – логічної, поступової та практично спрямованої системи. Доказом позитивного досвіду та високого рейтингу даної системи є навчання у медичних ВНЗ іноземних громадян.

Висновки. Існуюча система освіти, як в Європі, так і в Україні, потребує радикального реформування. Це означає, що не потрібно бездумно копіювати методи організації навчального процесу, набагато цінніше виявляється критична оцінка їх реального змісту і усвідомлення необхідності пошуку альтернативних варіантів організації навчального процесу. В такому випадку інноваційні системи організації навчального процесу у світлі Болонських угод дійсно будуть на користь вітчизняній вищій освіті, яка може послужити поштовхом до формування активного незалежного руху до по-справжньому гідної вищої медичної освіти. За своєю сутністю [5] Болонський процес – це нова концепція реформування вищої медичної школи, яка має поєднати національні надбання та інноваційні європейські технології щодо входження до єдиного освітнього простору. Важливо, щоб процес інтеграції вітчизняної і європейської систем підготовки лікарів здійснювався шляхом зближення систем освіти, через гармонійне поєднання вітчизняного і міжнародного досвіду [1]. Кожна країна, реформуючи свою освіту, має повне право враховувати специфіку як своєї національної системи освіти, так і медичної освіти в цілому. Всі положення Болонської конвенції мають рекомендує характер. В країнах Європи їх розглядають не як привід відмовитись від своєї національної системи освіти, а для того, щоб взяти з неї те, що буде слугувати її покращенню.

Література

1. Визначення критеріїв якості в системі безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів на основі концепції кредитів / Ю. В. Вороненко, А. М. Сердюк [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 11–15.
2. Комюніке Конференції міністрів європейських країн, відповідальних за сферу вищої освіти (Лондон, 16–19 травня 2007 року). – К., 2008. – Кн. 4 : Основні засади розвитку вищої освіти України. – С. 24–30.
3. Вища медична освіта і Болонський процес : навч.- метод. та інф.-довідк. матеріали наради-семінару для наук.-пед. працівників, аспірантів, магістрів (17–19 січня 2005 р.). Частина I. – К., 2005. – С. 112–115.
4. Байденко В. И. Болонский процесс : структурная реформа высшего образования Европы / В. И. Байденко. – [3-е изд.]. – М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Российский Новый Университет, 2003. – С. 28–30.
5. Болонский процесс : нарастающая динамика и многообразие (документы международных форумов и мнения европейских экспертов). – М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2002. – С. 231–234.

УДК 378:615

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОНОВЛЕННЯ СТАНДАРТІВ ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

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

Національний фармацевтичний університет

NEW APPROACHES TO UPDATE STANDARDS HIGHER PHARMACEUTICAL EDUCATION

V. P. Chernykh, I. S. Hrytsenko, S. V. Ohar, L. M. Vinnik

National University of Pharmacy

У статті проаналізовано досвід розробки освітніх стандартів вищої фармацевтичної освіти. Вказано на важливості його розвитку і удосконалення.

The article analyzed the experience of development of educational standards of higher pharmaceutical education. The importance of its development and improvement is considered.

Вступ. У сучасних умовах актуальним завданням є створення нових стандартів професійної фармацевтичної освіти, розробка нових навчальних планів і програм, що враховують міжнародні освітні системи і стандарти. Необхідно розширювати і поглиблювати міжнародне співробітництво в галузі фармацевтичної освіти, створювати і творчо впроваджувати прогресивні ідеї зарубіжного і вітчизняного досвіду, інтеграції національної системи вищої освіти в міжнародний професійно-освітній простір.

Основна частина. Приєднавшись до Болонського процесу, перед українською освітянською громадою відкриваються нові орієнтири:

– соціально-економічні й політичні зрушення детермінують необхідність вчасної модернізації системи вищої освіти, зумовлюють необхідність глибинного реформування національної освітньої системи задля її розпізнавання у європейському просторі;

– можливості розбудови інноваційної моделі вищої фармацевтичної освіти, яка була б здатна не тільки адекватно реагувати на виклики часу, а й працювати на перспективу;

– прийняття зручної та зрозумілої градації дипломів, ступенів і кваліфікацій, використання єдиної системи кредитних одиниць (ECTS), що розширює можливості випускників Національного фармацевтичного університету самореалізуватися в професійній галузі в будь-якій з європейських країн;

– сприяння студентському самовиявленню, що забезпечується – мобільністю, привабливістю, працевлаштуванням;

– конкурентоспроможність фахівця фармацевтичної галузі на ринку праці може забезпечити висока якість здобутої освіти, постійне самовдосконалення і навчання протягом усього життя;

– тісна взаємодія навчального процесу та фармацевтичної науки, необхідність залучення талановитої студентської молоді до науково-дослідної діяльності, формування наукового потенціалу.

З метою реалізації зазначених нових орієнтирів у справі реформування фармацевтичної освіти є створення якісних стандартів, які б відповідали потребам часу та суспільства.

Вивчення документів міжнародних семінарів і матеріалів проекту “Налаштування освітніх структур в Європі” (Tuning Educational Structures in Europe – TUNING) свідчить про пошуки методологічних засад проектування освітніх стандартів для європейського простору вищої освіти. Експерти визначають пріоритетними такі принципи:

- 1) орієнтацію на результати навчання;
- 2) поширення соціального партнерства освіти зі сферою праці [1].

Розрізняють стандарт змісту навчання та стандарт навчальних досягнень. Європейські дослідники [2] характеризують зміст стандарту освіти як визначення бажаного рівня успішності та оволодіння змістом навчання – знаннями і навичками, які мають опанувати студенти вищого навчального закладу. Стандарт змісту навчання визначає ту частину навчальної програми, якою повинні оволодіти всі студенти. Стандарт навчальних досягнень визначає,

© В. П. Черних, І. С. Гриценко, С. В. Огарь, Л. М. Віннік

наскільки добре ті, хто навчаються, оволоділи відповідною частиною змісту програм.

Система стандартів вищої освіти України включає і стандарти досягнень (галузевий компонент), і стандарти змісту навчання (компонент ВНЗ). Одне з призначень галузевих стандартів вищої фармацевтичної освіти – описати в термінах професійних здібностей, умінь та навичок випускників у контексті їхньої професійної діяльності. Згідно з принципами особистісного підходу, сформована професійна компетентність забезпечує якісне виконання професійної діяльності. Важливою складовою галузевих стандартів є засоби діагностики якості вищої фармацевтичної освіти. Їх функція – визначення вимог щодо кількісного та якісного оцінювання ступеня досягнення студентами (випускниками) цілей та змісту вищої професійної освіти.

“Чутливість” освітніх стандартів вищої фармацевтичної освіти до вимог роботодавців забезпечується використанням при їх розробці нормативних документів сфери праці – Національного класифікатора професій, Національного класифікатора видів економічної діяльності, кваліфікаційних характеристик працівників [3].

З метою визначення тенденцій в питанні структури вищої фармацевтичної освіти були проаналізовані навчальні плани, затверджені МОЗ України.

У структурі типових навчальних планів ми проаналізували, як змінювалась структура підготовки про-

візорів за циклами навчальних дисциплін (рис. 1).

За період з 2004 року дотепер у структурі вищої фармацевтичної освіти суттєво зменшилась питома вага гуманітарних та соціально-економічних дисциплін. Відсоток природничо-наукової підготовки поступово збільшувався, цикл професійних дисциплін змінювався не суттєво, а обсяг практики залишився без змін.

Спираючись на європейський досвід підготовки фахівців фармації та враховуючи потреби практичної фармації України, стає очевидним, що здійснення профілізації та спеціалізації у структурі підготовки провізорів необхідно розпочинати вже на перших курсах навчання. Залишається також не вирішеним питання щодо термінів підготовки магістрів фармації та визначення кваліфікацій у сфері фармацевтичної освіти.

Важливим при розробці нових стандартів є визначення змісту освітніх програм за активного діалогу зі сферою праці. Необхідно врахувати також змістовне наповнення вибіркової компоненти ВНЗ та студента – воно має відображати наскрізну систематизацію та структурування. Цикл нормативних дисциплін потребує скорочення їх кількості, а терміни навчальної та виробничої практичної підготовки необхідно переглянути і збільшити переддипломну до термінів, що діють у Європі.

Таблиця 1. Зміни у змісті типових навчальних планів спеціальності “Фармація”

Рік	№ наказу МОЗ України	Внесені зміни
2004	№ 36 від 21.01.2004 р. “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців за спеціальністю “Фармація”	
2007	№ 446 від 01.08.2007 р. “Про внесення змін до наказу МОЗ України № 36 від 21.01.2004 р.”	Вилучено дисципліни блоку “Військова підготовка” з переліку нормативних дисциплін. Введені навчальні дисципліни “Екстремальна медицина” та “Безпека життєдіяльності”
2009	№ 930 від 07.12.2009 р. “Про затвердження нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “провізор” у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю “Фармація”	Внесення змін до вивчення гуманітарних дисциплін відповідно до вимог наказу МОН України № 642 від 09.07.2009 р. Введення державного іспиту з дисципліни “Українська мова (за професійним спрямуванням). Введена дисципліна “Основи біоетики та біобезпеки”
2010	№ 542 від 08.07.2010 р. “Про внесення змін до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “провізор” у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю “Фармація”, затвердженого наказом МОЗ від 07.12.2009 р. № 930”	Внесені зміни на виконання наказу МОН України від 29.03.2010 р. № 259, від 21.10.2010 р. № 969/922/216. Введена кредитно-модульна система організації навчального процесу. Вилучено державний іспит з дисципліни “Українська мова (за професійним спрямуванням)”

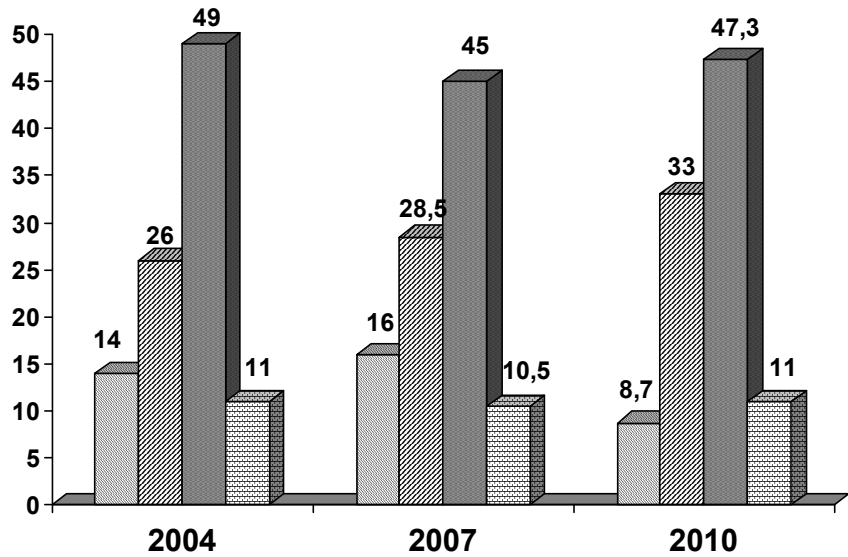


Рис. 1. Розподіл дисциплін навчальних планів за циклами підготовки.

Висновок. Накопичений провідними фахівцями університету та фармацевтичних факультетів – розробниками освітніх стандартів позитивний досвід необхідно

розвивати та удосконалювати при розробці стандартів нового покоління, враховуючи недоліки попереднього та опрацьований стан фармацевтичної освіти в Європі.

Література

1. UK Bologna Seminar: Using Learning Outcomes. – Ediburg, 1-2 July 2004 // www.bologna-bergen2005.no; Tuning Education Structures in Europe // tuning.unideusto.org/tuningeu.
2. UK Bologna Seminar: Using Learning Outcomes. –

Ediburg, 1-2 July 2004 // www.bologna-bergen2005.no;

3. Петренко В. А. Комплекс нормативних документів для розроблення складових системи стандартів вищої освіти / В. А. Петренко // Вища освіта. – 2003. – № 10. – 82 с.

УДК371.261

РЕЙТИНГ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ

Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

RATING AS A CONSTITUENT OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN MEDICAL AND PHARMACEUTICAL TRAINING

B. S. Zimenkovskiy, M. R. Hzhhotskiy, I. I. Solonynko

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

У статті проаналізовано досвід та ефективність рейтингової системи оцінювання у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу, наведено основні проблеми і шляхи вдосконалення якості підготовки фахівців.

The article adduces the experience and effectiveness of rating estimation system in Danylo Halytskyi Lviv National Medical University according to the European Credit Transfer System of Education. The essential problems and ways of quality improvement in specialists' training have been analyzed in the article.

Вступ. Головним стратегічним завданням вищого навчального закладу завжди було і залишається забезпечення високої якості підготовки фахівців. Нові вимоги і реалії сучасної медичної і фармацевтичної освіти, інтеграція вітчизняної вищої освіти у світовий освітній простір вимагають її оновлення та приведення якості національної медичної освіти до європейських стандартів із збереженням кращих національних особливостей і традицій. Важливою складовою технологічного переоснащення організаційних моделей сучасного навчально-виховного процесу є оцінювання якості освіти, визначення показників якості підготовки фахівця, діагностика навчальних досягнень студентів. Формальні і прості методи діагностики знань на сучасному етапі замінені інтенсивними комплексними системами, які покликані забезпечувати об'єктивність оцінювання навчальних досягнень студентів, підвищувати мотивацію до плідної праці впродовж всього періоду навчання. Разом з цим, стрімке впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу не забезпечене у повній мірі нормативно-правовою базою, яка б регламентувала діяльність вищих навчальних закладів у нових умовах. Тому навчальні заклади мають можливість самостійного пошуку свого місця у європейському освітньому просторі, з урахуванням Європейських стандартів і рекомендацій забезпечення якості освіти. За допомогою освітнього моніторингу робляться спроби проаналізувати ефективність

технологій навчання, виділити чинники, що впливають на якість навчання, отримати об'єктивний зріз стану знань та його відповідність рейтинговій оцінці. У навчальній діяльності рейтинг служить основою для побудови різноманітних шкал оцінок і передбачає визначення рівня оволодіння студентами змістом навчального матеріалу, модуля, цілісного курсу, сформованості умінь і навичок [1–4].

Основна частина. У Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького рейтингова система оцінювання, як і кредитно-модульна система організації навчального процесу використовується, починаючи з 2005–2006 навчального року, відповідно до запропонованого МОЗ України Навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” та Тимчасової інструкції з оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-модульній системі організації навчального процесу.

Характерними рисами нової технології є структурування навчальних дисциплін на модулі, які розглядаються як логічно завершена частина навчальної програми. Впроваджено залікові кредити ECTS як одиниці виміру навчального навантаження студента, необхідного для засвоєння навчальної дисципліни. Кожен модуль передбачає виконання студентом певного обсягу роботи (аудиторної, практичної, самостійної та індивідуальної) і завершується підсумковим модульним контролем. З графіка навчального

© Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко

процесу вилучено екзаменаційні сесії, оскільки здійснюється контроль засвоєння студентом кожного модуля навчальної дисципліни.

Для оцінювання використовується 200-бальна шкала, яка інтегрально характеризує успішність і знання студентів та дає можливість детально розділити їх на групи, встановлені шкалою ECTS. При цьому загальна сума балів розподіляється між результатами оцінювання поточної успішності та підсумкового модульного контролю у співвідношенні 60% : 40%.

Оцінка за модуль визначається як сума балів поточної навчальної діяльності та балів за підсумковий модульний контроль, які виставляються при оцінюванні теоретичних знань та практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни. Кількість балів, яку студент набрав з дисципліни, визначається як середнє арифметичне кількості балів з усіх модулів дисципліни. Ранжування з присвоєнням оцінок “А”, “В”, “С”, “D”, “Е” проводиться для студентів даного курсу, які навчаються за однією спеціальністю, і успішно завершили вивчення дисципліни.

Перевагами цієї інноваційної педагогічної системи є

обов’язкове вивчення та оцінювання кожного компонента дидактичної системи, чітка послідовність викладання і організація контролю засвоєння навчального матеріалу в дискретно-неперервному полі відповідно до встановлених навчальною програмою критеріїв оцінювання.

Досвід показує, що рейтинговий контроль дозволяє персоналізувати і диференціювати оцінювання навчальних досягнень студента на всіх етапах процесу навчання (семестр, навчальний рік, увесь період навчання).

Паралельно з рейтинговою відносною шкалою ECTS використовується абсолютна шкала конвертації балів, яка дозволяє визначити середній бал для розрахунку стипендій та зведених академічних показників з використанням еквівалента оцінки за національною чотирибальною шкалою (табл. 1).

Необхідно відзначити, що шкала ECTS та чотирибальна шкала є незалежними і тому оцінка ECTS у традиційну чотирибальну шкалу не конвертується.

У таблицях 2 і 3 наведено приклади конвертації балів в оцінки за відносною шкалою ECTS та абсолютною шкалою з дисципліни “Медична хімія” для студентів 1-го курсу спеціальності “Лікувальна справа”.

Таблиця 1. Абсолютна шкала конвертації балів

Бали	Оцінка за чотирибальною шкалою
Від 170 до 200 балів	5
Від 140 до 169 балів	4
Від 139 до мінімальної кількості балів, яку повинен набрати студент	3
Нижче мінімальної кількості балів, яку повинен набрати студент	2

Таблиця 2. Результати ранжування успішності студентів за шкалою ECTS

Оцінка ECTS	Граничні значення балів		Статистичний показник у %	Кількість студентів
	від	до		
A	170,5	194,0	10,5	46
B	153,0	170,0	25,7	112
C	137,5	152,5	30,0	131
D	125,0	137,0	25,4	111
E	122,0	124,5	8,4	36

Таблиця 3. Результати конвертації успішності за абсолютною шкалою

Традиційна оцінка	Граничні значення балів		% студентів	Кількість студентів
	від	до		
Відмінно	170,0	194,0	11,4	50
Добре	140,0	169,0	51,6	225
Задовільно	122,0	139,0	37,0	161

Порівняльний аналіз наведених результатів показує, що одночасне застосування відносної шкали ECTS та абсолютної шкали конвертації 200 балів у національну шкалу неодмінно супроводжується певним відхиленням в оцінках. Причому різниця в оцінках може значно збільшуватись у випадку масового отримання студентами дуже високих або, навпаки, дуже низьких балів з дисципліни.

Абсолютна шкала дозволяє реально оцінити загальний стан підготовки студентів з дисципліни, але у багатьох випадках відсутня кореляція щодо статистичного показника ECTS. Це спонукає кафедри до здійснення постійного моніторингу успішності за обома шкалами та коригування контрольних заходів у напрямку цільового співвідношення між різними позитивними оцінками. Іншими словами, система ECTS

вимагає від університету постійно слідкувати за своєю культурою і практикою оцінювання. У протилежному випадку принципова різниця між національною та ECTS шкалами призведе до проблеми “подвійних” оцінок (оцінка ECTS та традиційна, які відрізнятимуться; наприклад: А і “добре”, чи ще гірше: А і “задовільно”), що остаточно буде відображено у додатку до диплома і може вплинути на репутаційну оцінку якості роботи навчального закладу.

Слід відмітити, що накопичувальна багатобальна шкала є елементом системи вищого порядку, а її використання має значні переваги і дає можливість отримати детальні первинні дані, придатні для визначення рейтингу студентів. Використання шкали ECTS покликане забезпечити якість вищої освіти, запровадження стандартів, рекомендацій і основних інструментів Європейського простору вищої освіти, що сприятимуть сумісності і порівнянності оцінювання відповідних періодів навчання. Окрім цього, для розробки навчальних програм, зорієнтованих на багатобальну шкалу, у медичних вищих навчальних закладах затрачені значні інтелектуальні та матеріальні ресурси. В той же час виставлення традиційних оцінок за чотирибальною шкалою відбувалось і раніше та не потребує складних взаємоперетворень оцінок в бали, а потім балів у ці ж оцінки.

Анкетування студентів показало – більшість з них вважають, що рейтингова система оцінювання та визначення академічного рейтингу активізує навчальну роботу впродовж семестру, спонукає до систематичної та самостійної праці, розширює можливості для розвитку творчих здібностей, індивідуалізує навчання. Рейтинг робить систему оцінювання більш гнучкою та об’єктивною, забезпечує змагальність у навчанні та здорову конкуренцію між студентами і є підставою не лише для призначення іменних стипендій, пріоритету на поселення у гуртожиток, але й для переведення з контрактної форми навчання на бюджетну та навпаки.

На наш погляд, при оцінюванні успішності студентів з дисциплін достатньо використовувати єдину шкалу, яка б встановлювала взаємозв’язок між рейтинговим показником з дисципліни, національною шкалою оцінювання знань і шкалою оцінок ECTS. Нормативно-правовою базою у вирішенні цього питання є лист МОН України від 26.02.2010 р. №1/9-119, у якому надано для практичного використання “Методичні рекомендації щодо запровадження європейської кредитно-трансферної системи та її ключових документів у вищих навчальних закладах”. Відповідно до пункту 14 “Оцінювання знань” – єдина розширена шкала при 200-бальній системі оцінювання може бути представлена таким чином (табл. 4).

Таблиця 4. Шкала оцінювання і розподілу рейтингових балів

Оцінка ECTS	Статистичний показник	Оцінка за розширеною шкалою
A	10 %	відмінно
B	25 %	дуже добре
C	30 %	добре
D	25 %	задовільно
E	10 %	достатньо
FX	не зарахований ПМК	незадовільно
F	не допущений до ПМК	неприйнятно

Висновки. Таким чином, використання запропонованої шкали оцінювання спростить розуміння результатів навчання та забезпечить безперешкодну конвертацію оцінок з однієї системи в іншу. Рейтингова система оцінювання якості підготовки фахівця є важливим кроком щодо інтенсифікації і оптимізації навчально-виховного процесу у вищій школі. У сучасних умовах послаблення позицій масової середньої школи та поглиблення демографічної кризи модуль-

но-рейтингова система оцінювання навчальних досягнень студентів залишається оптимальною педагогічною технологією, яку необхідно розвивати з урахуванням наукового і педагогічного потенціалу професорсько-викладацького складу та особливостей контингенту студентів. Рейтинг є не лише одним з елементів оцінювання якості підготовки фахівців в цілому, але й способом оцінювання навчальним закладом власної діяльності та зовнішнього його визнання.

Література

1. Булах І. Є. Проблеми оцінювання знань студентів у контексті вимог Болонської декларації / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, М. Р. Мруга // Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 20–22.
2. Андрущенко В. Модернізація педагогічної освіти відповідно до викликів XXI століття / В. Андрущенко, В. Боднар

// Вища освіта України. – 2009. – № 2. – С. 17–23.

3. Павловський К. Трансформації вищої освіти в XXI столітті: польський погляд / К. Павловський. – Київ, 2005. – 228 с.

4. Василюк А. Проблеми аналізу освітніх реформ / А. Василюк // Вища школа. – 2009. – № 9. – С. 76–82.

УДК 378.124

ОСОБИСТІСНІ ЯКОСТІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРІОРИТЕТИ ВИКЛАДАЧІВ

Г. В. Дзяк, Т. О. Перцева, Л. Ю. Науменко, Г. В. Горбунова

Державний заклад “Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров’я України”

PERSONALITIES AND SOCIAL PRIORITIES OF TEACHERS

H. V. Dzyak, T. O. Pertseva, L. Yu. Naumenko, H. V. Horbunova

State Establishment “Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Public Health of Ukraine”

У статті звернено увагу не тільки на створення умов щодо формування практичних навичок у студентів, але і до особистості викладача як головної фігури навчального процесу.

The article is dedicated not only to the conditions creation for the formation of practical skills in students, but also to the teacher individuality as the main figure of the educational process.

Вступ. У процесі реформування вищої медичної освіти в Україні основна увага приділяється створенню матеріально-технічної бази, оптимізації навчального процесу та методичного забезпечення, але недостатня увага приділяється викладачу як головній фігурі у вирішенні поставлених перед вищою школою завдань.

Основна частина. Вища освіта – системний результат, створений працею розробників навчальних планів і програм, який поєднується з працею авторів підручників і навчальних посібників, з спільною працею самого студента і багатьох викладачів, які керують його навчанням і проводять різноманітні заняття. Якість підготовки фахівців безпосередньо залежить від умов навчання, від якісного професорсько-викладацького складу, від матеріально-технічної бази ВМНЗ, від формування відповідальності студентів за якість освіти, яку вони отримують, тощо. Клінічні кафедри академії мають достатню навчальну базу і обладнані відповідно до сучасних вимог, що дозволяє формувати практичні навички студентів “біля ліжка хворого.” Протягом останнього року академія придбала для поповнення існуючої бази клінічних кафедр для відпрацювання практичних навичок студентів медичних факультетів значну кількість комп’ютерної техніки, фантомів та тренажерів. Серед них: “Набори для сестринської практики”, “Моделі людини (жінки, чоловіка) по догляду за пацієнтом”, “Тренажери для внутрішньовенних ін’єкцій”, “Модель легень з гортанню”, “Модель учбова для СДР немовлят, з контролем”, “Модель невідкладна допомога при пневмотораксі”, “Манекени

людини для навчання і проведення реанімаційних заходів де люкс”, “Модель для інтубації”, “Торси реанімаційні, з блоком контролю”, “Моделі жіночого таза з плодом” тощо. В академії створена система формування вмін та практичних навичок відповідно до вимог державного стандарту вищої освіти на заняттях “біля ліжка хворого”, удосконалюється навчально-методичне забезпечення та оптимізація самостійної аудиторної та позааудиторної роботи студентів; впроваджена система внутрішньовузівського незалежного від кафедр ректорського тестового контролю рівня знань, як першого етапу підсумкового модульного контролю, як складової частини комплексної оцінки практики студентів тощо. Удосконаленню практичної підготовки студентів сприяє оптимізація умов для їх безпосередньої роботи “біля ліжка хворого”. Придбана академією комплексна навчальна система з тренажерами “Online Version of Medical Examination Skills Training System” сприяє запровадженню у навчальний процес новітніх технологій. Досягнення академії в галузі освіти були відзначені золотою медаллю на Третій міжнародній виставці “Сучасні заклади освіти – 2012” – у номінації “Діяльність вищого навчального закладу з підвищення якості підготовки фахівців”.

Академія постійно проводить певні заходи щодо оновлення колективів кафедр, створення умов щодо формування наступництва поколінь викладачів, розповсюдження педагогічного досвіду з метою підвищення якості підготовки майбутніх лікарів. Сьогодні в академії кожен п’ятий педагог відноситься до категорії “молодий викладач”. Проведення методич-

них семінарів для молодих викладачів було заплановано і до програми були включені тематичні пропозиції кафедр, які вони внесли в звітах за підсумками навчального року для заслуховування на цих семінарах. Були заслухані доповіді “Проблеми підготовки сучасного викладача вищої школи”, “Психологічні фактори успішної діяльності викладача вищої школи”, “Психологічний портрет викладача медичної академії”, “Питання профілактики алкоголізму та наркоманії в роботі викладача медичного вузу”, “Психологічні та морально-етичні принципи формування особистості студента-медика” тощо. Усім присутнім викладачам завідувачем лабораторії психофізіологічних досліджень академії були запропоновані методики тестування для визначення типу нервової системи, навченості та лідерських якостей. Кожному викладачу надана можливість отримати індивідуальну консультацію в лабораторії психофізіологічних досліджень академії за станом свого психологічного портрета. В академії існує система “зворотного зв’язку” і щорічно проводяться анкетування студентів, випускників, викладачів. В цьому році особливу увагу ми приділили “молодим” викладачам, які мають педагогічний стаж 4 роки. За спеціально створеною анкетною було опитано 95 осіб. Розподіл “молодих” викладачів за віком показує, що 12,63 % складає група віком до 25 років; 25,26 % – віком від 26 до 29 років, а 62,11 % викладачів мають вік 30 років і більше. За статтю викладачі розподілилися так: 62,1 % – жінки, 37,9 % – чоловіки. За сімейним станом, 37,9 % жінок та 20 % чоловіків мають сім’ю. 61,1 % опитаних забезпечені особистим житлом, 22,1 % живуть з батьками, 11,6 % – на орендованих квартирах, а 5,3 % – мають місце в гуртожитках. У 42,11 % опитаних дисертація захищена, у 27,37 % – на стадії закінчення, а кожен третій (29,48 %) з опитаних ведуть пошук теми дисертації. Серед тих, хто захистив дисертацію, 57,5 % жінок та 42,5 % чоловіків. Серед них 5 % складає група віком до 25 років, 22,5 % – у віці 26–29 років, а 72,5 % – ті, кому 30 років і більше. Захист дисертації не дає миттєвого підвищення рівня викладацької роботи. Крім знань дисципліни необхідні навички та досвід викладача. На запитання анкети “Що Вам подобається у Вашій роботі?” 73,5 % жінок та 53,13 % чоловіків відповіли, що “Подобається педагогічна робота”. 63,16 % усіх опитаних підкреслили “Можливість підвищувати професіоналізм”, 45,2 % – “Можливість спілкуватися з молоддю”. Кожного четвертого приваблює “Велика відпустка”. Далі йдуть відповіді “Надійна гарантія моєї занятості” (21,2 % опитаних), “Хороші умови праці” (14,74 %),

“Не дуже жорсткий графік роботи” (9,47 %). Опитані добре розуміють, “якими якостями повинен володіти сучасний викладач”: бути професіоналом у своїй спеціальності (83,16 %); виступати перед студентами як джерело певного досвіду, до якого студент завжди може звернутися за допомогою (71,58 %); ставитися до студентів з повагою та бути вимогливим до них (75,59 %); бути урівноваженим, проявляти витримку та самовладання (62,11 %) тощо. У 93,68 % молодих викладачів виконується на кафедрі робота відповідає спеціальності по диплому. На запитання анкети “Чому Ви обрали ДЗ “ДМА”?” 65,63 % жінок та 57,14 % чоловіків підкреслили відповідь “Можливість реалізувати свої знання, досвід та здібності”. Другий ранг займає відповідь “Можливість займатися наукою та видавати свої труди” (47,37 % опитаних). Кожен третій підкреслив “Висока престижність академії”. Для кожного четвертого – це “Можливість просунути по службі, зробити кар’єру”, а також “Набути досвід, знання та зв’язки для праці в інших сферах”. Для певної частини опитаних – це “Стабільна видача зарплатні” та “Близькість від місця проживання”. Аналіз відповідей респондентів на питання анкети “До чого Ви в першу чергу прагнули, коли погоджувалися на викладання в академії?” Найбільш значимими були відповіді “Знайти роботу з наявної у мене спеціальності” (46,32 %) та “Знайти роботу саме в академії” (41,05 % опитаних). Кожна четверта жінка (25,4 %) і лише 9,38 % чоловіків прагнули “Знайти роботу у сфері освіти”. 83,16 % опитаних підкреслили, що “потребують підвищення кваліфікації”, 5,26 % відповіли “ні”, а 10,47 % вказали “важко відповісти”. Лише 46,32 % опитаних “повністю задоволені” можливостями підвищення кваліфікації, які надаються на кафедрі”. 44,21 % опитаних задоволені “частково”, 4,16 % підкреслили, що “не задоволені”, 5,25 % написали “важко відповісти”. На запитання “Яку форму підвищення кваліфікації Ви вважаєте найбільш прийнятною?” відповіді розподілилися у такій послідовності: “курси підвищення кваліфікації в інших ВНЗ” (60 % опитаних); “відвідування лекцій, практичних занять на кафедрі” (57,8 %); “відвідування постійно діючих методичних семінарів у ВНЗ” (37,9 %); “участь у роботі семінарів, конференцій” (38,9 %) тощо.

Викладачами внесена значна кількість пропозицій щодо удосконалення їх підготовки до професійної діяльності та її удосконалення.

В цілому за результатами анкетування можливо зробити **висновки**, що нова зміна викладачів: бажає бути професіоналами, краще володіти новими тех-

нологіями навчання та контролю успішності засвоєння студентами нових знань, вмінь та навичок; краще володіти комп'ютерною технікою та активно використовувати її в навчальному процесі, краще володіти англійською мовою, постійно підвищувати свою кваліфікацію, опанувати досвідом інших навчальних закладів, як в Україні, так і за кордоном. Разом з тим на питання “Чи вважаєте Ви себе со-

ціально захищеними?” – лише 16,84 % викладачів відповіли “так”, 26,32 % відповіли “скоріше так, ніж ні”; 26,32 % відповіли “ні”, кожен п'ятий (21,05 %) – “скоріше ні, ніж так”, а 9,47 % відповіли “важко відповісти”. Тому молоді викладачі висловлюють надію на підвищення зарплати, збільшення соціальної захищеності молодих сімей, допомогу у забезпеченні житлом.

Література

1. Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матеріали Всеукраїнської навчально-методичної конференції з міжнародною участю. – Тернопіль : ТДМУ, 2010. – 494 с.

2. Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України III-IV рівнів акредитації: матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції (Тернопіль, 12–13 травня 2011). – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – 568 с.

УДК 61:007:378.2:681.31

БЕЗПЕРЕРВНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК – НОВІ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАВАННЯ ЗНАНЬ

О. П. Мінцер, О. В. Голяновський, С. В. Денисенко, М. В. Банчук, І. А. Ярменчук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

CONTINUING MEDICAL PROFESSIONAL DEVELOPMENT – NEW STRATEGIES OF KNOWLEDGE TRANSFER

O. P. Mintser, O. V. Holianovskyi, S. V. Denysenko, M. V. Banchuk, I. A. Yarmenchuk

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

Найважливіша роль сучасного університету – *трансфер знань*. Вона покликана забезпечити передавання та трансформацію знань, досвід і навички суб'єктам навчання протягом усього життя, особливо під час безперервного професійного розвитку. Розглянуто модулі нової системи постійного навчання лікарів.

The most important function of modern university is knowledge transfer. It has been made to ensure the transmission and transformation of knowledge, experience and skills to learners through the life, especially in continuous professional development. Modules of a new system of continuous education for physicians are considered.

Вступ. Визначення сучасного суспільства як “інноваційного” відображає принципово нову його якість, що пов'язана з необхідністю максимального прискорення науково-технічного розвитку. Останній, у свою чергу, формується рівнем освітніх організацій, перш за все університетами.

Функціонування інноваційного суспільства здійснюється за рахунок інтенсивного та масштабного передавання нових знань, що генеруються в університетах, включаючи технології в різних (природничо-наукових, технічних і соціально-гуманітарних) галузях діяльності. Останнім часом для відображення подібних функцій використовується новий термін – “інноваційний університет”.

Основна частина. Найважливішу роль у сучасному університеті розпочинає відігравати функція трансферу знань і технологій. Її значення полягає в забезпеченні постійного зв'язку між університетом і замовниками фахівців – підприємствами (в даному випадку лікувально-діагностичними та профілактичними закладами, науково-дослідними інститутами).

Зрозуміло, університет не є єдиним місцем із виробництва та розповсюдження знань. Корпоративні навчальні заклади, науково-дослідні інститути також генерують знання. Проте в центрі цієї діяльності має перебувати університет як єдина організація, де здійснюється виробництво інтегрованих знань [1, 3, 4]. Зрозуміло, що добитися ефективного та корект-

ного передавання знань (трансферу знань) до сьогодні було досить важко.

Лише останнім часом з'явився інструментарій, що дозволяє вирішити проблему низьковартісного зв'язку як із суб'єктами навчання, так і з виробництвом знань. Він отримав назву “навчання на робочому місці”. У наукових дослідженнях він визначається як передавання знань на робоче місце без відриву від професійної діяльності шляхом безперервної практики та взаємодії з більш досвідченим наставником. Його розповсюдженню сприяє компетентністний підхід, який став популярним. Зрозуміло, що компетенції розвиваються не одночасно: над їх прогресом слід ретельно працювати.

Останні статистичні дані свідчать, що навчання на робочому місці та корпоративні тренінги займають лідируючі позиції серед найчастіших форматів навчання [2].

Ми запропонували використовувати для трансферу знань комплекс програмних засобів, що включають технологію Lync Server 2010. Вона надає нові можливості підключення та комунікації для суб'єктів навчання під час безперервного професійного розвитку, об'єднує й уніфікує всі сучасні засоби комунікації, а також відеоконференцзв'язок. Усі ці види комунікацій доступні через єдиний інтерфейс та єдину серверну інфраструктуру. Серед інших можливостей можна назвати інтеграцію із серверами контролю

місця знаходження слухача. Фактичне розміщення користувача можна дослідити за адресою підмережі, до якої користувач підключений, або за найближчою точкою бездротового доступу.

Пропонується також використовувати національний продукт – ПЗ “СВІТ”, розроблений Інститутом глобального інформаційного простору НАН України. Медичні та навчальні версії створювалися разом із співробітниками НМАПО імені П. Л. Шупика.

Принципово те, що нова освіта повинна базуватися на використанні декількох модулів, які віддзеркалюють функціонування комплексу систем:

1. Розповсюдження (трансферу) інформації.
2. Швидкого пошуку необхідної літератури.
3. Моніторингу навчання (портфолію).
4. Комп’ютерного контролю знань.
5. Індивідуалізованого адаптованого навчання.

Вже перший досвід численних відеоконференц-стрічей і конференцій показав, що сьогодні технологічно можливе підключення до навчання (лекції,

семінари, консультування) тисяч тих, хто бажає отримати знання. Так, під час конференції “Багато-плодова вагітність” (Київ, 2011) нами було забезпечено вільне приєднання понад 1000 фахівців з України та зарубіжжя. Були задіяні 92 точки з’єднання із 75 міст України. Підкреслимо, що подібне з’єднання не потребує ніякого спеціального обладнання для користувача.

По суті, відкривається нова ера передавання професійних медичних знань і нової організації безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів.

Висновки: 1. Сучасний трансфер знань відображає систему організації багатоканального та багаторівневого інтерфейсу між університетом і його зовнішнім оточенням, передусім суб’єктами навчання та підприємствами з високими технологіями.

2. Ефективний безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів неможливий без впровадження інформаційних технологій, зокрема навчання на робочому місці.

Література

1. Стронгин Р. Г. Университет как интегратор в обществе, основанном на знании / Р. Г. Стронгин, Г. А. Максимов, А. О. Грудзинский // Высшее образование в России. – 2006. – № 1. – С. 15–27.
2. “Группа восьми” об образовании // Высшее образование сегодня. – 2006. – № 1. – С. 15–27.

3. Всемирная конференция по высшему образованию – 2009. Итоговое коммюнике // Высшее образование сегодня. – 2009. – № 8. – С. 13–17.

4. Грудзинский А. О. Трансфер знаний – функция инновационного университета / А. О. Грудзинский, А. Б. Бедный // Высшее образование в России. – 2009. – № 9. – С. 66–71.

УДК 61:378.147:37.041:37.017.91(477.54)

ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ОСОБИСТІСНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ХНМУ

В. М. Лісовий, В. Д. Марковський, Д. П. Перцев, Н. С. Тітова, Ж. І. Логвінова

Харківський національний медичний університет

USE OF MODERN TECHNOLOGIES FOR PERSONAL TRAINING OF STUDENTS IN KhNMU

V. M. Lisovyi, V. D. Markovskiy, D. P. Pertsev, N. S. Titova, Zh. I. Lohvinova

Kharkiv National Medical University

У статті проаналізовано використання новітніх технологій для забезпечення особистісної підготовки студентів. Вказано на необхідність широкого впровадження в практику новітніх технологій навчання.

The article analyzed the use of modern technologies for supply of personal training of students. It is pointed out the necessity of wide implementation into practice the modern technologies of education.

Вступ. Формування творчої особистості спеціаліста, який має здібності до саморозвитку, самонавчання, інноваційної діяльності, є основною задачею вищої освіти на сучасному етапі. Сучасна система поглядів на педагогічний процес орієнтована на людину, її цілі, потреби та цінності, тобто має особистісно-орієнтований підхід до навчання, який створено на основі ідей педагогічної та філософської антропології. Цей процес можливий не тільки шляхом передачі знань у готовому вигляді від викладача до студента. Необхідно переводити студента з пасивного приймання знань до активного їх творця, який уміє сформулювати проблему, проаналізувати шляхи її рішення та доказати її вірність. Реформа вищої освіти по своїй суті зв'язана з переходом від парадигми навчання до парадигми освіти. В цьому плані самостійна робота студентів (СРС) повинна стати основою освітянського процесу.

Мета цієї роботи – проаналізувати можливість забезпечення достатнього рівня формування навичок та умінь при впровадженні окремих новітніх технологій у навчальний процес.

Основна частина. Організація підготовки студентів має різні підходи, серед яких використовується інформаційний, операційно-діяльнісний, особистісно-орієнтований. Інформаційна модель – це оволодіння знаннями, уміннями та навичками в їх предметному змісті і результат вважається досягнутим, якщо студент отримав так званий “багаж знань”. Операційно-діяльнісний підхід полягає в чітко-

му формулюванні вимог до фахівця-медика, готує студента до розв'язання завдань, що входять в обов'язки лікаря. Особистісно-орієнтований підхід в освіті сприяє зростанню особистості студента при збереженні усієї значущості підготовки до професійної діяльності. Кредитно-модульна система може використовуватись при всіх названих підходах до навчання, оскільки сучасна медична освіта орієнтована на активну діяльність самого студента, що вимагає підвищення значення самостійної роботи, творчої ініціативи та активності майбутніх лікарів.

Інтенсифікація творчого процесу може формуватись та підвищуватись при виконанні ігрових форм та методів навчання, які активно впроваджуються в навчальний процес, особливо на клінічних кафедрах ХНМУ. Саме такі методичні засоби організації аудиторної та позааудиторної роботи сприяють комунікативній компетенції студентів в різних умовах, в яких формується їх подальший професійний рівень. Ведуче місце серед окремих новітніх технологій навчання займають ділові ігри.

Ділова гра – найбільш складна форма ігрових занять, в процесі яких формується колективна професійна діяльність. Ділові ігри відрізняються динамізмом обстановки, повторенням кроків, складним сполученням можливих альтернатив дій та скороченістю часу при прийнятті рішень. Ділова гра відрізняється від інших ігрових форм навчання тим, що необхідно приймати рішення в умовах поетапного багатокрокового уточнення необхідних факторів, аналізу інфор-

мації, яка додатково надходить та виробляється в ході навчальної гри. Ділові ігри можливо використовувати як для навчання при проведенні практичних занять, так і для контролю отриманих знань, в тому числі і на державних іспитах. Модель ділової гри – це спрощена реальна дійсність, без якої вона не може бути виконана.

Різновидністю ділової гри є професійні ігри, які призначені для розвитку творчого мислення, формування практичних навичок та умінь, відпрацювання індивідуального стилю спілкування та поведінки студента при колективному рішенні завдань. Професійна гра – це майже репетиція елементів професійної діяльності майбутнього спеціаліста. Серед форм та методів ігрового навчання значне місце займають методи аналізу конкретних ситуацій, “мозкові атаки”, інтелектуальні розминки та інше. Організація пізнавальної діяльності у формі аналізу конкретних ситуацій має різновидності залежно від дидактичних цілей заняття та контингенту студентів, які навчаються. До цього належить розбір “мікроситуацій” чи казусів під час лекцій, розгляд конфліктних ситуацій, які мали місце в реальній діяльності, “метод клініки”, рішення ситуаційних задач та інше.

У навчальній грі завдання не передбачають взаємодію команд гравців (студентів групи) та підготовку колегіального рішення у процесі аналізу ситуацій. Метод в першу чергу дає можливість проведення індивідуальної роботи зі студентом. Він є найбільш розповсюдженою формою ігрового моделювання, сприяє формуванню професійної інтуїції, умінню розбиратися в нестандартних ситуаціях, а також передбачити можливі наслідки тих чи інших рішень.

У медичних вищих навчальних закладах можливо використовувати “метод клініки”, який є частим методом аналізу конкретної ситуації. Суть його полягає в тому, що на занятті детально аналізується підхід до рішення тієї чи іншої реальної проблеми, коли група лікарів чи інших медичних працівників проводить розбір конкретного хворого. Всі учасники обговорення працюють як рівні і можуть висловлювати свою думку. Визначаються чіткі етапи рішення задачі, складається план дій. У навчальному процесі необ-

хідно використовувати методи “мозкової атаки”, які є емпірично знайденими ефективними способами рішення різних творчих задач. Універсальність цих методів дозволяє розглядати майже будь-яку проблему у сфері професійної діяльності людини, якщо вона сформульована просто та ясно. Існують різні модифікації “мозкових атак”: метод прямої “мозкової атаки”, метод зворотної “мозкової атаки”, двійна пряма “мозкова атака”, “мозкова атака” з оцінкою ідей, яка виконується в три етапи.

Метод прямої “мозкової атаки” може використовуватись для вирішення різних творчих завдань, різного ступеня складності. Під час постановки завдання необхідно чітко сформулювати основні 2 моменти: яка кінцева ціль та що заважає її досягненню? Метод зворотної “мозкової атаки” формулює досить конкретні відповіді на питання: як покращити ту чи іншу ситуацію, на що звернути увагу в першу чергу. Такий метод дає можливість для критичної оцінки прийнятих рішень, що сприяє активізації самостійної роботи студента. Двійна пряма “мозкова атака” полягає в тому, що після проведення першої прямої мозкової атаки робиться перерва різної тривалості, а далі повторюється ще раз. “Мозкова атака” в три етапи: перший кожному студенту надається можливість із наведеного списку вибрати 3–5 кращих ідей, та обґрунтувати їх перевагу перед іншими; на другому етапі після обговорення складається таблиця, де фіксуються переваги та недоліки по кожному з вибраних питань, та вибираються кращі, третій етап – проводиться ранжування від кращих до гірших відповідей та складаються висновки, щодо кращих з них. Модифікації “мозкових атак” можуть використовуватись при проведенні таких форм ігрових занять, як аналіз конкретних ситуацій та розіграш ролей, ігрове моделювання та ділова гра. У кожному з названих видів “мозкова атака” буде лише методичним прийомом, який суттєво активізує пізнавальну діяльність студентів, особливо на старших курсах та на клінічних кафедрах.

Висновок. Для впровадження перелічених форм практичної діяльності студентів необхідна достатня підготовка як викладачів, так і студентів.

Література

1. Калошин В. Ф. Евристичні методи навчання / В. Ф. Калошин, Н. В. Вельбоєць // Військ. освіта. – 2003. – № 12. – С. 113–122.
2. Поляков С. Игровые формы и методы обучения в подготовке курсантов высших военных учебных заведений /

С. Поляков // Новый коллегіум. – 2011. – № 2. – С. 81–86.

3. Самостоятельная работа студентов в процессе обучения физиологии в медицинском университете / [В. Казаков и др.] // Новый коллегіум. – 2011. – № 1. – С. 34–37.

УДК 378.1:37.022

ОСОБЛИВОСТІ МАРКЕТИНГОВОЇ ПОЛІТИКИ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, С. М. Білаш, М. М. Рябушко, Т. В. Шарбенко

Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”

PECULIARITIES OF MARKETING POLICY OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM OF ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS

V. M. Zhdan, V. M. Bobyriov, S. M. Bilash, M. M. Riabushko, T. V. Sharbenko

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

У статті вказано на необхідність впровадження сучасних маркетингових технологій в освітній процес та ознайомлення потенційних абітурієнтів з особливостями кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

The article pointed out the necessity of implementation of modern marketing technologies in educational process and acquaintance of potential university entrants with peculiarities of credit-modular system of educational process organization.

Вступ. Розвиток української медичної освіти, що спрямовується на підготовку перш за все висококваліфікованого лікаря, який відповідає сучасному рівню розвитку медичної науки і вимогам суспільства, ґрунтується на введенні якісно нової методології організації навчального процесу за європейським зразком: в основу концепції покладені європейські тенденції (кредитно-модульна система організації навчального процесу) та національна стратегія розвитку вищої медичної освіти в Україні.

Основна частина. Інтенсивний розвиток ринку вищої та спеціальної освіти в Україні останнім часом супроводжується зростом рекламної-інформаційної активності у сфері популяризації діяльності вузів. Ми стоїмо на розуміння того, що реклама вузу повинна бути максимально об'єктивною, достовірною, інформаційно насиченою, етичною та характеризуватись високим ступенем маркетингових технологій, які будуть зрозумілими пересічному громадянину. Цього вимагає і сам предмет реклами, адже явні помилки, або неточності в тексті, який рекламує вищий навчальний заклад, підриває довіру до нього. Рекламу вузу взагалі необхідно вважати зоною підвищеної соціальної відповідальності перед аудиторією, і в першу чергу, перед випускниками та їх батьками.

В умовах розвитку сучасного суспільства проблема якості вищої медичної освіти значно ускладнюється.

Реформування сфери вищої медичної освіти спрямовуються саме на пошук комплексного, системного підходу, реалізація якого можлива тільки в межах системи управління якістю. Адже особливого значення сьогодні набуває проблема пошуку оптимальної моделі державного управління якістю вищої медичної освіти в Україні. Управління процесами і трансформаціями в системі галузевої стандартизації вищої медичної освіти як у структурному, так і в функціональному плані є частиною загального управлінського поля і разом з тим має внутрішні галузеві функціональні структури [1–3].

Система галузевої стандартизації є полем взаємодії:

- системи охорони здоров'я, з її основним об'єктом – людиною, як пацієнтом;
- системи вищої медичної освіти, з її основним об'єктом – майбутнім фахівцем в галузі охорони здоров'я;
- системи матеріально-інформаційного забезпечення процесу стандартизації, як інструментом взаємодії.

Методологічно важливим підґрунтям для аналізу та оцінки рекламної продукції вищого навчального закладу є розуміння того, якою повинна бути ця реклама за своїм типом. На нашу думку, реклама вищого медичного навчального закладу повинна мати більшою мірою іміджевий, аніж суто комерційний

характер. Сама рекламна практика підтверджує те, що відкрита комерційна реклама конкретних послуг з багаторазовим повторюванням у засобах масової інформації ефективніша, якщо послуги підносяться як такі, що мають відносно не високу вартість. В даному випадку вища медична освіта – це товар, який “набувається” конкретною людиною нечасто і може бути порівняна з рекламою банків, послугами яких користуються усе життя. Тому реклама медичних вищих закладів повинна бути максимально інформативною, комплексною, розрахованою на формування довіри, яка має об’єктивний характер, що створює враження повноти та відкритості.

З 2005 р. в Україні вища медична освіта надається відповідно до положень Болонської декларації, за кредитно-модульною системою. На сьогодні ми можемо відзначити кілька проблемних моментів у даній сфері:

- неповна відповідність стандартам освітнього простору Європейського Союзу та системи вищої медичної (фармацевтичної) освіти України;
- зниження якості підготовки медичних кадрів в результаті низької мотивації студентів та викладачів до самовдосконалення;
- відсутність університетських клінік;
- застосування застарілих педагогічних методик та технологій;
- низький рівень соціального захисту викладача та студента.

До цього ми можемо додати елементарне нерозуміння деякими викладачами та суспільством завдань та цілей євроінтеграції, недосконалість законодавчої бази, низький рівень фінансування вищої школи. Необхідно також чітко усвідомлювати і перспективу зниження абітурієнтського набору, що є результатом як економічної, так і демографічної кризи першої половини 90-х років ХХ століття.

З метою популяризації вищої медичної освіти у ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” розроблено і впроваджується пілотний со-

ціальний проект “Новітня медична освіта обличчям до людей”, який проходить під девізом “Здоров’я нації в руки висококваліфікованих фахівців”.

Основна мета проекту – донести інформацію про особливості отримання вищої медичної освіти та професії лікаря в ВДНЗУ “УМСА”, використовуючи сучасні рекламні технології та маркетингові ресурси. У якості основної території реалізації проекту ми розглядаємо 25 районів Полтавської області, включаючи 5 міст обласного значення (Кременчук, Комсомольськ, Миргород, Лубни, Полтава).

Соціологічні дослідження, проведені у середовищі випускників 2011–2012 років, показують, що значна їх частина, а це близько 60 % опитаних респондентів, або взагалі не володіють точною інформацією про вищі навчальні заклади, або мають її у зміфологізованому вигляді, що швидше відштовхує, аніж приваблює абітурієнта. І якщо в Полтаві випускники шкіл мають змогу отримати необхідні для них дані, то абітурієнти шкіл районних та сільських у такій можливості обмежені. Тому нами розроблено комплекс заходів, які повинні донести до випускників та їх батьків інформацію про ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”.

Серед основних концептуальних моментів проекту необхідно відзначити:

- ознайомлення населення та учнів-випускників з особливостями реформування вищої медичної освіти;
- особливості впровадження Болонських дескрипторів в українському освітньому просторі;
- впровадження кредитно-модульної системи у навчальний процес ВДНЗУ “УМСА”.

Висновки. На сучасному етапі реформування вищої медичної освіти в державі постає нагальна потреба у впровадженні сучасних маркетингових технологій в освітній процес та ознайомлення потенційних абітурієнтів з особливостями кредитно-модульної системи організації навчального процесу, з метою якіснішого набору студентів для їх подальшого навчання.

Література

1. Білинська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня доктора наук з державного управління : спец. 25.00.02. “Механізми державного управління” / М. М. Білинська. – К., 2004. – 36 с.

2. Birnbaum R. Management Fads in Higher Education – Where They Come, What They Do, Why They Fail / R. Birnbaum // San Francisco. – 2000. – P. 91–157.

3. Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні // Ваше здоров’я. – 2005. – № 22.

УДК 378.014.6:316.32

ЯКІСТЬ ОСВІТИ – ПОКАЗНИК ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД СУСПІЛЬСТВОМ

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

Запорізький державний медичний університет

EDUCATION QUALITY IS THE EVIDENCE OF CIVIL RESPONSIBILITY

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

Zaporizhian State Medical University

Серед ключових питань медичної освіти її якість займає фундаментальне місце. Вона вимагає балансу між нововведеннями і традиціями, академічними перевагами і соціальною необхідністю, зв'язністю програм і свободою вибору студентів. Шлях у майбутнє може полягати тільки в розробці на європейському рівні механізмів для взаємного прийняття результатів забезпечення якості.

Головним завданням, метою навчання є не копіювання, репродукція, відтворення матеріалу, а навчання навичкам самостійної творчої роботи.

Не слід сліпо копіювати методику і стандарти, пропонувані Болонською декларацією. У будь-якій ситуації треба виходити з національних інтересів і не втрачати здатність до критичної оцінки.

Education quality takes basic place among key problems of medical education. It requires balance between innovations and traditions, academic advantages and social needs, programs connectedness and students' freedom of choice. The only way to the future is the development of mechanisms for mutual taking of results of quality ensuring on European level. The main task and aim of education are not copying, reproduction of material, but training and development of habits of independent creative work.

Methods and standards proposed by Bologna Declaration should not be followed blindfold. The solution of any problem must be found out taking into account national interests and keeping the ability to criticism.

Вступ. Принцип освіти як відповідальності перед суспільством припускає те, що Зона європейської вищої освіти повинна будуватися на європейських традиціях відповідальності освіти перед суспільством; на широкому і відкритому доступі як до додипломного, так і післядипломного навчання; на освіті для розвитку особистості і навчанні протягом усього життя; на громадянськості як короткострокової, так і довгострокової соціальної доцільності. Після доступності освіти забезпечення якості освіти – друге за значущістю завдання, яке стоїть перед нами. І у рамках рішення цього завдання необхідно створювати і розвивати вже наявну систему атестації і контролю якості.

Основна частина. Серед ключових питань забезпечення якості медичної освіти необхідно звернути особливу увагу на деякі моменти.

Якість як фундаментальний камінь формування, як основна умова для довіри, доцільності, мобільності, сумісності і привабливості в Зоні європейської вищої освіти. Оцінка якості повинна враховувати цілі і місію університетів і програм; вона вимагає балансу між нововведеннями і традиціями, академічними перевагами і соціально-економічною необхідністю або

доцільністю, зв'язністю програм і свободою вибору студентів. Вона повинна охоплювати викладання і наукову діяльність так само, як управління і адміністрування, сприйнятливість до потреб студентів і забезпечення позанавчальних послуг.

Забезпечення якості не може ґрунтуватися на єдиному переконанні по використанню загального набору стандартів. Шлях в майбутнє може полягати тільки в розробці на європейському рівні механізмів для взаємного прийняття результатів забезпечення якості, що припускає наявність різних їх форм. Такі механізми повинні шанувати наші національні, вузівські, лінгвістичні і дисциплінарні відмінності.

Слід зазначити, що в структурі впровадження Болонського процесу не передбачається створення повністю ідентичних систем освіти в різних країнах, проте ми маємо ситуацію втрати ідентичності української системи освіти.

Разом з цим спостерігається тенденція відмови від фундаментальних напрацювань і традицій вітчизняної освіти. Адже життєздатним залишається факт про те, що вітчизняна медична освіта завжди відрізнялася фундаментальною глибиною знань.

Сумісність з європейським ринком праці повинна по-різному відбиватися в програмах, залежно від того, коли отримуються знання, уміння і навички, необхідні для роботи. Можливість працевлаштування з урахуванням перспективи навчання протягом усього життя буде досягнута краще через цінності, властиві якійсній освіті; через різноманітність підходів і профілів дисциплін; через гнучкість програм, що дозволяють мати багато можливостей входження “в” і виходу “з” них; через розвиток навичок міжспеціалізацій і умінь; через здатність мобілізувати отримані знання, вирішувати проблеми, працювати в команді і розвиватися соціально. Якість підготовки фахівців визначається не тривалістю або змістом навчання, а саме знаннями, вміннями і навичками, отриманими випускниками.

Сьогодні наш диплом не визнається в Європі, незважаючи на приєднання до Болонської декларації. Наші фахівці без додаткового перенавчання не можуть влаштуватися на роботу за фахом. І хоча вони за багатьма показниками, за загальним розвитком, ерудованістю, спеціальною підготовленістю перевершують зарубіжних фахівців, дискредитація українського диплома триває.

Найбільше не влаштовує закордонних працевлаштованих в підготовці наших фахівців низька дієвість знань. Дієвість – це здатність використовувати отримані знання, уміння на практиці. За експертними оцінками, за цим параметром ми поступаємося найбільше.

У нашій сучасній педагогічній практиці метод навчання можна охарактеризувати як репродуктивний метод подачі навчального матеріалу. Основна функція репродуктивного методу навчання – засвоєння навчального матеріалу в ході лекцій з метою його подальшого відтворення і практичного закріплення на практичних і семінарських заняттях. Кінцевою метою є семестровий контроль, який виявляє міру засвоєння матеріалу студентом. Численні наукові експерименти показали низьку ефективність репродуктивного методу. Стресова ситуація при проведенні підсумкового контролю, будь то іспит або модульний контроль, зазубрювання, нескінченне тестування, тобто переклад засвоєного навчального матеріалу з довготривалої пам’яті в короткочасний реєстр відтворення, призводить до недостатньо високого відсотка залишкових знань у студентів. Простіше кажучи, студент, отримавши жадану оцінку, стирає з пам’яті непотрібну вже йому інформацію, а разом з нею і образ екзаменатора. Цю ситуацію добре відбивають підсумки “Крок 1”, на відміну від показників “Крок 2”, при складанні якого більшою мірою відби-

вається професіональна, спеціальна підготовленість випускника, коли треба мати уміння аналізувати і узагальнювати набуті знання.

Інший метод навчання – креативний (творчий), припускає певний ступінь свободи. Особа, яка навчається, повинна сама приймати рішення і створювати щось нове на основі отриманих від викладача знань і навичок. Головним завданням, метою навчання є не копіювання, репродукція, відтворення матеріалу, а навчання навичкам самостійної творчої роботи.

У нашій системі освіти креативний метод навчання не набув розповсюдження в силу як об’єктивних чинників (дефіцит грошових коштів, відсутність необхідних матеріальних фондів і тому подібне), так і суб’єктивних обставин.

Обидва ці типи навчання – креативний і репродуктивний, при усій своїй несхожості вимагають пошуку їх єдності, деякої основи, яка могла б їх об’єднати. Україна реформує систему освіти, у тому числі і вищої медичної, адаптує методіку викладання до західних стандартів в контексті руху усієї держави в Європейську спільноту. Цей процес стає тим більше актуальним у зв’язку з реформуванням системи охорони здоров’я, що проводиться в нашій країні.

Проблема єдності репродуктивного і креативного підходу до навчання студентів може вирішуватися таким чином.

По-перше, на початковому етапі студенти слухають курс лекцій предмета (предметів), що вивчається, знайомляться з конкретним змістом тієї або іншої навчальної дисципліни. І як експеримент в ЗДМУ така форма впроваджена для спеціальності “Стоматологія”.

По-друге, на старших курсах (4–5 – для фармацевтичного, 5–6 – для медичних факультетів) найбільш обдаровані студенти повинні виділятися в окремий потік і їм пропонується індивідуальна форма навчання. Їх підготовка починає набувати творчого характеру – активна участь в науковій роботі тієї або іншої кафедри, написання наукових статей, вирішення актуальної проблеми або завдання. Студент отримує наукового керівника, який коригує творчий пошук студента в заданому напрямі. Спілкування викладача і студента переходить від контролю до співпраці – заохочується самостійна робота студента і його творчий потенціал.

По-третє, виникає необхідність в тому, щоб форма контролю студентів (той же модульний контроль) носила в корені відмінний характер і була орієнтована на творчу діяльність свідомості, а не на відтво-

рення (зазубрювання) матеріалу. Відпадає необхідність в шпаргалках різної модифікації, оскільки перевіряється в першу чергу робота мислення, творча здатність аналізувати, систематизувати, модифікувати матеріал, отриманий раніше, тобто виробляти щось нове, а не відтворювати старе і давно засвоєне.

Проте слід звернути увагу на той факт, що разом з позитивними моментами цієї системи властивий і ряд негативних особливостей.

По-перше, зайва формалізація форм контролю: тестування нівелює особу, зводить творчу природу мислення до положення придатка машини, яка оцінює коефіцієнт інтелекту студента і ставить йому оцінку, яка частенько не відбиває його здатності і можливості до креативного мислення. Студент вчиться не заради знань, а заради рейтингу або отримання стипендії, а це ніяк не сприяє позитивній мотивації до отримання знань.

По-друге, масовість набору в студенти призводить до “розмивання” творчих основ особи – знову ж таки відсутній стимул добре вчитися.

По-третє, недостатність фундаментальних знань в галузі гуманітарних і природничо-наукових дисциплін призводить до зниження світоглядного і наукового кругозору студентів і сприяє перетворенню на “однорічну” людину. В цілому така система освіти оріє-

нтована на переформовування людини-студента: він повинен мати набір позитивних якостей у сфері спеціалізації і, як всякий продукт виробництва, мати попит на ринку праці. Тому навряд чи ця система здатна створювати творчих осіб в масовому порядку – для цього має бути іншим соціальне місце існування.

Ми повинні враховувати цей чинник при реформуванні системи не лише медичної освіти, але і медицини в цілому. Ось чому, ймовірно, не слід сліпо копіювати методику і стандарти, пропоновані Болонською декларацією. У будь-якій ситуації треба виходити з національних інтересів і не втрачати здатність до критичної оцінки.

Висновки. Україна дійсно повинна продовжувати реформувати систему медичної освіти, оскільки це диктують як зовнішні (інтеграція в Європу), так і внутрішні (економічні і соціальні) чинники.

Наша держава не повинна сліпо копіювати західні стандарти у сфері вищої медичної освіти. Треба виходити з національних інтересів і не втрачати здатність до критичної оцінки.

Необхідно ретельно перевіряти пропоновані нам методологію і напрацювання у сфері вищої освіти. Ми повинні виробити власну “технологію болонізації”, щоб не стати сировинним придатком ЄС і охоронцем чужих національних інтересів, ігноруючи власну стратегію розвитку та історичні перспективи.

Література

1. Суліма Є. Невідкладні завдання системи вищої освіти на новому етапі Болонського процесу / Є. Суліма // Вища школа. – 2010. – № 11. – С. 5–13.

2. Тимошенко О. Організація та управління якістю освіти: проблемні підходи / О. Тимошенко // Вища освіта України. – 2010. – № 1. – С. 60–66.

3. Колесник Ю. М. Система управління якістю освіти – необхідна складова конкурентноспроможності вітчизняних фахівців / Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. М. Компанієць // Вища освіта України. – 2011. – № 3, том II (27). – С. 240–247.

4. Артамонова М. В. Реформа вищої школи і Болонський процес в Росії (частиний взгляд методиста) / М. В. Артамонова. – Москва: Экономика, 2008. – 280 с.

5. Завдання вищої медичної освіти в контексті реформування галузі / Р. О. Моїсеєнко, В. В. Вороненко, І. І. Фещенко [та ін.] // Ваше Здоров'я. – № 31.

6. Семиноженко В. Образование и национальные интересы: выбор траектории. – <http://www.semynozhenko.net>

7. Поставная Т. А. Болонский процесс в Украине [Електронний ресурс]. – Електронні дані. 2007.

УДК 378.147(477.85)

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Т. М. Бойчук, І. В. Геруш, В. М. Ходоровський

Буковинський державний медичний університет

EXPERIENCE OF INTRODUCING INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN EDUCATIONAL PROCESS AT BUKOVYNIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

T. M. Boychuk, I. V. Herush, V. M. Khodorovskyi

Bukovynian State Medical University

У статті висвітлено досвід впровадження в Буковинському державному медичному університеті інформаційно-комунікаційних навчальних технологій на базі системи управління навчанням “Moodle”. Використання такої технології підтримки традиційного навчального процесу дозволяє поліпшити його якість, робить його більш комфортним та цікавим для студента, більш контрольованим – для викладача.

The article deals with the experience of Bukovynian State Medical University in introducing of information and communication educational technologies – based on learning management system “Moodle”. The use of such technology in the maintaining of traditional educational process allows improving its quality, making it more comfortable and interesting for students, more supervised by teachers.

Вступ. Сучасне суспільство характеризується глобальним процесом інформатизації, стрімким переходом на новий етап розвитку – інформаційне суспільство [1]. Широка інформатизація суспільних процесів безпосередньо торкнулася і вищої освіти. У зв'язку із цим викладач та традиційні засоби навчання перестають бути для студента єдиним джерелом отримання знань, оскільки багато інформації можна знайти в мережі “Інтернет”. Цьому сприяють також засади кредитно-модульної системи організації навчального процесу, а саме суттєве збільшення частки самостійної роботи студентів у навчальних програмах усіх дисциплін. Тому орієнтація на формування репродуктивних навичок, таких як запам'ятовування та відтворення за традиційного навчання, замінюється на розвиток умінь зіставлення, синтезу, аналізу, оцінювання виявлення зв'язків, планування, групової взаємодії з використанням мережевих інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) [2, 3]. Впровадження сучасних ІКТ у навчально-виховний процес визначено пріоритетним напрямком розвитку сучасної освіти України [4].

Серед ІКТ найбільшого застосування набули спеціалізовані інформаційні системи, які називають системами управління навчанням (learning management system, LMS) або, інколи, програмно-педагогічними системами

[5]. Такі системи використовують для управління змістом навчання та процесом навчання. Сьогодні є доволі широкий спектр розроблених систем управління навчанням, які поширюються як на комерційній основі (WebCT, Blackboard, Microsoft Learning Gateway тощо), так і вільно (ATutor, OLAT, Sakai, Moodle).

Основна частина. У Буковинському державному медичному університеті для забезпечення студентів, лікарів(провізорів)-інтернів та лікарів-курсантів електронними навчальними матеріалами, організації та керування самостійною роботою, автоматизованого тестування впроваджено використання мережевих ІКТ навчання на базі LMS “Moodle”.

Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) – віртуальне навчальне середовище або система управління навчанням, дистрибутив якої розповсюджується безкоштовно за принципами ліцензії Open Source. За допомогою цієї системи студент може дистанційно, через мережу “Інтернет” ознайомитися з навчальним матеріалом, який подається у вигляді різнотипних інформаційних ресурсів (текст, відео, анімація, презентація, електронний посібник), виконати завдання та відправити результати їх виконання на перевірку викладачу.

Впроваджено у навчальний процес Буковинського державного медичного університету (БДМУ) дану

© Т. М. Бойчук, І. В. Геруш, В. М. Ходоровський

систему в 2010 році. Насамперед було вивчено правові, організаційно-методичні, наукові та технічні заходи використання ІКТ, на підставі чого розроблено відповідний план заходів.

Згідно з розробленим планом була досліджена технічна можливість експлуатації навчального інтернет-середовища "Moodle" студентами університету, для чого у вересні 2010 року було проведено відповідне анкетування. За результатами опитування встановлено, що майже у 70 % студентів, які навчалися у той час в Буковинському державному медичному університеті, є персональ-

ний комп'ютер (ноутбук) і є можливість доступу до мережі "Інтернет". Такі результати анкетування дозволи зробити висновок, що більшість студентів матиме технічну можливість користуватися навчальним веб-контентом. Решта студентів у той час могла користуватися послугами 17 комп'ютерних класів університету.

У жовтні 2010 року було запущено сервер дистанційного навчання (moodle.bsmu.edu.ua), на якому було створено навігаційну карту в розрізі факультетів, спеціальностей (напрямів), курсів та навчальних дисциплін відповідно до робочих навчальних планів (рис. 1).

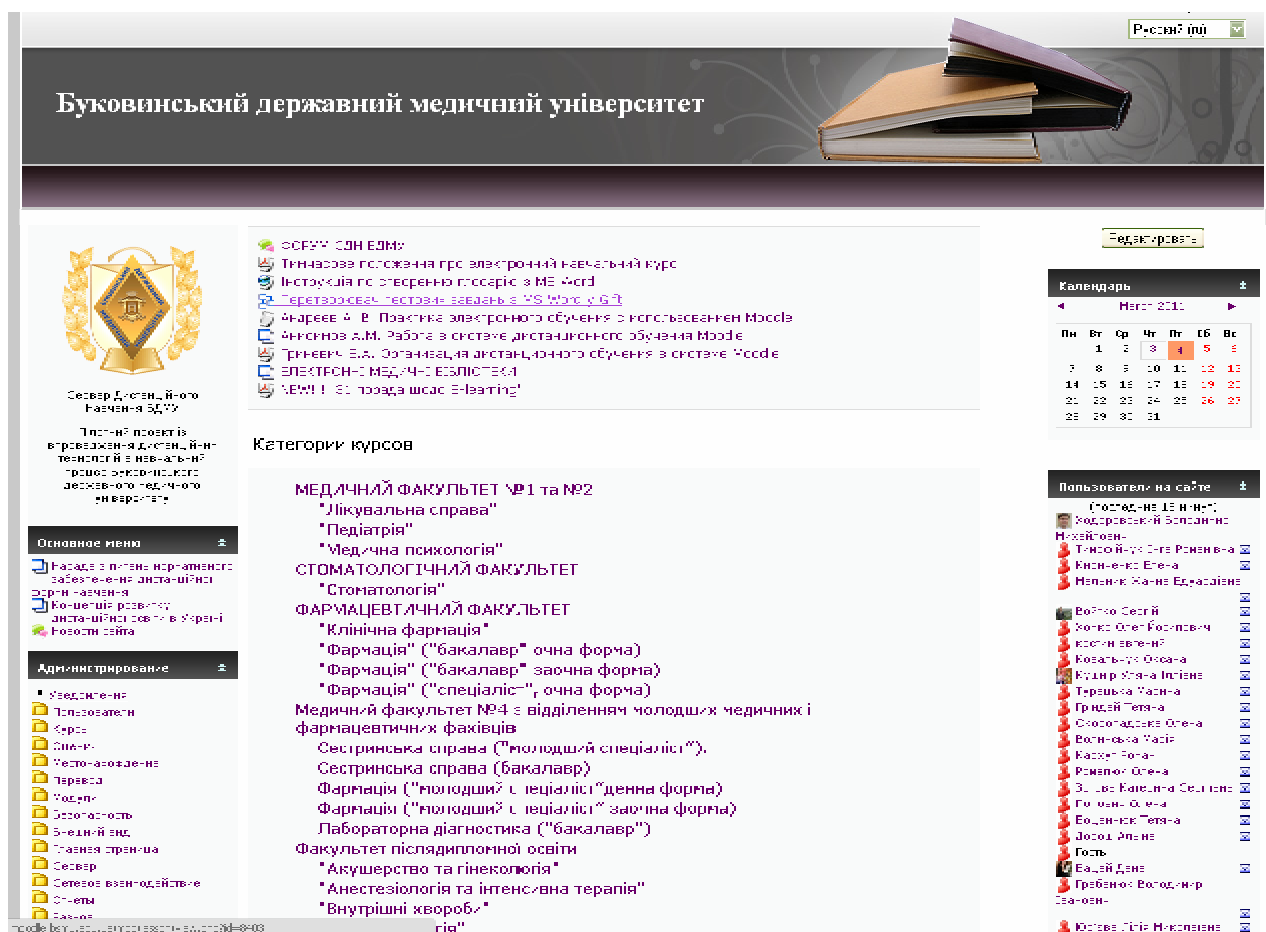


Рис. 1. Стартова сторінка сервера дистанційного навчання Буковинського державного медичного університету.

У листопаді 2010 року розроблено та затверджено вченою радою університету Тимчасове положення про електронний навчальний курс у середовищі "Moodle" на сервері дистанційного навчання БДМУ. Цим положенням було визначено структуру електронних навчальних курсів та вимоги до його складових. Складові частини електронного навчального курсу на СДН БДМУ містять такі навчально-методичні матеріали:

1. Загальна інформація про курс:

– довідник для студента з відповідної навчальної дисципліни, в якому зазначено структуру, мету, зміст

дисципліни, принципи оцінювання, календарні та тематичні плани навчальних занять;

- графік відробіток та консультацій;
- глосарій (тлумачний словник) з навчальної дисципліни.

2. Тематичні розділи, які створюють відповідно до тематичного плану практичних (семінарських) занять з певної навчальної дисципліни, а також тем для самостійного вивчення, містять:

– методичні вказівки для студента для самостійної роботи під час підготовки до практичного заняття, в

яких обов’язково зазначають актуальність теми, тривалість заняття, навчальну мету, питання для самоконтролю, список рекомендованої навчальної літератури;

– “конспекти” – структуровані електронні навчальні матеріали, зміст яких надає студенту теоретичні відомості з теми практичного (семінарського) заняття у повному обсязі;

– наочні матеріали (зображення – навчальні таблиці, мікрофотографії, рентгенограми; відеоролики, анімація, аудіо, презентації тощо);

– тестові завдання для самоконтролю, які дають можливість студенту самостійно пройти тестування у режимі реального часу (on-line).

Наступним етапом було навчити науково-педагогічних працівників університету вмінню та навичкам роботи в системі “Moodle”. Для цього упродовж двох місяців (грудень 2010 року – січень 2011 року) в комп’ютерних класах університету проводили семінар-тренінги “Розробка та експлуатація електронних навчальних курсів у середовищі “Moodle”, на яких пройшли підготовку близько 120 викладачів.

Упродовж 2011 року співробітники університету наповнили сервер дистанційного навчання (СДН) електронними навчально-методичними матеріалами. Мультимедійні можливості LMS “Moodle” дозволили викладачам максимально унаочнити навчальний матеріал у вигляді навчальних таблиць, презентацій лекцій, відеороликів тощо. Це дає змогу посилити інтерес студентів до навчального матеріалу, поліпшити його засвоєння, а на практичному (семінарському) занятті оптимальніше використати відведений час. Крім того, мультимедійні ресурси дозволяють студентам вже на етапі підготовки до навчального заняття ознайомитися з 3D-анатомічними моделями, у відеорежимі побачити методики проведення клінічного чи лабораторно-інструментального обстеження пацієнта, хід виконання експериментів, оперативних втручань, прослухати аудіолекції.

Важливим етапом підготовки студента до практичного заняття є самоконтроль. Для цього в електронних навчальних курсах у кінці кожного тематичного розділу створено елемент “Тестові завдання для самоконтролю”, які дають можливість студенту самостійно пройти тестування в режимі реального часу (on-line). Тестування можливе в навчальному (тренінговому) та контролюючому режимах. Після завершення тестування студент може побачити власну оцінку і правильність своїх відповідей. Викладач має змогу перевірити результати тестування студентів, побачити кількість спроб та затрачений час, визначити “найлегші” та “проблемні” для студентів тестові завдан-

ня. Останнє дозволяє викладачу напередодні проведення навчального заняття адаптувати план його проведення, а саме вірно визначити акценти як в розрізі групи, так і в розрізі конкретного студента, що дозволяє індивідуалізувати навчальний процес.

Створення та удосконалення існуючих електронних навчальних курсів здійснюють на постійній основі. Станом на 01.03.2012 року на СДН експлуатують 1420 електронних навчальних курсів, загальний об’єм яких складає близько 500 Гб інформації. Окремо слід зазначити, що окрім україномовних ресурсів на сервері розміщено понад 90 електронних навчальних курсів англійською мовою, оскільки в університеті навчається майже 700 іноземних громадян.

У даний час на СДН зареєстровано майже 4800 користувачів, з них – близько 4500 студентів, лікарів-провізорів-інтернів та лікарів-курсантів, які шляхом авторизації мають цілодобовий та безкоштовний доступ до електронних навчально-методичних матеріалів у мережі “Інтернет”.

На СДН широко використовують різноманітні форми зворотного зв’язку (форум, чат, система приватних повідомлень). На головному форумі обговорюються питання експлуатації електронних навчальних курсів, викладачі діляться досвідом створення мультимедійних чи інтерактивних ресурсів тощо. Студенти мають змогу висловити зауваження чи пропозиції стосовно якості та повноти навчальних матеріалів. На курсових форумах викладачі разом зі студентами обговорюють актуальні питання теоретичної та клінічної медицини. Чат дає змогу в режимі реального часу поспілкуватися великій кількості користувачів (студенти та викладачі) на поточні теми.

Потужний арсенал навчально-методичних ресурсів, інтерактивні елементи, гнучка та цікава система зворотного зв’язку перетворила СДН з навчальної веб-платформи на своєрідну соціальну мережу університетської спільноти. Свідченням цього може бути статистика відвідування сервера, згідно з якою його відвідують в середньому 2500 користувачів на день.

Популярність СДН сприяла позиціям БДМУ у рейтингу “Webometrics Ranking of World’s Universities”, який визначає місця університетів світу за показником їх наявності в мережі “Інтернет”. У липні 2011 року БДМУ увійшов до 5000 кращих університетів світу, посівши 18-ту сходинку серед ВНЗ України та 2-гу серед вищих медичних навчальних закладів.

Тестувальні елементи LMS “Moodle” активно використовують при підготовці до ліцензійних іспитів “Крок”. Для цього на СДН створено спеціальні електронні навчальні курси, в яких студенти, що атестува-

тимуться в поточному навчальному році, опрацьовують профільні бази тестових завдань та екзаменаційні буклети минулих років. Ці курси адмініструють спеціально визначені відповідальні особи, які здійснюють моніторинг стану підготовки студентів до ліцензійних іспитів, своєчасно оновлюють банки тестових завдань, аналізують успішність вирішення тестових завдань у розрізі навчальних дисциплін. За результатами моні-

торингу виявляють студентів, які мають загрозу не скласти ліцензійний іспит (“група ризику”), для них розробляють окремий план підготовки до іспиту. Такий підхід дозволив істотно поліпшити результати складання ліцензійних іспитів студентами та лікарями-інтернами БДМУ. На це вказує порівняння середнього відсотка правильних відповідей студентів БДМУ в 2011 році із національним показником (табл. 1).

Таблиця 1. Порівняння результатів складання студентами Буковинського державного медичного університету ліцензійних іспитів “Крок” у 2011 році із національним показником

Назва ліцензійного іспиту	Національний показник	БДМУ
Крок-1. Загальна лікарська підготовка	68,6	72,4
Крок-1. Стоматологія	67,7	69,3
Крок-2. Загальна лікарська підготовка	91,8	90,1
Крок-2. Стоматологія	79,1	78,0
Крок-2. Фармація	86,2	90,3
Крок-3. Загальна лікарська підготовка	78,6	79,4

Як видно з даних таблиці 1, результати складання студентами та лікарями-інтернами БДМУ ліцензійних іспитів “Крок” в 2011 році у більшості випадків переважають над національним показником, що вказує на ефективність використання ІКТ при підготовці студентів до державної атестації. Крім того, прове-

дений аналіз зробив сильні прямі кореляційні зв’язки між результатами роботи студентів на СДН та результатами складання ліцензійних іспитів ($r=+0,69\dots+0,87$). Порівняння результатів складання ліцензійних іспитів та результатів тестування на СДН представлено в таблиці 2.

Таблиця 2. Порівняння результатів складання студентами Буковинського державного медичного університету ліцензійних іспитів “Крок” у 2011 році із результатами роботами на сервері дистанційного навчання (СДН)

Назва ліцензійного іспиту	Результат складання іспиту	Результат на СДН БДМУ
Крок-1. Стоматологія	69,3	69,7
Крок-1. Загальна лікарська підготовка	72,4	78,7
Крок-2. Загальна лікарська підготовка	90,0	87,1
Крок-2. Стоматологія	78,0	77,6
Крок-2. Фармація	90,3	82,6
Крок-3. Загальна лікарська підготовка	79,4	81,9

Висновки. У Буковинському державному медичному університеті впроваджені та успішно використовуються сучасні інформаційно-комунікаційні технології підтримки навчального процесу, що дозволило поліпшити якість підготовки фахівців на до-

слідипломному етапах навчання. Система управління навчання “Moodle” сприяє удосконаленню та оптимізації процесу підготовки студентів та лікарів-інтернів до навчальних занять, робить його більш комфортним, доступним, контрольованим та ефективним.

Література

1. Пожуєв В. І. Інформатизація як ресурс розвитку сучасного українського суспільства / В. І. Пожуєв // Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії. – 2009. – Вип. 38. – С. 4–12.

2. Морзе Н. В. Моделі ефективного використання інформаційно-комунікаційних та дистанційних технологій навчання у вищому навчальному закладі [Електронний ресурс] / Н. В. Морзе, О. Г. Глазунова // Інформаційні технології і засоби навчання. – 2008. – № 2(6). – Режим доступу до журн.: <http://www.ime.edu-ua.net/em6/emg.html>.

3. Бацуровська І. В. Використання дистанційних технологій в умовах кредитно-модульної системи організації

навчання у вищих навчальних закладах [Електронний ресурс] / І. В. Бацуровська // Теорія та методика управління освітою. – 2011. – Вип. 6. – Режим доступу до журн.: <http://tme.uo.edu.ua/docs/6/11bathso.pdf>

4. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.mon.gov.ua/images/files/news/12/05/4455.pdf>

5. Голошук Р. О. Використання програмно забезпечення Moodle та Adobe для організації електронного навчання / Р. О. Голошук, О. О. Довбуш // Інформаційні системи та мережі : [збірник наукових праць]. – Львів, 2010. – С. 249–258.

УДК 615:378.147

НАНОФАРМАКОЛОГІЯ: ВИКЛАДАННЯ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

I. С. Чекман

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

NANOPHARMACOLOGY: TEACHING FOR STUDENTS OF MEDICAL FACULTY ON PRE-GRADUATE STAGE

I. S. Chekman

National Medical University by O. O. Bohomolets

Нанофармакологія – новий напрям лікознавства, що вивчає властивості нанопрепаратів, особливості їх взаємодії з організмом [2]. Викладання студентам медичного факультету нанофармакології на додипломному етапі має важливе навчально-методичне значення.

Nanopharmacology – a new direction of a science about medicines that studies the properties of nano medicines, especially their interaction with the organism [2]. Teaching of nanopharmacology for students of medical faculty at pre-graduate stage has a great scientific and methodological value.

Вступ. Вченими світу проводяться інтенсивні дослідження з вивчення властивостей природних і синтетичних матеріалів нанорозмірів. Тому доцільно у курсі лекцій і практичних занять уже на додипломному етапі викладати основні аспекти нанофармакології.

За останні роки в світі та в Україні значно збільшилася кількість досліджень з нанофармакології [2]. Уже застосовуються такі нанопрепарати: силікс, ліпін, мазь із наносрібла, капсули з нанозаліза, розчин із наномагнію. Для діагностики захворювань використовують нанозолото, фулерени, квантові мітки, дендримери. Слід відмітити, що ще недостатньо досліджень із вивчення токсикологічних властивостей наноматеріалів і нанопрепаратів.

Основна частина. Студенти медичних вузів повинні знати про основні досягнення наномедицини і

нанофармакології, що сприятиме підвищенню підготовки висококваліфікованих лікарів.

Вивчення основних властивостей нанопрепаратів, особливостей їх взаємодії з організмом є предметом досліджень учених світу. Досліджено фізико-хімічні властивості наночастинок [1, 3, 4]. Але недостатньо даних про їх біологічні, фармакологічні та токсикологічні властивості, молекулярні механізми взаємодії нанопрепаратів із клітинами організму.

На вступній лекції студентам повідомляють про основні досягнення світової фармакології. Залучають студентів до виконання досліджень з нанофармакології.

Висновок. Аналіз досліджень із нанофармакології показує, що вчені світу проводять інтенсивні дослідження з нанонауки. Викладання студентам на додипломному етапі навчання основних положень із нанофармакології матиме важливе науково-педагогічне значення.

Література

1. Нанонаука і нанотехнології: технічний, медичний та соціальний аспекти / Б. Патон, В. Москаленко, І. Чекман, Б. Мовчан // Вісн. НАН України. – 2009. – № 6. – С. 18–26.

2. Чекман І. С. Нанофармакологія / І. С. Чекман. – К. : Задруга, 2011. – 424 с.

3. Медицинская химия и клиническое применение диок-

сида кремния / [А. А. Чуйко, В. К. Погорельий, А. А. Пендюк и др.]. – К. : Наукова думка. – 2003. – 415 с.

4. Jain K. K. Nanomedicine: application of nanobiotechnology in medical practice / K. K. Jain // Med. Princ. Pract. – 2008. – Vol. 17, № 2. – P. 89–101.

УДК 371.315+378.147

З ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

М. М. Рожко, Г. М. Ерстенюк, В. В. Капечук, М. О. Іванців
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

THE EXPERIENCE OF INRODUCTION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS IN IVANO-FRANKIVSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

M. M. Rozhko, H. M. Erstenyuk, V. V. Kapchuk, M. O. Ivantsiv
SHEI “Ivano-Frankivsk National Medical University”

Проведено систематизацію досвіду інтеграції кредитно-модульної системи організації навчального процесу в ІФНМУ, оцінено переваги засад Болонського процесу та розглянуто деякі проблемні аспекти.

З метою координації роботи кураторів ECTS факультетів, деканатів, кафедр університету в руслі впровадження засад Болонського процесу, єдиних підходів та стандартів надання освітніх послуг студентам, системного моніторингу якості освіти в університеті створено відділ ECTS. Процес впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в університеті супроводжувався певними труднощами, які зумовлені передусім недосконалістю нормативно-правової бази. Аналіз семирічного досвіду впровадження кредитно-модульної системи в університеті оцінюємо позитивно, оскільки покращилась мотивація студента до оволодіння знаннями та навичками.

Systematization of the first experience of integration of the credit-modular system of educational process organization is conducted in IFNMU, advantages of Bologna process are estimated and some problem aspects are considered.

In order to coordinate the work of the curators of all departments, dean's offices and university departments in implementing the principles of the Bologna process, common approaches and standards of educational services to students, system monitoring of educational quality at the University of the department of ECTS. The process of introduction of credit-modular system of educational process at the university was accompanied by certain difficulties caused primarily imperfection of the legal framework. Analysis of the seven-year experience of the credit-modular system at the university in general estimate is positive, as improved motivation of students to master knowledge and skills.

Вступ. Сучасна світова спільнота живе в умовах глобалізації та інтеграції, що проявляються у політичному, економічному, соціальному і культурному житті багатьох країн, при цьому досить актуальною постає проблема формування єдиного загальноосвітнього простору. Прикладом цього явища на європейському рівні є Болонський процес. Розвиток і вдосконалення системи вищої медичної освіти України, відповідно до вимог сьогодення, тісно пов'язані з упровадженням кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) і забезпеченням інтеграції України у світовий науковий та освітній простір.

Основна частина. З часу впровадження КМСОНП у ВМНЗ України, як і на медичному факультеті ІФНМУ, минуло 7 років. За цей час в університеті проведено велику роботу з упровадження вимог Болонського процесу, який з 2010 р. поширюється

на інших факультетах, зокрема стоматологічному та фармацевтичному. Переорієнтація методології навчального процесу та оцінювання знань студентів із лекційно-інформативної на індивідуально-диференційовану та особистісно-орієнтовану систему відбулась не тільки серед викладачів кафедр, але і студентів.

З метою координації роботи кураторів ECTS усіх факультетів, деканатів та кафедр університету в руслі впровадження засад Болонського процесу, єдиних підходів та стандартів якості надання освітніх послуг студентам, а також для системного моніторингу в університеті створено відділ ECTS.

Аналіз семирічного впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу на медичному факультеті свідчить про її позитивну оцінку студентами та професорсько-викладацьким складом.

Поряд із цим вважаємо за необхідне зупинитися на деяких проблемних питаннях. Процес впроваджен-

© М. М. Рожко, Г. М. Ерстенюк, В. В. Капечук, М. О. Іванців

ня кредитно-модульної системи організації навчального процесу в університеті, впродовж семи років, супроводжувався певними труднощами, які зумовлені передусім недосконалістю нормативно-правової бази. Ми все ще керуємось Тимчасовим положенням про КМСОНП у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації. Актуальним залишається питання своєчасного забезпечення типовими навчальними програмами дисциплін, зокрема студентів стоматологічного та фармацевтичного факультетів. Наявна розбіжність між типовими навчальними планами з підготовки фахівців кваліфікації “Лікар” та “Провізор”, зокрема в системі розрахунку трудомісткості навчального навантаження студента. Зокрема, для спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія” та “Стоматологія” 1 кредит дорівнює 30 год, а для спеціальності “Фармація” – 36 год. Тижневе аудиторне навантаження студента для всіх спеціальностей становить приблизно 30 навчальних годин.

Аналіз типових навчальних програм дисциплін показав розбіжності в системі оцінювання знань та вмінь студентів, для спеціальності “Фармація” це 100-бальна система, хоча в цілому в галузі вищої медичної освіти в Україні прийнято 200-бальну систему.

Типовими навчальними програмами на перехідний період впровадження КМСОНП було запропоновано використання подвійної системи оцінювання рівня знань: поряд з багатобальною системою застосовували традиційну оцінку. Перший досвід викладання за кредитно-модульною системою показав недосконалість такої подвійної системи оцінювання, оскільки традиційна оцінка поточної успішності одразу ж конвертується в багатобальну систему, допуск до складання підсумкового модульного контролю (ПМК), оцінка ПМК, оцінка за дисципліну, ранжування – проводиться за багатобальною системою. Студент втрачає проміжні бали, якими за традиційного оцінювання просто знехтувано, а викладач змушений витрачати час на перерахунок традиційної оцінки в багатобальну. При цьому слід дати відповідь на запитання, чи справді механічний перерахунок традиційної оцінки в бали відповідає засадам багатобальної системи оцінювання рівня знань згідно з вимогами Болонського процесу.

Відповідь дає педагогічний експеримент, який проводили на кафедрі біологічної та медичної хімії університету впродовж 3-х років. Згідно з розробленими критеріями, відповідно до типової навчальної програми, студентів на поточних заняттях оцінювали тільки з використанням багатобальної шкали – від 1 до 11 балів,

наприклад з дисципліни “Медична хімія”. Експеримент дав позитивний результат та був підтриманий студентами, які показали активну мотивацію та жваву зацікавленість підвищенням поточної успішності як складової кінцевого результату. За результатами проведеного експерименту підготовлено рекомендації, які підтримані центральною методичною комісією та вченою радою університету, рекомендовано до впровадження однієї (багатобальної) системи оцінювання на всіх кафедрах університету. На сьогодні в типових програмах окремих дисциплін у системі оцінювання ще зберігається прив’язка багатобальної оцінки поточної успішності студента до традиційної п’ятибальної системи, що унеможливує більш об’єктивне оцінювання виявлених знань студентів.

Важливим є питання щодо організації навчального процесу за умов, коли дисципліни вивчають впродовж кількох курсів, наприклад “Внутрішня медицина”, “Анатомія людини”, “Дитяча стоматологія” та ін. На вивчення цих дисциплін навчальними планами передбачена достатня кількість годин, при цьому навчальний матеріал структурований на незначну кількість модулів, що призводить до великої кількості практичних занять у модулі й низького, часто не більшого ніж 3 бали, максимального бала за заняття. Це, у свою чергу, зумовлює низьку мінімальну суму балів з поточної успішності, яка необхідна для допуску до ПМК (близько 33 %). Вирішення даного питання можливе лише за умов прийняття спільного рішення з профільними опорними кафедрами.

Для студентів-медиків важливо не тільки осмислити і засвоїти отриману інформацію, але й оволодіти способами її практичного застосування і прийняття рішень. Поряд із стандартизованим тестовим контролем в університеті велику увагу звертають на практичну підготовку майбутніх фахівців. У навчальному процесі широко використовують методи інтерактивного навчання, обладнано спеціальні навчальні класи на базі кафедр та відділу інформаційно-аналітичного забезпечення університету. Важливу роль в оволодінні практичними навичками відіграє створений в університеті навчально-практичний центр. До його складу входять: клас інтерактивного навчання на кафедрі оперативної хірургії і топографічної анатомії, 4 фантомних класи на стоматологічному факультеті, клас ін’єкційної техніки на кафедрі внутрішньої медицини № 4, підстанція швидкої допомоги, що дозволяє студентам працювати і в позааудиторний час. При проведенні підсумкового модульного контролю під час вивчення як фундаментальних, так і клінічних дисциплін велику увагу приділяють оволо-

дінню студентами практичними навичками. З огляду на це, в типові навчальні програми, на нашу думку, варто внести зміни щодо кількості годин, відведених на приймання підсумкового модульного контролю з урахуванням часу для перевірки як теоретичних знань студентів, так і практичних навичок.

Аналіз навчальних програм клінічних дисциплін показав, що в ряду дисциплін відсутній важливий елемент практичної підготовки майбутнього лікаря – написання історії хвороби (як правило, винесений у розділ самостійної позааудиторної роботи студента). На нашу думку, написання та захист історії хвороби необхідно включити або як окреме практичне заняття, або в підсумковий модульний контроль з відповідною бальною оцінкою праці студента.

Ще однією важливою проблемою є організація ПМК у кінці весняного семестру, оскільки збігаються в часі підсумкові модульні контролю з двох-трьох, а то і більше дисциплін, що призводить до низьких

результатів, морального виснаження студентів тощо. Ректорат університету для вирішення даної проблеми та з метою належної підготовки студентів до підсумкових модульних контролів ввів двотижневий відкоригований розклад занять, в якому щоденно підлягає контролю одна дисципліна (протягом останніх двох тижнів весняного семестру).

Узагальнюючи перші результати впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу, можна зробити такі **висновки**:

1. Застосування принципів КМСОНП сприяє підвищенню мотивації студентів до оволодіння знаннями та практичними навичками як під час навчальних занять, так і при самостійній позааудиторній роботі.

2. З метою адаптації ідей ECTS до системи вищої медичної освіти України необхідно працювати над вдосконаленням нормативно-правової та матеріально-технічної бази забезпечення навчальної та наукової діяльності студентів.

Література

1. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій. – Київ, 2004. – 192 с.

2. Про затвердження Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004-2005 роки : наказ МОН України № 49 від 23.01.2004 р.

3. Про експериментальне впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації у 2004-2010 рр. : наказ МОЗ України № 685 від 31.12.2004 р.

4. Навчальний план підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у ВНЗ IV

рівня акредитації за спеціальностями 7.110101 “Лікувальна справа”, 7.110104 “Педіатрія” (2007, 2010 рр.).

5. Навчальний план підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар-стоматолог” у ВНЗ IV рівня акредитації за спеціальністю 7.110106 “Стоматологія” (2007, 2010 рр.).

6. Навчальний план підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “провізор” у ВНЗ IV рівня акредитації за спеціальністю 7.110201 “Фармація” (2007, 2010 рр.).

7. Болюбаш Я. Я. Організація навчального процесу у вищих закладах освіти : навч. посіб. / Я. Я. Болюбаш. – К. : ВВП “Компас”, 1997. – 64 с.

УДК 61:377.4:378.147.88

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ ПРАКТИЧНИМ НАВИЧКАМ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ З ВИКОРИСТАННЯМ МУЛЯЖІВ ТА ТРЕНІНГОВИХ КЛАСІВ

О. М. Хвисяк, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін, О. В. Грищенко, І. А. Жадан,
К. І. Бодня, О. І. Сергієнко, І. А. Соболева

Харківська медична академія післядипломної освіти

PERFECTION OF PRACTICAL SKILLS WITH USING OF FANTOM IN POST-GRADUATE EDUCATION PROCESS

О. М. Khvysiuk, V. H. Marchenko, V. V. Zherebkin, O. V. Hryshchenko, I. A. Zhadan,
K. I. Bodnya, O. I. Serhiyenko, I. A. Sobolieva

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті розглянуто проблему недостатньої практичної підготовки лікарів на етапі післядипломної освіти. Для підвищення якості навчання рекомендовано застосування тренінгів на фантомах, що дозволяє відпрацювати деякі практичні навички безпечно для пацієнтів, моделювати і контролювати різні мануальні дії, які потребують невідкладної медичної допомоги.

In the article the problem of insufficient practical training in post-graduate medical education process is given. In order to provide high quality of medical care in clinics, an advance trainings with using of fantom, which permit to work some practical skills safe for patients, to model and control different manual action, which need emergence medical care.

Вступ. Особливість сучасного розвитку медичної науки полягає у постійній та динамічній зміні певних уявлень та технологічних підходів. Лікарі, що працюють у закладах охорони здоров'я, часто відчують брак знань щодо сутності та застосування нових технологій у наданні допомоги хворим у тій чи іншій сфері медицини. Вміння та знання, якими людина під час навчання оволодіває, є динамічним процесом, що ніколи не зупиняється. Лікар-фахівець не має права вважати, що у своїй справі він знає і може усе. Якщо трапляється така ситуація, то зупиняється позитивний розвиток лікаря і відбувається втрата його якості як спеціаліста. З урахуванням цього в Україні була прийнята Концепція безперервної освіти. Вона полягає в необхідності стимулювання у лікарів розуміння необхідності постійного фахового зростання. Сучасний темп розвитку клінічних, лабораторних знань, удосконалення діагностичних засобів та лікувально-діагностичної апаратури веде до того, що для надання допомоги хворому на сучасному рівні фахівець повинен відповідати сучасним вимогам медичної науки, а саме – мати певний рівень знань та практичних навичок. Прикладом цього може бути Національний проект “Нове життя”, згідно з яким в Ук-

раїні організується мережа перинатальних центрів. Це вимагає від лікарів удосконалення та відпрацювання окремих навичок, які необхідні для надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги (відповідної до лікувального закладу III рівня).

Основна частина. Вирішальним фактором, який може позитивно вплинути на якість знань лікаря під час проходження циклів як ТУ, так і ПАЦ, є інтерактивне навчання; це навчання в процесі оволодіння практикою. При такому підході отримання знань, а особливо навичок, проходить через осмислення власних вмінь та дій. Коли ту або іншу маніпуляцію медичний працівник доводить до рівня автоматизму, то часто навіть сам не замислюється над тим, як він це виконує. У той же час, при проведенні аналізу своїх дій, людина може оцінити власні можливості та відчувати брак тих чи інших знань та навичок. Крім того, під час навчання слухачі мають унікальну можливість ознайомитися та проаналізувати досвід інших фахівців з різним рівнем підготовки та світосприйняттям, отримати додаткову інформацію, навчитися аналізу та моделювання ситуації, прийняття спільних рішень у пошуках шляхів її вирішення. Впровадження інтерактивних методик в педагогічний процес дає

© О. М. Хвисяк, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін та ін.

змогу задіяти не тільки розум лікарів, що навчаються, а й спонукати їх до творчого підходу при вирішенні фахових завдань.

З урахуванням вищесказаного, особливістю післядипломного навчання лікарів є досить високі вимоги до викладачів. Так, викладання фахових знань повинно проводитися тільки тими спеціалістами, які самі є фахівцями високого класу та можуть проводити заняття на достатньо високому професійному рівні, які спираються на останні розробки у своїй галузі, здатні використовувати усі сучасні дидактичні прийоми.

Навчання дорослої людини має певні особливості. Найкращі результати досягаються тоді, коли слухачі мають достатню мотивацію і навчаються за власним бажанням, розуміють значення засвоєння теми заняття саме для себе. У тих випадках, якщо сподівання слухачів щодо отримання знань або засвоєння навичок через якісь причини не здійснюється, якість навчання є гіршою. Як вказує педагогічна практика, найкраща якість передачі знань у дорослій аудиторії спостерігається за умови активного залучення слухачів до процесу навчання. Особливістю фахової аудиторії є наявність певного досвіду, яким вони можуть ділитися та допомагати один одному.

Умови навчання можна значно покращити за допомогою викладача. На думку Девіда Колба (1984 р.), якщо людина хоче досягти ефективних результатів у навчанні, то для цього необхідно володіти чотирма вміннями:

- 1) реальним досвідом;
- 2) результативним (рефлексивним) спостереженням;
- 3) абстрактним формуванням понять (абстрактна концептуалізація);
- 4) схильність до активного експериментування.

За ствердженням Д. Колба, для повноцінного процесу навчання у навчальному курсі необхідне комплексне використання конкретного досвіду, спостережень, теорії, практичного застосування. Концентрація тільки на одному, “улюбленому” стилі навчання може загрожувати так званім “паралічем навчання”. Крім того, за словами Кенні і Рейда, “надзвичайно важливо для викладача розуміти, що сам він віддає перевагу своєму власному, даному йому від природи, стилю навчання і що у виборі технік він має враховувати цілі навчання, а також переваги та стилі навчання його учасників”.

Процес навчання найкраще перебігає при активному залученні всіх учасників практичного заняття до засвоєння практичних навичок шляхом їх відпрацювання із застосуванням анатомічних муляжів. Так, у

Харківській медичній академії післядипломної освіти для професійно орієнтованого навчання широко залучаються анатомічні муляжі. Тренінгові класи та центри організовані та застосовуються при викладанні анестезіології (кафедра дитячої анестезіології та інтенсивної терапії), реанімації новонароджених (кафедра неонатології), надання допомоги при невідкладних станах (кафедра медицини невідкладних станів, медицини катастроф), акушерства та гінекології (кафедра перинатології, акушерства та гінекології). При цьому використовуються муляжі окремих ділянок тіла людини, що дає змогу відпрацювання практичних навичок щодо надання допомоги у тих випадках, коли це важко реалізувати в клінічних умовах, а саме через болючість маніпуляцій або їх впливу на життєві функції. Прикладом такого є застосування гінекологічного муляжу (нижня частина торса – ділянки живота і таза – дорослої жінки в натуральну величину) для навчання клінічним навичкам: бімануального гінекологічного обстеження, що включає пальпацію матки; зондування порожнини матки; введення і видалення ВМК; анестезіологічний муляж дає змогу відпрацювати методику інтубації трахеї тощо. Для навчання лікарів-неонатологів та у викладанні надання невідкладної допомоги дорослим використовують муляжі, що повністю відповідають анатомічним особливостям живої людини і створюють умови відпрацювання реанімаційних дій лікарями відповідного профілю.

Застосування анатомічних муляжів при навчанні практичним навичкам лікарів має декілька переваг, а саме: у разі допущення помилки або неправильної дії слухачі та лікарі-інтерни не травмують пацієнтів, в будь-який момент можливо зупинити демонстрацію для пояснення або виправлення помилок; у виконанні навички одночасно можуть практикуватися кілька учасників, що скорочує тривалість занять; складні етапи можна неодноразово повторити на муляжі без проведення всієї операції; місце проведення практики не обмежується тільки клінікою чи операційною, а її час – годинами прийому пацієнтів; учасники можуть практикуватися в послідовному і правильному виконанні етапів маніпуляції у будь-який час і стільки разів, скільки необхідно для її засвоєння; проведення клінічної підготовки можливе в тих клініках, де потік пацієнтів обмежений. При застосуванні муляжів у процесі клінічної підготовки лікарів дуже важливо пам'ятати, що інструменти для проведення процедури та рекомендовані заходи з профілактики інфекцій повинні максимально відповідати реальній ситуації.

Як уже було зазначено, для досягнення успіху учасникам слід працювати на муляжах у максимально наближених до реальних умовах і з використанням реальних інструментів. Мало того, необхідно неодноразово повторити процедуру з точним дотриманням її етапам стандартних підходів. Практику на муляжі необхідно проводити доти, доки учасник не продемонструє володіння навичкою і певний ступінь професіоналізму у виконанні певної процедури. Тільки

тоді йому буде дозволено перейти до роботи з пацієнтами.

Висновок. Таким чином, наш досвід підтверджує думку про необхідність подальшого поширення використання сучасних муляжів при проведенні практичних занять з лікарями на післядипломному етапі навчання. Це сприятиме покращенню якості оволодіння практичними навичками слухачами та підвищить рівень їх задоволеності навчальним курсом.

УДК 313.3:004.357

ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В ДЕРЖАВНОМУ ЗАКЛАДІ “ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”

В. К. Івченко, В. В. Сімрок, С. М. Смірнов, Р. В. Разумний, С. П. Краснова

Державний заклад “Луганський державний медичний університет”

INFORMATIVE AND COMMUNICATIVE TECHNOLOGIES IN EDUCATIONAL PROCESS IN THE STATE INSTITUTION “LUHANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY”

V. K. Ivchenko, V. V. Simrok, S. M. Smirnov, R. V. Razumnyi, S. P. Krasnova

State Institution “Luhansk State Medical University”

У роботі наведено дані про застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, що використовують комп’ютерно-орієнтовані й телекомунікаційні засоби у навчальному процесі на кафедрах державного закладу “Луганський державний медичний університет”. Обладнання аудиторій, навчальних кімнат, лабораторій, клінік, а також бібліотеки сучасними потужними мультимедійними комплексами відкриває принципово нові широкі можливості професійної медичної освіти, всебічної реалізації творчих, пошукових, особистісно орієнтованих, комунікативних форм навчання, підвищення його ефективності, мобільності й відповідності запитам сучасного соціально-економічного середовища. Впровадження сучасних комп’ютеризованих манекенів та симуляторів дозволить істотно підвищити якість надання медичної допомоги при виникненні невідкладних станів, а також вагітним і новонародженим.

This paper presents data on the use of modern informative and communicative technologies, which use computer-oriented and telecommunication facilities at the educational process on departments of the state institution “Luhansk State Medical University”. Equipment for classrooms, training rooms, laboratories, clinics, and libraries with modern powerful multimedia systems open entirely new opportunities for professional medical education, full of creative, exploratory, learner-oriented, communicative forms, increase its efficiency, mobility and meet the requirements of modern social and economic environment. Introduction of modern computerized mannequins and simulators will significantly improve the quality of medical care in case of emergency conditions, and will also help pregnant women and newborns.

Вступ. Освіта є одним з пріоритетних напрямків державної політики України. У проекті Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки регламентовано постійне вдосконалення національної системи освіти, пошук ефективних шляхів підвищення якості освітніх послуг, апробації та впровадження інноваційних педагогічних систем, реального забезпечення рівного доступу всіх її громадян до якісної освіти, модернізації змісту освіти й організації її адекватно світовим тенденціям і вимогам ринку праці [3].

Комп’ютеризація освіти, створення електронних засобів навчання, впровадження нових програмних та обчислювальних технологій, формування інформаційного середовища в освіті – все це сучасні компоненти інформатизації освіти [2]. Саме тому впровадження і вдосконалення сучасних інформаційно-комунікаційних технологій навчання у закладах вищої освіти є одним із пріоритетних шляхів модернізації вітчизняної системи вищої освіти. Сучасні інформа-

ційно-комунікаційні технології, що використовують комп’ютерно-орієнтовані й телекомунікаційні засоби, відкривають принципово нові широкі можливості професійної освіти, всебічної реалізації творчих, пошукових, особистісно орієнтованих, комунікативних форм навчання, підвищення його ефективності, мобільності й відповідності запитам сучасного соціально-економічного середовища [1, 4, 5, 6].

Основна частина. Сьогодні в освіті України, як і в усьому світі, склалась ситуація, яку можна охарактеризувати як зародження нового освітнього середовища, необхідними складовими якого на всіх рівнях (від студента до управління навчальним закладом і системою освіти загалом) стали інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) [1, 2]. Необхідною складовою класу (аудиторії), в якому створено навчальне середовище нового типу, є комп’ютерно-орієнтовані й телекомунікаційні засоби, які використовують для забезпечення навчального процесу.

© В. К. Івченко, В. В. Сімрок, С. М. Смірнов та ін.

Інформаційно-комунікаційні технології при раціональному використанні покращують умови праці як викладача, так і студента, дозволяють цілеспрямовано трансформувати навчальний простір і час. Застосування ІКТ навчання інтенсифікує передачу інформації, значно розширює ілюстративний матеріал, створює проблемні ситуації та організовує пошукову діяльність студентів, підсилює емоційний фон навчання, формує навчальну мотивацію в студентів, індивідуалізує і диференціює навчальний процес. Багато нових можливостей ІКТ відкривають і для проведення позааудиторного та дистанційного навчання.

У ДЗ “Луганський державний медичний університет” використання та постійне вдосконалення ІКТ у навчально-виховному процесі та професійній підготовці майбутніх лікарів є одним з пріоритетних напрямків діяльності університету. Комп’ютеризація навчальної та наукової діяльності, створення і впровадження нових ІКТ, формування сучасного потужного інформаційного середовища в університеті відбуваються відповідно до кращих світових зразків.

Модель організації навчального процесу в університеті, яка базується на кредитно-модульній системі навчання, що уніфікована для всіх медичних ВНЗ України та наближена до аналогічних за змістом європейських програм, передбачає навчання студентів у лекційних аудиторіях, навчальних класах, лабораторіях, лікарнях, бібліотеці та ін. У зв’язку з цим, усі лекційні аудиторії університету обладнані сучасним мультимедійним комплексом, який включає засоби відображення комп’ютерної, відео- та графічної інформації, системи звукопідсилення, комутації та управління. Так, для відображення навчального матеріалу в аудиторіях використовують широкоформатний екран та потужний сучасний мультимедійний проектор. Для розширення можливості мультимедійної системи аудиторії була передбачена також установка додаткових моніторів і комп’ютерів. Зокрема, до комп’ютера можна підключити документ-камеру, що дозволяє в реальному часі проектувати на екран предмети, що знаходяться під її об’єктивом, а також має деякі додаткові функції для проведення лекцій та презентацій.

Таким чином, цей сучасний мультимедійний комплекс дозволяє в аудиторії об’єднувати в одній комп’ютерній програмно-технічній системі текст, звук, відеозображення, графічне зображення та анімацію (мультиплікацію). Поєднання текстової, графічної, звукової та відеоінформації у програмі робить викладення матеріалу наочним, динамічним, яскравим, що зацікавлює студентів і активізує їх пізнавальну

діяльність. Крім того, впровадження мультимедійного комплексу при читанні лекції дозволяє не тільки унаочнити процес навчання, створити конкретне, наочно-образне уявлення про предмет, явище чи подію, які вивчають, але й викласти максимальну кількість інформації за обмежений час.

Унікальним технічним рішенням, що значно розширює можливості аудиторного мультимедійного комплексу, є також застосування в аудиторіях веб-камер. Останні дозволяють проводити інтерактивні відеоконференції та веб-семінари, а також відеозапис лекцій. Інтерактивна відеоконференція сьогодні є одним з ефективних засобів дистанційного навчання, спілкування, максимально наближеного за своїми параметрами до реального, яке використовують у найрізноманітніших сферах навчально-виховної та наукової діяльності.

Навчальні кімнати університету в найбільш актуальних та напружених місцях роботи відповідають міжнародним вимогам, тобто також обладнані сучасним мультимедійним комплексом, який включає засоби відображення комп’ютерної, відео- та графічної інформації, сучасні комп’ютери, що підключені до мережі “Інтернет”, а також інтерактивну дошку.

Інтерактивна дошка, якою обладнані деякі навчальні класи університету, дозволяє об’єднати три різні інструменти: екран для відображення інформації, звичайну маркерну дошку та інтерактивний монітор (рис. 1). Слід підкреслити ті можливості інтерактив-



Рис. 1. Одна з навчальних кімнат у ДЗ “Луганський медичний університет”, що обладнана інтерактивною дошкою.

ної дошки, які не можуть бути реалізовані більш традиційними засобами (використанням маркерних дошок, застосуванням мультимедійного проектора із звичайним екраном або маркерною дошкою).

До найбільш очевидних можливостей можна віднести, наприклад, використання екранних сторінок і смуг

прокрутки, збереження рукописних приміток у файл. Інтерактивна дошка дозволяє працювати з рукописним текстом і введеними за допомогою маркера зображеннями як з векторними об’єктами: змінювати їх положення, розмір та інші властивості об’єктів, вибірково видаляти об’єкти, виконувати операції з буфером обміну (копіювання рукописних приміток і зображень). Можливість переміщення автофігур, малюнків і написів дозволяє створювати завдання на впорядкування об’єктів, на класифікацію, на встановлення відповідності. При роботі з інтерактивною дошкою є можливість використовувати ряд додаткових інструментів: екранну лупу, що дозволяє збільшити або виділити фрагмент зображення на екрані (наприклад, при обговоренні результатів гістологічного дослідження або проведенні операційного втручання на оці, серці, судинах та ін.); “непрозору завіску”, за допомогою якої можна закрити частину зображення; таймер, екранний транспортер і лінійку, інструменти розпізнавання рукописного тексту. Викликає інтерес використання з інтерактивною дошкою різних навчальних програм, тренажерів, інтерактивних моделей. Застосування інтерактивної дошки дозволяє не тільки працювати з цифровими освітніми ресурсами в режимі демонстрації або індивідуальної роботи студентів, але й організувати роботу з такими ресурсами біля дошки, що розширює можливості взаємодії студентів один з одним і з викладачем при проведенні заняття.

Крім інтерактивних дошок, у навчальних кімнатах ДЗ “Луганський медичний університет” встановле-

но також плазмові панелі. Бібліотечні зали університету обладнані сучасними комп’ютерами, які підключені до мережі “Інтернет”, що дає можливість не обмежуватися лише ресурсами бібліотеки університету, а забезпечує доступ до необмеженої кількості Інтернет-ресурсів. У бібліотеці організована зона бездротового доступу Wi-Fi до електронного каталога бібліотеки та доступу до мережі “Інтернет”.

Велике значення для майбутнього лікаря мають засвоєння цілого ряду практичних навичок, відпрацювання алгоритму дії медичного працівника в різних ситуаціях – від пологів до надання невідкладної допомоги при тяжких захворюваннях, травмах, нещасних випадках на виробництві та в побуті. В ДЗ “Луганський медичний університет” відкрито 7 спеціальних медичних лабораторій, які оснащені сучасними комп’ютеризованими манекенами, що імітують різні клінічні ситуації. Ці лабораторії оснащені електронними манекенами дорослих, симулятором пологів, комп’ютеризованим манекеном-симулятором новонароджених доношених і недоношених дітей та ін. (рис. 2). Сучасні комп’ютеризовані манекени та симулятори максимально наближені до реальної людини і процесів, що дозволяє багаторазово відпрацювати алгоритми дій лікаря в різних ситуаціях – від надання невідкладної допомоги дорослим і дітям до проведення пологів. Тому навчання молодих лікарів на комп’ютерних манекенах дозволить істотно підвищити якість надання медичної допомоги при виникненні невідкладних станів, а також вагітним і новонародженим.



Рис. 2. Деякі з навчальних медичних лабораторій у ДЗ “Луганський медичний університет”, що обладнані комп’ютеризованим манекеном.

Висновок. Впроваджені в ДЗ “Луганський державний медичний університет” інформаційно-комунікаційні технології навчання відповідають пріоритетним шля-

хам модернізації системи вищої освіти в Україні. Сучасні інформаційно-комунікаційні технології, які застосовують в університеті, відкривають принципово нові

широкі можливості професійної освіти, всебічної реалізації творчих, пошукових, особистісно орієнтованих, комунікативних форм навчання, підвищення його ефективності, мобільності й відповідності запитам сучасного соціально-економічного середовища. Представ-

лені в університеті інформаційно-комунікаційні технології, що використовують комп’ютерно-орієнтовані й телекомунікаційні засоби, безумовно, не є повними та остаточними, існує ще багато напрямків, які потребують розвитку і вдосконалення.

Література

1. Інформаційне забезпечення навчально-виховного процесу: інноваційні засоби і технології / під ред. В. Ю. Бикова. – К. : Атіка, 2005. – 252 с.

2. Калініна Л. М. Система інформаційного забезпечення управління загальноосвітнім навчальним закладом : монографія / Л. М. Калініна. – К. : Айлант, 2005. – 275 с.

3. Проект Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки. – Режим доступу : http://www.nmu.edu.ua/files/strateg_rozv_2012.pdf

4. Стеценко Г. В. Проблеми впровадження веб-технологій у вищому педагогічному навчальному закладі / Г. В. Стеценко // Вища освіта України. – 2009. – № 3. – Дод. 1. –

Режим доступу : <http://209.85.129.132/search?q=cache:PL6YtYMCCBUJ:edu.of.ru/attach/17/58804.doc>

5. Kirkup G. Information and communications technologies (ICT) in Higher Education teaching – a tale of gradualism rather than revolution / G. Kirkup, A. Kirkwood // Learning, Media and Technology. – 2005. – Vol. 30 (2). – P. 185–199.

6. Youssef A. B. The Impact of ICT on Student Performance in Higher Education: Direct Effects, Indirect Effects and Organisational Change / A. B. Youssef // Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento. – 2008. – Vol. 5 (1). – Access: http://www.uoc.edu/rusc/5/1/dt/eng/benyoussef_dahmani.pdf

УДК 614.2(07)

СУЧАСНІ НАВЧАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва

Запорізька медична академія післядипломної освіти

MODERN TECHNOLOGIES OF STUDIES IN THE POST-GRADUATE EDUCATION OF DOCTORS

O. S. Nykonenko, S. D. Shapoval, S. M. Dmytriyeva

Zaporizhian Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті наведено досвід впровадження в післядипломну підготовку лікарів сучасних технологій організації навчального процесу у ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”. Висвітлено деякі проблемні питання розробки та впровадження нових організаційних форм навчання у післядипломній підготовці лікарів. Зроблено висновок про необхідність застосування різних організаційних навчальних форм відповідно до потреб кожної цільової групи суб’єктів навчання.

Some questions of problems in relation to introduction of new organizational educational technologies at the post-graduate teaching of medical specialists at Zaporizhian Medical Academy of Post-Graduate education are considered in the article. The problem of development and introduction of new organizational forms of training and modern educational technologies are discussed. Necessity of forming of flexible system of post-graduate education of doctors with introduction of different organizational forms and technologies to requirements of each target group of subjects of training are proved.

Вступ. Сучасним етапом реформування системи вищої медичної освіти України відповідно до стратегічної мети приведення її у відповідність до міжнародних освітніх стандартів передбачено активне впровадження у післядипломну підготовку лікарів інноваційних освітніх технологій та перегляд традиційних конструкцій організації навчання з формуванням спрямованої мотивації всіх категорій суб’єктів навчання до безперервного професійного розвитку. Сьогодні розробка та апробування нових організаційних форм післядипломної підготовки медичних фахівців, орієнтація на світові досягнення медичної науки і практики, спрямованість навчання щодо потреб практичної охорони здоров’я, впровадження в педагогічний процес новітніх, зокрема комп’ютерних і телемедичних технологій навчання та контролю знань є умовою успішності освітньої діяльності медичних ВНЗ післядипломної освіти [1–4].

Основна частина. На виконання завдань освітньої реформи у ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України” (надалі – ДЗ “ЗМАПО МОЗУ”) здійснюється моніторинг щодо узагальнення та аналізу досвіду застосування інноваційних освітніх технологій у педагогічній практиці закладу [5].

Поряд з впровадженням інноваційних освітніх технологій та новітніх форм організації навчального процесу (дистанційне навчання, телемедичні технології, організація інтенсивної підготовки лікарів шляхом короткотривалих циклів інформації та стажування, забезпечення безперервного навчання лікарів на постійно діючих проблемних семінарах), викладачі академії прагнуть зберегти кращі особливості національної системи медичної освіти з виховання сучасного спеціаліста відповідно до принципів клінічного навчання, біоетики та доказової медицини. На даний час у межах додаткових програм для слухачів ДЗ “ЗМАПО МОЗУ” організовано три елективних курси: “Медичне право”, “Біоетика та біобезпека”, “Цивільний захист та медицина катастроф”, а викладання базових медичних дисциплін здійснюється за сучасними клініко-економічними стандартами відповідно до міжнародного досвіду на підставі поглиблення практичної спрямованості занять та удосконалення технічних засобів навчання.

У межах регламентованих термінів традиційних форм організації післядипломної підготовки лікарів (спеціалізація, тематичне удосконалення, стажування) не завжди є можливість щодо забезпечення гнучкості навчання стосовно реальних умов роботи су-

часного лікаря. Тому в академії активно діє програма з впровадження елементів дистанційного навчання у педагогічний процес. Дистанційні технології використовуються в реалізації проекту зі створення і функціонування системи самонавчання викладачів; при організації циклів тематичного удосконалення лікарів вибірково застосовуються кейс-, TV-, мережні або технології мобільного Інтернету.

Опрацювання навчального матеріалу за модульними технологіями також дає можливість формування гнучкого графіка організації занять, зокрема, у форматі переривчастих курсів тематичного удосконалення [2, 3]. В ДЗ “ЗМАПО МОЗУ” розроблена та впроваджена нова організаційна форма професійного розвитку лікарів – постійно діючі проблемні семінари для лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги. Відповідно до пріоритетів Національного плану дій з реформування галузі охорони здоров’я, організаційна структура таких семінарів передбачає не лише проведення тематичних занять (лекцій, семінарів-конференцій, майстер-класів, круглих столів), а також надання консультативної та організаційно-методичної допомоги закладам практичної охорони здоров’я.

За принципами відповідності змісту навчання реальним умовам роботи практичних лікарів у ДЗ “ЗМАПО МОЗУ” розроблений та апробується новий навчальний формат проведення інтенсивного курсу інформації та стажування з майстер-класом. Навчальний цикл складається з дистанційного (підготовчого) та очного (практичного) модулів, що сприяє

оптимізації викладання з цільовими витратами аудиторного часу на відпрацювання медичних технологій.

Як складова моніторингу якості освітньої діяльності, в академії впроваджено технології зворотного зв’язку з учасниками навчання. Відгуки респондентів доводять про досягнення задовільної мотивації лікарів щодо здійснення власного безперервного професійного розвитку у співпраці із закладами післядипломної освіти за умови забезпечення високої інформаційної насиченості і практичної спрямованості інтенсивного навчання за сучасними освітніми технологіями.

Висновки: 1. Завданням сучасного етапу освітньої реформи в Україні є приведення системи підготовки медичних фахівців у відповідність до міжнародних стандартів за сучасними організаційними формами і технологіями навчання з використанням позитивних рис європейських освітніх моделей.

2. Застосування нових організаційних форм навчання і сучасних освітніх технологій в межах традиційної післядипломної підготовки сприяє підвищенню мотивації лікарів до активного безперервного професійного розвитку.

3. Впровадження в педагогічну практику принципів сучасного клінічного навчання, доказової медицини, біоетики, медичного права та клініко-економічних стандартів з найбільш медико-соціально значимих нозологій відповідно до міжнародного досвіду сприяє збереженню традиції національної системи медичної освіти з підготовки та виховання сучасного спеціаліста.

Література

1. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти України : наказ Міністерства охорони здоров’я і Академії медичних наук України від 12.09.2008 р. № 522/51.
2. Про удосконалення післядипломної освіти лікарів : наказ Міністерства охорони здоров’я України від 10.12.2010 р. № 1088.
3. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ Міністерства охорони здоров’я України від 07.07.2009 р. № 484.
4. Вороненко Ю. В. Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів – нові принципи побудови системи

/Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер//Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації : матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – С. 26–28.

5. Никоненко О. С. Проблемні питання впровадження безперервного професійного розвитку лікарів на етапі реформування системи вищої медичної освіти / О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва//Медична освіта. – 2007. – № 4. – С. 4–6.

УДК 368.147:371.38:616-089

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ НА ЗАСАДАХ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

О. Ю. Іоффе, В. С. Кульбака, В. М. Меллін, М. М. Стець, О. П. Стеценко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

TOPICAL PROBLEMS IN STUDENTS' MASTERING OF PRACTICAL SKILLS IN GENERAL SURGERY ACCORDING TO THE BOLOGNA DECLARATION

O. Yu. Ioffe, V. S. Kulbaka, V. M. Mellin, M. M. Stets, O. P. Stetsenko

National Medical University by O. O. Bohomolets

Вирішення проблем освоєння практичних навичок полягає у створенні належної мотивації у викладачів і студентів, сучасному матеріально-технічному оснащенні клінік, зменшенні кількості студентів в академічних групах, збереженні кращих традицій медичної освіти України.

There are a few terms for successful solution of the students' problems to master practical skills. They are: due motivation of teachers and students; modern material, technical and technological support; downsizing of students' academic groups; preservation of the best traditions of medical university education of Ukraine.

Вступ. Досвід викладання загальної хірургії на засадах Болонської декларації співробітники набувають в умовах проведення реформування медичної галузі. Останнє передбачає підвищення якості теоретичних знань і їх виживання, оволодіння базовими практичними навичками і вміннями, необхідними в діяльності сімейного лікаря [1, 2].

Не викликає сумнівів, що для досягнення максимального ефекту від вивчення загальної хірургії – основи всіх предметів хірургічного профілю – студенти повинні засвоювати основи теоретичних знань, активно їх використовувати для оволодіння практичними навичками, постійно знайомитися з новітніми медичними технологіями та методиками [3, 4].

Безперечними умовами поліпшення додипломної теоретичної і практичної підготовки є створення позитивної мотивації у студентів, щодо вивчення предмета, готовність майбутніх лікарів до самостійної навчально-пізнавальної діяльності, наявність достатньої клінічної і матеріальної бази, усвідомлення, що лікарю необхідно навчатися все життя [5, 6].

Основна частина. Мета роботи полягає у визначенні актуальних питань опанування студентами практичних навичок і вдосконаленні методичних підходів в додипломній практичній підготовці лікаря

© О. Ю. Іоффе, В. С. Кульбака, В. М. Меллін та ін.

широкого профілю в умовах кредитно-модульної організації навчання.

Основу роботи склав аналіз результатів викладання догляду за хірургічними хворими, загальної хірургії та сестринської практики студентам першого та четвертого медичних факультетів на кафедрі загальної хірургії № 2 Національного медичного університету (НМУ) в 2006 – 2011 н. р. Предметом дослідження були вивчення ступеня інтеграції цих предметів з базовими дисциплінами (анатомією людини, нормальною фізіологією, біохімією) та використання знань цих предметів під час оволодіння практичними навичками на поточних заняттях.

Під час поточного практичного заняття і підсумкового модульного контролю (ПМК) порівнювали якість і стійкість освоєння практичних навичок. Для вивчення мотивації студентів до оволодіння практичними навичками з догляду за хворими і загальної хірургії провели анонімне анкетування 450 студентів медичного факультету № 1 і 360 – сестринського факультету № 4 з подальшим аналізом анкет.

Програма оволодіння практичними навичками органічно та методично поєднана з освоєнням теоретичного матеріалу. В створених викладачами кафедри методичних рекомендаціях для викладачів та вказівках для студентів до кожного заняття містить-

ся ґрунтовно написаний зміст теми, та по 60 тестових питань і 20 ситуаційних задач, а також перелік практичних навичок, якими мають оволодіти студенти на кожному занятті.

На засіданнях кафедри регулярно, двічі на місяць, обговорюються проблеми удосконалення організації навчання за кредитно-модульною системою, в тому числі процес оволодіння практичними навичками. В структурі кожного практичного заняття самостійна робота студентів під керівництвом і з допомогою викладача становить від 40 до 60 % і базується на засвоєнні тематичного матеріалу змістовного модуля та знаннях, отриманих на фундаментальних кафедрах.

Аналіз тестового контролю знань студентів з базових дисциплін, проведений на початку 6-го семестру, показав, що менше п'ятдесяти відсотків охоплених дослідженнями студентів мали за виконання тестових з теоретичних предметів четвірки і трійки. Більша ж частина отримала незадовільні оцінки. Результати перевірки базових знань та інші проблемні питання навчання були розглянуті разом із студентами в академічних групах. Такий підхід орієнтує студентів на доцільність і необхідність систематичного відновлення знань з фундаментальних дисциплін.

Практичні навички, які набувають студенти, вивчаючи загальну хірургію, умовно розподілено на три рівні.

Перший – інструментальне обстеження, маніпуляції, процедури, які вимагають попереднього ознайомлення з ними, знання принципу їх дії, алгоритму виконання підготовки хворих до обстеження, вміння підібрати необхідні інструменти для виконання. До них належать: ультразвукове дослідження, фістулографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, доплерографія, методики шарячого катетера, інтубація трахеї, трахеостомія, пункція підключичної вени та ін.

З практичними навичками першого рівня студенти ознайомлюються протягом семестру, під час вивчення тем: "Особливості інструментальних методів обстеження хірургічних хворих", "Курація хірургічних хворих", демонстрації хворих викладачами кафедри, засідань наукового гуртка, вечірніх чергувань і обходів, а також самостійно, вивчаючи спеціальну літературу, інформацію з Інтернету, відвідування виставок з охорони здоров'я, підготовки рефератів, які заслуховуються на практичних заняттях в групах. Спостереження лапароскопічних холецистектомій та малоінвазивних операцій, ультразвукових та доплерографічних досліджень розширює кругозір і пізнання сучасних методів діагностики та лікування.

Другий – практичні навички, якими студенти оволодівають, виконуючи їх в доклінічних умовах (в навчальних кімнатах) під час вивчення відповідних тем практичних занять. Виконання навичок цієї категорії продовжується шляхом тренінгу самостійно (вдома чи в гуртожитку), під час ургентних чергувань клініки під керівництвом викладача, самостійних занять в спеціально обладнаній навчальній кімнаті – "практичні навички". До цієї категорії відносяться навички: розчинення антибіотиків, визначення групи крові, проведення тимчасової та постійної зупинки кровотечі (накладання джгута, перев'язка судин, прошивання судин та тканин, накладання транспортних шин, пов'язок, внутрішньом'язові, підшкірні та внутрішньошкірні ін'єкції; венопункція, веносекція, трахеостомія (на макетах), методи дренування плевральної порожнини, підготовка систем для внутрішньовенного вливання розчинів, зовнішній масаж серця та штучне дихання на контролюючих тренажерах тощо. Вищезазначені практичні навички студенти засвоюють на рівні уміння і більшість з них на практиці уміють виконувати і в клінічних умовах.

Третій – практичні навички, які студенти набувають в палатах, перев'язочних, маніпуляційних (проведення суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих, визначення груп крові, проведення проб на групову та резус-сумісність, біологічної проби, підготовка систем для внутрішньовенного введення розчинів, зняття швів, замінення пов'язок, взяття мазків для визначення виду мікрофлори і чутливості її до антибіотиків, визначення наявності алергічних реакцій на антибіотики, новокаїну, виконання підшкірних, внутрішньом'язових ін'єкцій, проведення місцевої інфільтраційної анестезії методом повзучого інфільтрату та ін.).

Студенти-однорічники, які отримали середню медичну освіту і мають досвід роботи за фахом, допомагають своїм товаришам набути відповідних умінь і навичок в клініці та під час самостійної підготовки.

Велику увагу приділяємо клінічним розборам історій хвороби стаціонарних хворих, вважаючи, що це є ефективною формою навчання студентів. Під час розбору клінічного випадку захворювання відбувається спілкування майбутніх лікарів з хворим і з викладачем, при якому проявляється активна пізнавальна діяльність.

Перевірка базових знань (загального аналізу крові, показників гомеостазу та ін.) в порівнянні з отриманими лабораторними даними в присутності хворого викликає мотивацію до відновлення знань з фундаментальних дисциплін, стимулює учасників навчаль-

ного процесу до освоєння практичних навичок.

Підвищенню мотивації для оволодіння практичними навичками у студентів молодших курсів сприяють викладачі кафедри, надаючи можливість бажаним працювати під час ургентних чергувань в приймальному відділенні, операційних, гіпсувальній, маніпуляційних, на медсестринських постах.

Аналіз якості виконання і “виживання” умінь з практичних навичок під час ПМК показав, що тільки половина студентів першого медичного і 40 % четвертого медичного факультетів змогли без зауважень і підказок викладача виконати практичне завдання. В зв’язку з отриманими результатами було прийняте рішення включити в перелік до всіх ПМК навичок невідкладної допомоги, проводити консультативне заняття перед ПМК, яке направлено в основному на відновлення та тренінг з практичних навичок.

Анкетне опитування студентів виявило різний рівень мотивації до вивчення загальної хірургії. Студенти другого курсу медичних факультетів № 1 та № 4 добре мотивовані до навчання та оволодіння практичними навичками. Студенти третього курсу першого медичного факультету і четвертого медичного факультету мають спад мотивації до навчання. В анкетах вони відмічали низьку майбутню заробітну плату лікаря, неможливість працювати за вузькою спеціальністю після закінчення ВНЗ, що негативно впливає на бажання вчитися. Слабка мотивація студентів до навчання проявляється в неякісній самостійній підготовці до практичних занять, неухважністю під час доклінічного відпрацювання практичних навичок, нетривалій стійкості знань та практичних навичок, в небажанні глибоко вивчати предмет.

Відпрацьовуючи під керівництвом викладача практичні навички, студенти мають у своєму розпорядженні все необхідне: комплекти хірургічних інструментів, підібраних для даної маніпуляції (веносекції, трахеостомії, плевральної пункції, скелетного витяжіння, новокаїнових блокад тощо); короткі методичні вказівки, таблиці, малюнки, слайди і схеми виконання навичок, в яких зазначені показання, протипоказання до проведення тих чи інших маніпуляцій, метод виконання знеболення, оснащення, можливі ускладнення та засоби їх усунення.

Успішне оволодіння практичними навичками, здатність студентів виконати їх через деякий час можлива тільки при неодноразовому відпрацюванні маніпуляції протягом навчання у вузі.

Багаторічний досвід викладання загальної хірургії та наслідування добрих традицій наших попередників свідчить про те, що всі без винятку практичні заняття на другому і третьому курсах, включаючи заліки по модулях, є часом і місцем, де по краплинах карбується особистість майбутнього практичного лікаря.

Навчити практичним навичкам на рівні уміння усіх студентів на основі досвіду викладача і його рекомендацій за правилом “виконуй, як я”, що було головним принципом традиційної системи медичної освіти, досить важко. Треба зважати на чисельні групи студентів по 10-11 осіб в кожній, що перебувають в клініках одночасно. Крім того, за короткий період виробничої практики в ранні або пізні години навчання студентів, значна кількість маніпуляцій може не виконуватися в клініці, що обмежує можливість оптимальної додипломної підготовки лікаря сімейної медицини. Система вищої медичної освіти України в умовах реформи згідно з Болонською декларацією втратила одну із кращих традицій – літню виробничу практику на третьому курсі. Сучасні студенти отримали великі привілеї – відпочивати 2 місяці влітку, безнадійно мріючи і сподіваючись на свою майбутню конкурентну спроможність у Європейському освітньому і професійному просторі. Ситуація зрозуміла усім організаторам реформи вищої медичної освіти. Прийняти відповідне рішення щодо відновлення виробничої практики в літній період нелегко, але доцільно.

Висновки: 1. Підвищення стійкості знань, практичних навичок та умінь визначається мотивацією студентів до вивчення предмета і практичної діяльності, потребує багаторазового повторення практичних навичок під час навчання у ВНЗ.

2. Якісне оволодіння студентами практичними навичками інтенсифікує засвоєння матеріалу на рівні усвідомлення і розуміння, складає передумови для правильного цілеспрямованого використання їх у лікувальній практиці.

Література

1. Викладання хірургії в умовах кредитно-модульної системи / І. Є. Бородаєв, І. В. Шарапов, О. Б. Зубков [та ін.] // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 53–54.
2. Думанський Ю. В. Освоєння студентами практичних навичок при кредитно-модульній організації навчального процесу : проблеми та пошук шляхів її вирішення / Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 79–81.
3. Особливості викладання дисципліни “Хірургія” за кредитно-модульною системою / Л. Я. Ковальчук, О. Л. Ковальчук, А. Д. Беденюк [та ін.] // Медична освіта. – 2011. – № 4. – С. 5.
4. Досвід використання мультимедійних технологій у навчальному процесі на клінічних кафедрах Івано-Франківського національного медичного університету / І. О. Костицька, О. І. Бабенко, О. М. Дідушко [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 1. – С. 58–60.
5. Півторак К. В. Формування особистості та мотивації до навчання у студентів медичного університету / К. В. Півторак, І. В. Феджага // Медична освіта. – 2011. – № 4. – С. 28–31.
6. Опанування студентами практичних навичок як складова частина покращення якості навчального процесу на кафедрі нейрохірургії і неврології Одеського державного медичного університету / А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський [та ін.] // Медична освіта. – 2011. – № 1. – С. 32–34.

УДК 378.1:37.022:61

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З ОНКОЛОГІЇ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

Е. В. Олійник, Б. І. Шумко, Л. Я. Федонюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM OF ORGANIZATION OF TEACHING OF ONCOLOGY AT MEDICAL FACULTY

E. V. Oliynyk, B. I. Shumko, L. Ya. Fedonyuk

Bukovynian State Medical University, Chernivtsi

У 2009–2010 навчальному році на кафедрі онкології та радіології Буковинського державного медичного університету викладання дисципліни “Онкологія” на медичному факультеті почало проводитись за новою навчальною програмою “Онкологія” для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (спеціальність: лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа), затвердженою МОЗ України, Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти від 17 червня 2008 р. У роботі автори діляться досвідом впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) з онкології на медичному факультеті.

Teaching of oncology at the Department of Oncology and Radiology at Bukovynian State Medical University was conducted according to the new curriculum “Oncology” for medical colleges, III-IV levels of accreditation (specialties: specialists, pediatrics), approved by Ministry of Public Health of Ukraine and The Main Methodological Centre for Higher Medical Education in 2009-2010 academic year.

Вступ. Сучасний інформаційний вибух в науково-освітньому просторі диктує свої умови для зміни технології навчання. Інноваційні входження України в освітньо-науковий простір Європи передбачає нові гнучкі моделі організації педагогічного процесу та забезпечення високої якості підготовки фахівців, їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку. Виникає необхідність якісної підготовки нового покоління викладацького складу з новим мисленням та новими підходами до організації навчального процесу, які ґрунтуються на досвіді кращих традицій української вищої школи у поєднанні з використанням новітніх технологій і досвіду країн Європи. Надзвичайно актуальною на даний час залишається проблема підготовки методичної літератури для студентів вищих медичних навчальних закладів України.

Тому осмислення досвіду впровадження КМСОНП з онкології на медичному факультеті нашого вузу допоможе проаналізувати результати цього педагогічного експерименту, усвідомити здобутки і врахувати помилки освітніх перетворень.

Основна частина. Сьогодні Болонський процес – це робоче середовище для колективів вищих медич-

них навчальних закладів України, в якому наявні як досягнення, так і проблеми. Дворічний досвід впровадження КМСОНП з онкології в Буковинському державному медичному університеті свідчить, що робити висновок про високу ефективність її реалізації в цілому поки що зарано.

Незважаючи на широкий загал вже існуючих фундаментальних джерел з питань онкології, які дещо застаріли, а також враховуючи суттєве збільшення частки позааудиторної самостійної роботи студентів відповідно до вимог Болонської декларації на кафедрі онкології та радіології авторським колективом створено навчально-методичний посібник “Онкологія”, який рекомендований Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Викладений матеріал у посібнику відрізняється методологічною спрямованістю, об’єктивністю, адаптованістю до вимог робочої навчальної програми і викликає зацікавленість у читача.

Значна увага у зв’язку з недостатньою кількістю літератури приділяється комп’ютерним технологі-

© Е. В. Олійник, Б. І. Шумко, Л. Я. Федонюк

ям, підключення до мережі "Internet". За допомогою цих систем доступними стають контакти в режимах on-line і off-line з іншими навчальними закладами країни. З власного досвіду можемо сказати, що для удосконалення самостійної роботи студентів є актуальним активне впровадження електронних методів навчання, але разом з тим хочемо зазначити, що використання мультимедійного електронного способу навчання не здатне замінити того, що може і повинен отримати студент на практичних заняттях безпосередньо біля ліжка хворого. В цьому плані ще одним стимулом прояву рівня творчого пізнання є curaція хворого та наступне написання історії хвороби.

Система контролю на кафедрі суттєво не змінилась при впровадженні КМСОНП. Також, як і раніше, на кожному занятті викладач оцінює підготовку кожного студента. Завдання уніфіковані і стандартизовані. Із переліку питань, на які необхідно відповісти студенту при виконанні завдання, виділені основні. Неправильна відповідь на них виключає позитивну оцінку знань студента. У кожному завданні наведена шкала оцінювання, що виключає суб'єктивізм зі сторони викладача.

Ретельний аналіз теперішньої ситуації порівняно з даними, отриманими до введення КМСОНП, вказав нам на такі позитивні зміни:

- а) зменшення кількості пропусків практичних занять та лекцій;
- б) більш регулярна підготовка студентів до практичних занять;
- в) стабільність та невелике підвищення середнього бала з дисципліни;
- г) покращились результати складання ліцензійного іспиту "Крок".

Крім позитивних змін, звертаємо вашу увагу на недоліки:

Література

1. Казаков В. М. Новітні тенденції розвитку європейської медичної освіти / В. М. Казаков, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 40–44.
2. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу / [М. Ф. Степко, Я. Я. Болю-

а) необхідність викладачу проводити щоденне оцінювання студентів у великих групах поступово почала відтісняти на другий план більш важливу частину заняття;

б) сучасний студент добре навчився вирішувати тести, але в нього бракує клінічного мислення та практичної підготовки, знання його стали менш стійкими;

в) студент має право, не склавши попередній модуль, продовжувати вивчення наступного. В такій ситуації лише сильний студент в змозі успішно завершити засвоєння минулих розділів та оволодіти поточним матеріалом, для всіх інших це важко і мало реально. Тому що якщо їм і вдасться це зробити з наступної спроби, то сумарний рівень їх знань та практичних навичок не буде достатній для подальшого навчання та професійної діяльності.

Порівнюючи результати семестрової успішності на медичному факультеті з дисципліни "Онкологія", ми звернули увагу на зниження якісної успішності студентів за тривалий період навчання в цілому, та зменшення кількості відмінників. Тенденція до такої успішності характерна для Європейського простору вищої освіти, де якість підготовки майбутнього фахівця визначається його рейтингом, а не відсотками відмінних оцінок у додатку до диплома, як в Україні.

Висновок. Підсумовуючи все наведене вище, ми хочемо підкреслити, що незважаючи на деякі недоліки КМСОНП з онкології, відповідно до вимог Болонського процесу для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (спеціальність: лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа) дозволить підняти лікаря на якісно новий рівень клінічного мислення, здатного з позицій міждисциплінарного підходу системно та комплексно вирішувати профілактичні, діагностичні, лікувальні й реабілітаційні завдання лікарської практики і бути конкурентоспроможним на міжнародному ринку праці.

баш, В. Д. Шинкарук та ін.]; за ред. В. Г. Кремня. – Тернопіль, 2004. – 147 с.

3. Вища освіта України і Болонський процес: навч. посіб. / за заг. ред. В. Г. Кремня. – Київ-Тернопіль: Богдан, 2004. – 368 с.

УДК 37.013.2

МОДЕЛЬ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ В ПЕДАГОГІЦІ ГЕРБАРТІАНЦІВ

Н. О. Федчишин

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

MODEL OF TRAINING OF FUTURE TEACHER IN THE PEDAGOGY OF HERBARTIANS

N. O. Fedchyshyn

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

У статті проаналізовано сутність підготовки майбутнього вчителя в гербартіанській педагогіці; розкрито зміст основних ідей теорії і практики навчання у заснованих гербартіанцями педагогічних семінаріях при університетах; з'ясовано основний акцент гербартіанців – дидактичну підготовку вчителя й головні ознаки добре підготовленого педагога – “педагогічний інтерес”, “педагогічну здатність міркувати» й «педагогічний такт”.

The given article focuses on the analysis of the essence of future teacher training in Herbartianism pedagogics. It reveals the key theoretical and practical issues of studying process in pedagogical seminaries adopted by herbartians, that is the didactic teacher training and the main features of a well-trained pedagogist such as “pedagogical interest”, “pedagogical ability to think” and “pedagogical tact”.

Вступ. Євроінтеграційні тенденції чітко відслідковуємо сьогодні у всіх сферах життєдіяльності. Європейські стандарти якості життя, розвиток освіти і культури, підготовка компетентних спеціалістів нової генерації привертають особливу увагу. У цьому контексті розробка вітчизняної концепції якісної освіти значною мірою орієнтується на освітні здобутки держав Європи, лідерами є країни з традиціями у сфері освітньої діяльності, зокрема підготовки вчителя, до яких, безперечно, належить Німеччина. Професійна підготовка вчителів у Німеччині, які мають ґрунтовні знання у сфері педагогіки, психології, етики, культурології, володіють змістом, методикою і мовою предмета викладання, інтерактивними методами, є пріоритетним напрямом розвитку освіти. Проте розробка сучасних концепцій освіти значною мірою спирається на національні та світові надбання минулого, які потребують ретельного вивчення та ґрунтовного дослідження. У цьому руслі наше зацікавлення привертають прогностичні, глибокі та практичні міркування Й.-Ф. Гербарта та його послідовників щодо підготовки майбутніх учителів.

У Німеччині активно розроблялася філософія освіти і підготовка учителя у гербартіанстві займала чільне місце. До вивчення цього питання зверталися Е. Ангальт, О. Байєр, А. Бліднер, М. Вінклер, К. Гай-

нце, К. Генкель, П. Зедлер, Е. Мюллер, А. Ребле, Т. Рутт та ін. При аналізі підготовки майбутніх учителів у розумінні гербартіанців вчені-педагоги наголошували на популярності їх вчення та впровадженні у практику.

Метою статті є аналіз підготовки майбутніх учителів у поглядах гербартіанців. Для розгляду даного питання слід виконати такі завдання: проаналізувати ідеї Й.-Ф. Гербарта та його учнів щодо підготовки учителя й дослідити результати роботи, заснованих гербартіанцями, педагогічних семінарій при університетах.

Основна частина. Як зазначають дослідники, саме Й.-Ф. Гербарт перший зробив надзвичайно важливу спробу сформулювати у вчителя науково-педагогічний світогляд та виробити філософію вчительства. Як зауважив С. Левітін, Й.-Ф. Гербарт був популярний серед учителів середніх навчальних закладів, адже вся тогочасна система освіти середньої школи Німеччини була побудована на його педагогіці [1].

Проблема підготовки вчителя отримала вагомий поштовх від німецького класика педагогіки, який проаналізував означене питання в історичному аспекті й отримав визнання серед вчителів-практиків Німеччини. Саме завдяки Й.-Ф. Гербарту питання “педагогічного такту” стало спільним надбанням педаго-

гічного мислення і діяльності. У праці “Педагогічні записки” (“*Padagogische Schriften*”) (1802) з’ясовано, що педагогічний такт виробляється у процесі педагогічної практики, власне у впливі на наші відчуття. Відчуття, за Й.-Ф. Гербартом, поєднуються завдяки взаєморозумінню між учнем та учителем через педагогічний вплив [5]. Учений та його послідовники наголошували, що успіхи чи невдачі всіх педагогічних зусиль залежать від того, як учитель “виробляє” свій такт через мислення, обдумування, дослідження, науковість.

У педагогіці В. Райна домінуючою була особистість учня. З цієї позиції акценту на учневі він пропонував розглянути питання підготовки учителя. Гербартіанець зосередив увагу на важливості передання знань з “покоління в покоління, від душі до душі, від особистості до особистості” [9]. Саме завдяки душі учителя, передачі його багатого духовного світу у молодого покоління “проросте добірне зерно, укріпиться й помножиться” [там само]. Він таким чином характеризував “особливу” підготовку вчителя: 1) набуті знання слід ретельно перевіряти і впорядковувати; відповідно підібраний матеріал – пов’язати з попередньо поданим, що сприятиме цілісності й досконалості; 2) при пошуку психологічних передумов навчального процесу в центрі уваги є учень, на якого спрямована педагогічна діяльність (при цьому можна вирішити науково обгрунтовані психолого-педагогічні завдання); 3) основне для учителя – займатися теорією і практикою, спостерігати, знаходити й опрацьовувати новий матеріал, вправлятися у своїй спеціалізації, вміти робити висновки. Гербартіанець підкреслював, що учителю слід бути митцем, актором й володіти моральними якостями. Зокрема він наголошував, що “не лише науково обгрунтовані знання є у педагогіці найбільш важливими, а “мистецька” праця, її безпосередній вплив на серця молодих людей” [11].

Щодо взаємозв’язку теорії і практики, то гербартіанці виходили з того, що педагоги-практики через свою необізнаність у наукових поясненнях швидше опираються на власний досвід і спостереження. Вони переконували, що це негативно впливає на педагогічну кар’єру вчителя, оскільки він, учитель, діє на власний розсуд й досвід та не сприймає із-зовні жодних пропозицій і підказок. Послідовники Й.-Ф. Гербарта підтримали свого учителя у тому, що хто вчиться мистецтва у діяльності, мислення – у науці, сам визначає свої подальші дії і вчинки, керовані досвідом [6]. Важливим є, на їхню думку, той факт, що учитель перед плануванням заняття завжди повинен

мати перед собою “картину чистої душі”, замість того, щоб навантажити свою пам’ять незначним й другорядним. В. Райн, Т. Ціллер, Ф.-В. Дьорпфельд та ін. вважали неприпустимим той момент, коли викладачі вишів віддавалися лише науці й не пристосовували свої знання, досягнення науки до потреб і можливостей пересічного учня. Вони вважали, що такої ситуації можна було б уникнути, якби при університетах створювалися педагогічні семінарії й професорсько-викладацький склад нарівні працював із учителями-практиками [4, 11, 13].

Ф.-В. Дьорпфельд охарактеризував В. Райна як розумного, кмітливого, добросердного вчителя й досить відомого вже на той час педагога-практика. У 1885 р. В. Райн очолив кафедру педагогіки в Єні та з дозволу міністра культури Ваймера заснував народну школу при педагогічній семінарії (три класи для початкового, середнього та вищого рівнів). Його лекції із загальної педагогіки опиралися в першу чергу на дві філософські дисципліни: етику й філософію. Окрім того він увів додаткові лекції: “Життя і вчення Й.-Ф. Гербарта” (“*Herbarts Leben und Lehre*”), “Проблеми сучасної педагогіки” (“*Probleme der modernen Padagogik*”) та “Шкільна освіта за кордоном” (“*Auslandisches Schulwesen*”). За ідеєю та під керівництвом В. Райна в 1895 – 1900 рр. було видано спочатку семитомник (перше видання), пізніше десятитомник (друге вид.) “Довідника-енциклопедії педагогіки” (“*Enzyklopadisches Handbuch der Padagogik*”) [7].

Педагогіка була для В. Райна, як і медицина, прикладною наукою. Коли друга базувалася на знаннях з анатомії й фізіології, то педагогіка опиралася, на його переконання, на етику й психологію. Свої думки він виклав у праці “Теорія та практика” (“*Theorie und Praxis*”), опубліковану в “Довіднику-енциклопедії педагогіки” (“*Enzyklopadisches Handbuch der Padagogik*”, 1911), де ґрунтовно пояснив проблематику теорії і практики в педагогіці. Розбіжності між теорією і практикою він побачив у низькій оцінці теорії на противагу практиці. Переоцінку практики він виявив у перебільшенні ролі досвіду [9]. Педагогічна наука була для В. Райна нічим іншим як систематизовано впорядкованим, обгрунтованим уособленням “чистого” досвіду, набутого і випробуваного людством у навчанні й вихованні. Педагог розумів, що практика є початком педагогічної науки і відіграє провідну роль. Він пояснював, що лише тоді спостерігається прогрес, коли практик усвідомлює власні недоліки й починає цікавитися досвідом і результатами інших педагогів. В. Райн стверджував, що можна досягти вищого наукового рівня, коли привести в систему

беззаперечних понять поєднання результатів думок і вчинків з безперервною практикою. Лише тоді, переконував педагог, теорія передуватиме практиці. Він зазначав, що “здоровий” прогрес відслідковується лише тоді, коли відбувається кругообіг від теорії до практики і навпаки. Хоча теорія вказує лише напрям, проте розвиваються обидві переплітаючись. В. Райн підкреслював, що в такому взаємопроникненні “гола” практика є “сліпим, невпевненим поступом”, в якому відсутня ясність теоретичного пізнання [9].

Наукові погляди Й.-Ф. Гербарта вплинули в основному на педагогічну практику. Безперечним доказом цього є заснована ним у Кьонінгсберзі практична школа для студентів підготовчих курсів (1808), де він не лише читав лекції з педагогіки, але й проводив диспути із запропонованих студентами тем. Зокрема Й.-Ф. Гербарт писав куратору Кьонінгсберзького університету: “якщо працювати щодня впродовж години з невеликою кількістю студентів, які ознайомлені з моєю педагогікою, то швидко під моїм керівництвом вони будуть здатні передавати ґрунтовні знання новим учням” [6]. Його пропозиція була підтримана. Пруський король Фрідріх-Вільгельм III вимагав глибоких реформ у системі навчання та виховання. Ф. Ніколовіус та А. Зюферн, перший – особливий поціновувач та інший – колишній студентський товариш Й.-Ф. Гербарта запропонували термінове “оновлення” навчальних закладів (вузів й гімназій) як міських, так і сільських. Вони звернули увагу на подані Й.-Ф. Гербартом з цього приводу міркування в “Ескізі створення педагогічної семінарії” (“Entwurf zur Anlegung eines pädagogischen Seminars”) (1809) [5]. У цьому так званому “інституті дидактики” викладач-практикант працює на заняттях з педагогіки з 2-3 студентами 4–5 год на тиждень. Як наголошував Й.-Ф. Гербарт, це була унікальна можливість впроваджувати нові навчальні методи, перевіряти їх на практиці та ознайомлювати із здобутками педагогічного досвіду і звернув увагу, що останній має бути визнаним у наукових колах, завершеним й обґрунтованим [там само].

Як підтвердження вищезазначеного 9 грудня 1842 р., вже після смерті Й.-Ф. Гербарта, його послідовник К.-Ф. Стой відкриває в Сні педагогічні семінарії та інститут, в яких здобувають освіту обидві статі нарівні, чого не було до цього часу. З 1848 р. у педагогічній семінарії навчаються діти нижчих верств населення й К.-Ф. Стой докладає зусиль, щоб таких класів стало більше. Даний навчальний заклад, як практична школа, налічував до 170 учнів й став моделлю для створення педагогічної семінарії при Ляпцігському університеті. Кількість учителів-практиків збільшилася вже в пер-

ший рік існування від 4 до 12. На той час зростає і кількість бажаючих навчатися у цій школі-семінарії [11]. Окрім класних керівників тут працювали з учнями штатні та позаштатні вчителі-практиканти. Штатні – до початку роботи в семінарії повинні були певний час пройти стажування у семінарській школі. У їхньому розпорядженні були три класи й, відповідно, три класні керівники, які готували учителів-практикантів до навчальних занять, здійснювали письмові зрізи їх підготовки й звітували перед директором. Початківці могли вести заняття з вибраного ними предмета лише після багаторазових відвідин уроків з даної дисципліни.

Як зазначив О. Байер, обов’язки класного керівника виконували два учителі-практиканти. Навчальний матеріал готували на вимогу директора й викладача-керівника у письмовому вигляді й він підлягав ретельній перевірці [3]. Класні керівники несли відповідальність за навчально-виховну роботу практикантів й мали право відвідати будь-яке заняття практиканта без попередження, робити зауваження, давати вказівки, корисні поради. Навчальний матеріал був чітко розподілений за темами та заняттями й, окрім того, додавалися підготовлені навісні питання і, для порівняння, результати з попередніми групами.

Наприкінці кожного тижня відбувалася конференція практикантів всієї семінарії, на якій обговорювали навчальні заняття, підготовку до наступного тижня (виготовлення таблиць і т. п.), заходи управління та дисципліни. Всі працівники були зобов’язані відвідувати щотижневі збори в семінарії. Після конференції двічі на тиждень упродовж 2 год проводилися теоретично-педагогічні тренінги, результати яких вносилися у книгу “Результати практики”. До щотижневих зборів у семінарії належали: теоретичний аналіз, практикум та конференція. На теоретичний аналіз учителі-практиканти готували реферати з питань етики, психології, педагогіки, методики, практикум включав пробні лекції. На конференцію класний керівник визначав на кожного практиканта одного рецензента, котрий за відповідною схемою подавав за день до початку роботи свої висновки. Окрім того практикант здійснював оцінку своєї праці й на основі обох доповідей, відповідей на поставлені під час обговорення питання була підсумована загальна оцінка. На конференцію виносилися такі питання: 1) обговорення практикуму: зачитування самокритичних і критичних зауважень, дискусія, рецензія; 2) аналіз теоретичних робіт; 3) план перехідних уроків; 4) різне.

Після ґрунтовного пояснення призначення педагогічних семінарій при університетах В. Райн апелював до університетів, щоб не відмовлялися в інтересі

сах народної освіти всіх прошарків від народного виховання, а залучали й використовували різні можливості в цій сфері. Він закликав організувати й устаткувати виховні заклади для наукової педагогіки з метою їх впливу на гімназії, педагогічні семінарії та інші навчальні заклади й шкільні інституції.

Контролю за навчальним процесом слугували щотижнева перевірка, письмові щотижневі звіти викладача-керівника й учителів-практикантів, вибірковий щотижневий фаховий іспит перед директором [3]. Навчання в семінарській школі ґрунтувалося на постійній концентрації уваги, на результатах синтезу й системності. Водночас учителі-практиканти були задіяні у шкільних святах, виїздах на природу, походах, поїздках. Ляпцігська педагогічна семінарія була закрита в 1882 р. після смерті Т. Ціллера, проте і надалі продовжувала готувати педагогічні кадри семінарії в Єні.

В. Райн у праці “Педагогіка в системному викладі” (“*Pädagogik in systematischer Darlegung*”) окреслив значення ґрунтовної підготовки вчителя, оскільки саме вона визначає подальше виховання громадянина, його моральних якостей, що було для нього основним елементом призначення народної освіти. Гербартіанець виступив проти упередженої думки представників вищих навчальних закладів, що вчитель повинен бути, в першу чергу, вченим, і лише після цього педагогом. Він наголосив на діаметрально протилежній думці – важливості симбіозу гарного науковця й “тямушого” вчителя [10]. Власне, першочергове завдання педагогічної семінарії університету В. Райн убачав у подальшому розвитку педагогічної науки та в теоретичній і практичній підготовці вчителя-вихователя. Таке подвійне завдання, на його думку, не в силі вирішити ні держава, ані інша приватна інституція, а лише – університет, де практична філософія по-новому акцентує на питаннях змісту й мети людського життя, де емпірична психологія намагається розкрити закони духовного та душевного життя, а психологія здійснює розвідки й виявляє нові шляхи фізичного здоров’я. Послідовник Й.-Ф. Гербарта стверджував, що університет водночас має можливість уводити в науку нові педагогічні генерації, щоб вони, по-перше, отримали бачення завдань виховання, по-друге, краще могли розуміти проблеми молодого покоління та, по-третє, активно працювали задля національного виховання. Ці три умови гербартіанець відмітив у діяльності педагогічної семінарії при університеті Єні.

Завдання педагогічної семінарії при університеті гербартіанець вбачав у подальшому розвитку педагогічної науки, в теоретичній і практичній освіті наполегливих учителів-вихователів. Обидва завдання, на

його переконання, були взаємопов’язані. Як державна освіта, так і приватні школи докладали зусилля до виховання молодшої генерації. Тому для нього не виникало питання, чи спираються вони при цьому на університетську освіту, де панувала практична філософія, а емпірична психологія намагалася розкрити закони душі індивідуума. У цьому В. Райн побачив можливість підготувати підростаюче покоління учителів-вихователів до наукової роботи й закласти основи практичної діяльності. Він тим самим акцентував увагу на тому, що педагогічна семінарія при університеті Єні виконує ці завдання.

В. Райн пройшов навчання в семінарії у К.-Ф. Стоя та Т. Ціллера й самостійно намагався пізніше як штатний професор педагогіки в Єні вирішити проблему підготовки вчителів у Німеччині. Він наголошував на мистецькому та різнохарактерному компоненті педагогічної професії й вимагав загальної фахово-наукової, естетично зорієнтованої підготовки учителя-вихователя. Користь від такої підготовки для науки і суспільства, на яку були націлені гербартіанці, історики педагогіки не піддавали сумніву.

Запропоновані Й.-Ф. Гербартом педагогічні процеси мислення і діяльності К.-Ф. Стоя та Т. Ціллер прискорили таким чином, що на початку їхньої академічної діяльності були запропоновані й організовані ними педагогічні семінарії у формі навчальних закладів, в яких була можливість підготувати молодих учителів-практикантів до майбутньої навчально-виховної роботи.

Педагогіка гербартіанців (від Й.-Ф. Гербарта до Т. Ціллера та В. Райна) отримала чітке й ретельне напрацювання і стала доступною та популярною серед німецьких учителів. Послідовники Й.-Ф. Гербарта дійшли висновку, що вона є сумою прийомів, положень, вмінь і вказівок для досягнення поставленої мети і, окрім того, завжди перебуває у діяльності. Гербартіанці суголосно зі своїм учителем переконували, що лише у діяльності можна навчитися мистецтва й підготувати справжнього фахівця [9, 11, 12, 13]. Особливу увагу на дидактичну підготовку вчителів звернув Т. Ціллер. Він, зокрема, наголошував на важливості досягнення педагогічної майстерності за посередництвом “педагогічного такту”. Гербартіанець зазначав, що досягти його можна лише шляхом власної практики, у діяльності, проте спираючись на вказівки і методи теорії. Останні повинні бути напрацьовані ще до практичної діяльності [13].

Висновки. Гербартіанська педагогіка, однією з рис якої було забезпечення тісного взаємозв’язку та взаємообумовленості теорії і практики навчання, отримала свою чітку й детальну розробку й стала доступною

широким верствам німецьких педагогів. Гербарти-анці зробили основний акцент на дидактичній підготовці вчителів й з цієї позиції вказали на головні ознаки освіченого, добре підготовленого педагога – “педагогічний інтерес”, “педагогічну здатність міркувати” й “педагогічний такт”. За допомогою дидактичних наукових робіт, взаємодії теорії і практики, спілкування учителя та учня можна досягти педагогічного мистецтва.

Вчитель, на переконання послідовників Й.-Ф. Гер-

барта, повинен володіти ентузіазмом й чуттям, авторитетом і тактом, любов'ю до учня й глибокими знаннями. До його обов'язків також належить готовність до прогнозування поведінки в будь-яких ситуаціях і їх правильна оцінка, побудова чіткого плану як навчання, так і виховання, вміння бути художником, внутрішньо переживати, бачити, відчувати, розуміти і вчити інших, викликаючи при цьому в учнів інтерес.

Література

1. Левитин С. А. Педагогические идеи Гербарта и Монтессори. Т. I / С. А. Левитин. – М. : Лит.-изд. Отдел нар. ком-та по просвещ., 1918. – 102 с.

2. Anhalt E. In welche Zukunft schaut die Padagogik? Herbarths Systemgedanke heute / Elmar Anhalt. – 1. Auflage, Verlag IKS Garamond, 2009. – 177 S.

3. Beyer O. W. Ziller, Tuiskon. In: Encyklopadisches Handbuch der Padagogik / Herausgegeben von W. Rein, Jena, zweite Auflage, 10. Band, Langensalza, 1910. – S. 508.

4. Dorpfeld F. W. Gesammelte Schriften. Zweiter Band: Zur allgemeinen Didaktik / Friedrich Wilhelm Dorpfeld. – Erster Teil. Grundlinien einer Theorie des Lehrplans. Nebst dem Ergänzungsauflatz: Die unterrichtliche Verbindung der sachunterrichtlichen Facher. Gutersloh, 1894. – 131 S.

5. Herbart J. F. Padagogische Schriften / hg. Von W. Asmus, 3 Bde. – Stuttgart, 1982. – 257 S.

6. Herbart J. F. Umriß padagogischer Vorlesungen Beigef. Werk Rede bei Eroffnung der Vorlesungen über Padagogik [u.a.] / Johann Friedrich Herbart. Besorgt von Josef Esterhues Ort Paderborn Verlag Schöningh, 1964. – 248 S.

7. Rein W. (HG.) Encyklopadisches Handbuch der Padagogik / Wilhelm Rein. – Band 1-7. [7 Bd.]. – Beyer & Sohne, Langensalza, 1895. – 6000 S. – 2. Aufl. Langensalza, 1903-11. – 10 Bände. – Band 8. – 937 S.; Band 9. – 911 S.; Band 10. – 1026 S.

8. Rein W. Herbart und die Herbartianer. Ein Beitrag zur Geschichte der Philosophie und der Padagogik. Sonderabdruck

aus dem encyklopadischen Handbuch der Padagogik von W. Rein in Jena, zusammengestellt aus den Arbeiten von Thilo, Flugel, Rein, Rude / Wilhelm Rein. – Beyer & Sohne, Langensalza, 1897. – 154 S.

9. Rein W. Padagogik in systematischer Darstellung / Wilhelm Rein. – Band 1: Grundlegung. Band 2: Die Ausführung. [2 Bd.]. 2-3. Aufl. – Beyer & Sohne, Langensalza, 1911. – 348 S.

10. Rein W. Padagogik in systematischer Darstellung / Wilhelm Rein. – 3. Bd. C.: Methodologie. Die Lehre von den Mitteln der Erziehung. 2. Aufl. – Beyer & Sohne, Langensalza, 1912. – 361 S.

11. Rein W. Theorie und Praxis des Volksschulunterrichts nach Herbarthschen Grundsätzen. Ein theoretisch-praktischer Lehrgang für Lehrer und Lehrerinnen sowie zum Gebrauch in Seminaren / Wilhelm Rein, Pickel, Eduard Scheller. – 4 Bde. [4 Bde in einem Buch]. 2. Aufl. – Bleyl & Kaemmerer, Dresden, 1881. – 732 S.

12. Stoy K. V. Schulordnung für die Seminarschule zu Jena / Karl Volkmar Stoy. – Druck von A. Neuenhahn, Jena, 1881. – 70 S.

13. Ziller T. Einleitung in die allgemeine Padagogik / Tuiskon Ziller. – Verfasserang von Tuiskon Ziller, Vorlesunden über Allgemeine Padagogik. – Leipzig, Verlag Teubner 1856 Umfang VIII, 182 S.

14. Ziller T. Materialien zur speziellen Padagogik / Tuiskon Ziller. – Dresden: Bley&Dammerer. 1886. – 296 S.

УДК 371.315+618.2+618.1+378.147

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Л. В. Пахаренко, С. Л. Стефанко

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

EXPERIENCE OF TEACHING OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM

L. V. Pakharenko, S. L. Stefanko

SHEI “Ivano-Frankivsk National Medical University”

У статті наведено досвід викладання акушерства та гінекології в умовах кредитно-модульної системи навчання. Викладено основні методики, що застосовуються в процесі навчання, наведено переваги та моменти, що потребують обговорення.

The article presents the experience of teaching of Obstetrics and Gynecology in the conditions of the credit-modular system. Main methods, which are used in the course of the study, advantages and points which need discussion are described.

Вступ. Реорганізація педагогічного процесу в умовах Болонської системи є непростим процесом, особливо для вищої медичної школи. Розвиток медицини, науки та сучасних технологій спонукає до змін і в системі медичної освіти, одним з основних завдань якої є підготовка спеціалістів високого рівня. Модернізація системи освіти надасть можливість спеціалісту бути не тільки конкурентоспроможним в умовах ринку, але, що є основним, надати пацієнту кваліфіковані послуги в медичній галузі з урахуванням індивідуального підходу до кожної людини [1, 2].

Основна частина. На кафедрі акушерства та гінекології за кредитно-модульною системою навчаються студенти IV, V, VI курсів медичного факультету та факультету підготовки іноземних громадян. Програма з дисципліни «Акушерство та гінекологія» структурована на 4 модулі. Модулі 1 та 2 передбачають вивчення фізіологічного та патологічного акушерства, модуль 3 – вивчення гінекології, модуль 4 – акушерства та гінекології. Базова програма з акушерства та гінекології передбачає ознайомлення з деякими моментами з ендоскопічних технологій, однак не в повному обсязі. Зважаючи на недостатнє висвітлення питання ендоскопічних втручань в базовій програмі, а також швидкий розвиток сучасних медичних технологій у вищій медичній навчальній закладі III-IV рівня акредитації було введено елективний курс «Ендоскопічні втручання в акушерстві та гінекології» для студентів V та VI курсів.

На кафедрі наявне до кожного практичного заняття методичне забезпечення (українською, російською та англійською мовами) у вигляді календарно-тематичних планів практичних занять, тематичного плану для самостійної роботи студентів, методичних розробок практичних занять для викладачів та студентів, пакета тестового контролю знань, набору ситуаційних занять та методичних вказівок для самостійної роботи студентів, тематичні таблиці та відеоматеріали.

Проведення педагогічного процесу в умовах Болонської системи має певні переваги. Зокрема, розроблена система оцінки як поточної навчальної діяльності студента у балах від «0» до «8» залежно від модуля, так і для оцінювання підсумкового модульного контролю. Кожен бал розподіляється на оцінку тестового контролю знань, теоретичної підготовки, самостійної роботи та ін. Аналогічно у балах оцінюється практична підготовка студента. Відмова від конвертації традиційної оцінки у бали дозволяє більш диференційовано оцінити знання та уміння з кожної теми [3, 4].

Відведено більше часу на самостійну роботу студента біля ліжка хворого. Даний вид роботи дозволяє формувати навички клінічного мислення, основного на самостійному обстеженні хворого, встановленні попереднього діагнозу, визначення плану обстеження та лікування.

Інтеграція медичної освіти та науки в Європейську систему навчання передбачає не тільки реорганізацію

педагогічного процесу, але й підготовку фахівців з інших країн. Програма є єдиною як для українських студентів, так і студентів-іноземців. Безперечним плюсом є те, що викладачу, готуючись до проведення практичного заняття іноземною мовою, необхідно ознайомитись із сучасними закордонними науковими джерелами. Це стимулює викладача до удосконалення своєї професійної діяльності, поширення міжнародних контактів.

На кафедрі широко використовуються мультимедійні технології для читання лекцій як українським, так і іноземним студентам, наявний відеоматеріал (навчальні фільми, електронні підручники та посібники), що може бути використаний для проведення практичного заняття.

Однак, існують деякі суперечливі моменти, які вимагають подальшої дискусії. Скорочення годин лекційного матеріалу в умовах кредитно-модульної системи з однієї сторони позбавляє студентів цінного моменту педагогічного процесу, не дозволяє в повному обсязі викласти лектору всі положення теми, особливо в тих випадках, коли є об'єднання двох тем. Проте, це спонукає студента до самостійної роботи.

На нашу думку, написання навчальної історії хвороби у першому модулі «Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду» є недоцільним. Згідно з програмою студент має самостійно під наглядом викладача провести обстеження вагітної, роділлі та породіллі, взяти участь у пологах, вести роботу з медичною документацією. Програма першого модуля не передбачає вивчення значної кількості патологічних станів в акушерстві, а на сьогодні, враховуючи сучасні принципи акушерської служби, на госпіталізації знаходяться вагітні жінки із певними патологічними станами. Приблизно 60-80% вагітних жінок

мали обтяжений акушерський анамнез. Тому, вважаємо, що написання та захист навчальної історії слід перенести у другий модуль, коли студент ознайомився із значною кількістю акушерської патології і зможе більш осмислено оцінити даний вид роботи.

Позитивним моментом є і те, що програма передбачає надання консультацій студентам для підготовки до практичного заняття. Проте, лише деякі студенти виявляють необхідність у даному виді роботи. Часто консультації для студентів залишаються поза їхньою увагою, що свідчить про відсутність мотивації до самостійного навчання. Також є відкритим питання забезпечення студентів всіма необхідними матеріалами для відпрацювання практичних навичок (сучасними фантомами, муляжами, тренінговим устаткуванням та ін.), що є вкрай недостатнім.

Відомо, що іноземні студенти володіють значно нижчим рівнем підготовки, в тому числі із базових предметів, тому є необхідність витратити час на практичному занятті на повторення базових знань з таких предметів, як анатомія, нормальна фізіологія та ін. Проблемним питанням є самостійна робота студентів «біля ліжка хворого», оскільки деякі студенти не володіють достатнім рівнем української чи російської мови для проведення бесіди із пацієнтом. Тому виникає необхідність у залученні до практичних занять стандартизованих пацієнтів.

Висновок. В умовах кредитно-модульної системи навчання організація педагогічного процесу вимагає різностороннього підходу до проведення практичного заняття. Вона має суттєві переваги, однак, на нашу думку, на початковому етапі її впровадження слід дотримуватись компромісу між новітніми технологіями навчання та так званім традиційним підходом.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні / [Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін.]. – К.: Книга плюс, 2005. – 384 с.
2. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. – К., 2004. – 191 с.
3. Булах І. Є. Проблеми оцінювання знань студентів у

контексті вимог Болонської декларації / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, М. Р. Мруга // Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 20-22.

4. Медведенко Н. В. Модульно-рейтингова технологія оцінки досягнень студентів вуза / Н. В. Медведенко // Стандарти і моніторинг в освіті. – 2008. – № 1. – С. 18-22.

УДК 133.2+291.4+371.8+378.4

ДО ПРОБЛЕМИ ДУХОВНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ

Н. В. Скрипник, П. Ф. Дудій, Н. В. Пасечко*

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”,

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

THE PROBLEM OF THE SPIRITUAL TRAINING OF STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTES

N. V. Skrypnyk, P. F. Dudyi, N. V. Pasyechko*

SHEI “Ivano-Frankivsk National Medical University”,

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

У статті обговорюються питання, пов'язані з вихованням студентів медичних навчальних закладів. Поставлена проблема набуває особливої актуальності сьогодні, у час складних соціально-економічних й політичних катаклізмів. Автори показують, що формування духовного світогляду молоді людини, яка вибрала собі найбільш відповідальну та благородну професію, потребує щоденної праці. Професійна підготовка медичного працівника повинна формуватися перш за все на загальнолюдських, християнських і етичних принципах. Духовність і медицина, як показують автори, поняття нероздільні і складають фундамент сучасної науки і практики.

The article adduces the issues concerning the training of students of medical educational institutions. Problem set in the article assumes special importance today, during the social and economic problems and the political differences. In the article the authors show that molding of the spirituality of the young person, who selected the most noble profession requires daily labor. The professional training of medical worker must be formed, first of all, on the general human, Christian and ethical principles. Spirituality and medicine, as not not divisible show the author of concept and compose the foundation of contemporary science and practice.

Вступ. Духовність і медицина... Ці два поняття не роздільні, оскільки добре усвідомлюємо, що саме на такій міцній основі має триматися медична наука і практика. Дбаючи про здоров'я тіла, піклуючись про запобігання і попередження хвороб, маємо водночас не нехтувати духом, бо визначальний чинник здоров'я – духовність. Стародавній псаломспівець визнавав: “Очі мої підводжу я на гори: звідки прийде моя допомога? Допомога моя від Господа, що створив небо й землю” [Пс. 121 (120) 1-2].

Поставлена проблема набуває особливої актуальності сьогодні, у час складних соціально-економічних й політичних катаклізмів, які впливають особливо гостро на молодих людей. Формування духовного світу молоді в цілому і, зокрема, молоді, яка обрала для себе фах найблагороднішої і найвідповідальнішої з професій – медика – завдання масштабне, складне і, без сумніву, вимагає кропіткої наполегливої праці. Маємо розуміти, що професійна підготовка медичного працівника полягає не лише у формуванні певної системи знань, умінь та навичок, але й у розвитку таких специфічних рис особистості, що

відповідають вимогам майбутньої діяльності [3]. Тому саме у вузі маємо продовжити орієнтацію на формування у студентства загальнолюдських духовних надбань народу, його традицій, християнських та етичних норм співжиття, які споконвічно сповідували українці.

Справедливими й на часі видаються слова ученого В. Ф. Брауна: “Лише нове звернення до Бога може врятувати світ від катастрофи, що насувається. Наука і релігія – це сестри, а не вороги”. У час, коли рівень духовності катастрофічно знижується у зв'язку з відсутністю соціальної захищеності, явним чи прихованим безробіттям, невизначеністю моральних орієнтирів у політиці, розривом між морально-етичним розвитком людства і науково-технічним прогресом, зважити треба на суттєве, первинно-визначальне – Дух. Творець сказав: “Я є Світло...” Це світло передане кожному з нас, тому ми – теж Світло. Віддати його іншому – це святий обов'язок громадянина і людини, а втричі важливіше це тоді, коли професійна діяльність зобов'язує працювати з іншими людьми, присвячувати частину себе іншим [2].

© Н. В. Скрипник, П. Ф. Дудій, Н. В. Пасечко

Основна частина. Сьогодні, як ніколи, лежить велика відповідальність на медичних працівниках, які мають донести світло до пацієнта, лікувати не лише тіло, а бачити й розуміти внутрішній світ іншої людини, її проблеми, суть тієї чи іншої хвороби. Зважмо на те, що людство вражене недугою моральної і духовної слабості: насильство, породжене втратою віри й спокою у душах, техногенні і екологічні катастрофи, стрімкі темпи життя, СНІД, наркоманія, руйнація власного “я” та внутрішня нестабільність [7].

Тому більшість вітчизняних та зарубіжних учених-дослідників сповідують істину: без культу духовності людство загине. У цьому переконливим фактором є уроки історії, які нам треба усвідомлювати серцем і розумом, і, звичайно, повернення до вічних істин Книги Книг, де можемо черпати відповіді на питання, знайти заспокоєння, розраду та духовну поживу для себе і того, хто йде поруч з нами.

Тим більше, що ми, українці, народ віруючий. Це в наших генах. Щоправда багато втрачено у часи тоталітарні, та повернути орієнтацію вузівських програм до християнських моральних цінностей, які є основою гуманістичних ідеалів, ніколи не пізно, бо у нас є в цьому плані міцні традиції, укладені впродовж історичного розвитку.

Згадаймо, що релігійність і патріотизм – головні джерела традиційного виховання української молоді від часів Київської Русі. Українська історія знає взірцеві славні імена, які посвяtilись цілком церкві і народові: княгиня Ольга, святий Володимир Великий, святий Борис і Гліб, а за ними цілі хори преподобних Божих угодників і мучеників. Служіння Богові й Батьківщині – дві абсолютні цінності українського народу, які були, є і будуть фундаментом цивілізованого суспільства. Дуже глибоко розумів місію педагога наш філософ Григорій Сковорода. Зовсім не завадило б нам, сьогоднішнім, заглянути до його спадщини. Як писав геніальний Г. Сковорода, людина народжується двічі: фізично й духовно. Біля духовної коліски стоїть духовний наставник – учитель, який стає другим батьком, матір’ю, бо прищеплює її душі високі моральні якості віри, надії, любові, глибокої поваги до рідної землі, свого народу, держави. Духовну людину, на думку Г. Сковороди та інших українських мислителів, творить шлях добра: через пізнання, усвідомлення й розуміння своєї істинної духовної природи, свого призначення у світі, до чого людину закликає вчення Христа: “Бог і щастя – недалеко воно. Близько воно. У серці і душі твоїй” [6].

Вчитуючись у біографії багатьох видатних лікарів, відзначаємо, що жили вони вірою. Рудольф Вірхов і

Луї Пастер, Микола Пирогов і Феофіл Яновський, Іван Павлов і Володимир Філатов, професор Валентин Войно-Ясенецький, автор “Нарисів гнійної хірургії” (архієпископ Лука), Андрій Блум (митрополит Сурожський Антоній). Згадаймо хоча б, що видатним ученим був архієпископ св. Василій Великий [бл. 330–379], який правильно пояснював зміну фаз Місяця і вказував розміри Сонця, впливом Місяця обгрутовував припливи і відливи і навіть пояснив механізм утворення веселки заломленням сонячних променів у краплинах води. Після падіння Західної Римської імперії саме монастирі стали вогнищами культури, де переписувались і зберігались твори давніх учених (для прикладу, символ бенедиктинського монашого ордену – хрест, книга і плуг). А коли на початку другого тисячоліття н. е. в містах Європи почали засновуватися університети, то професорами в них довгий час були виключно люди духовного стану. Серед видатних вчених папа Сильвестр II (помер у 1003 р., за переказом, він став прототипом доктора Фауста), німецький філософ Альберт Великий [бл. 1200–1280], італійський філософ Тома Аквінський і багато інших. Відомо, що це німецький математик і астроном єзуїт Христофор Сейнер (1575–1650) почав вивчати Сонце, і його книга про найближчу до нас зірку (1600–1675) була тоді найдетальнішою розповіддю про неї. Першу карту Місяця склав бельгійський математик єзуїт Мішель Лангрен (1600–1675). Подвійність зірок виявив у 1650 р. італійський учений єзуїт Жоан Річчолі (1598–1671). Точні виміри радіуса Землі у XVII ст. виконав французький астроном аббат Жак Пікар (1620–1682). Першу малу планету 1 січня 1801 р. відкрив італійський астроном священник Джузеппе Піацці (1746–1826) [2].

Серед учених минулого століття варто згадати, зокрема, видатного італійського вченого єзуїта Анжело Секкі (1818–1888) – автора понад 300 наукових праць з астрономії та астрофізики, члена усіх найважливіших європейських академій наук. До речі, сьогодні Папська академія наук є однією з найавторитетніших у світі. Прикладом сучасного лікаря і водночас пастиря душ є Михайло Вікторович Суховій, доктор медичних наук, настоятель храму на честь ікони Божої Матері “Пантанасса” на території 9-ї міської лікарні міста Києва.

У нашій історії найяскравішим прикладом плідного поєднання медицини з релігією може слугувати “Киево-Печерський патерик”. Більш сучасним аналогічним документом, який, спираючись на канони християнської Церкви й використовуючи останні досягнення медичної науки, викладає моральні засади

професійної діяльності лікаря, є всесвітня Хартія працівників охорони здоров'я. У друкованій передмові до неї, зокрема, вказується, що, “виходячи із очевидності створення фундаментального постулату про недоторканість життя, сприяння життю і потребу охороняти життя як основу біоетики, Церква займає позицію, яка є конструктивною і відкритою щодо поступу науки і технологій, коли цей поступ поєднується з розвитком цивілізації”. Із цього ж таки документа варто ще було б процитувати слова Івана-Павла II, що для лікаря “пацієнт... ніколи не є лише клінічним випадком, а завжди – хворою людиною, до якої “він має ставитись із щирою симпатією”.

“Якби ми вчилися так, як треба, то й мудрість би була своя”, – мовив Тарас Шевченко. Студіюючій молоді, яка обирає найгуманнішу з професій, треба розуміти значення цих слів великого сина України.

Світ знає, що на 10 Божих Заповідях тримається духовність людства. Чи придумав хтось щось краще?

Так, у тоталітарні часи друкували щороку сотні книжок, в яких твердилось: Бога немає. В усіх цих книгах говорилося про те, нібито “наука несумісна з релігією”, нібито “наука перебуває в стані неперервної боротьби з релігією”. Від нас приховували, що більшість найвидатніших учених світу були і є глибоко віруючими і це не заважало (і не заважає) їм здійснювати важливі наукові відкриття. Якби справді релігія була несумісна з наукою, то відтоді, відколи наука існує, всі вчені мали б бути атеїстами. А це, як побачимо, зовсім не так. В 1909 р. німецький професор Др. Денерт опублікував книгу з результатами опитування 262 провідних вчених світу. З них 92 % визначили себе віруючими і лише 2 % атеїстами, 6 зачислили себе до агностиків, тобто до таких, хто “не знає”, хто не має з цього питання певної думки. На початку 30-х років із 133 англійських та американських учених визнали себе віруючими 89 %. Ці результати були наведені тоді ж у книжці Тамбура “Релігійні вірування сучасних учених”. Найповнішу збірку висловлювань провідних учених ХХ ст. на релігійні теми “Що кажуть про Бога сучасні вчені” опублікував у Брюсселі (1960 р.) ієромонах Куртуа. Додамо, що в наш час із кожних п'яти професорів у США чотири визнають себе віруючими [2].

Скажімо про це молоді, покличмо її до усвідомлення своїх обов'язків перед іншою людиною, до аналізу власного “я”, подій, процесів задля самовдосконалення душі під Господнім благословенням та опікою. Як ніколи, актуальна сьогодні істина-постулат: “Дай мені, Боже, мудрість мого стану, щоб я усе сповняв, чого бажаєш, дай мені розуміти мої обо-

в'язки, дай мені мудрість моїх обов'язків і дай мені виконати так, як треба і як належить на славу Твою і хосен моєї душі”. Як часто сьогодні доводиться спостерігати і бачити на власні очі протилежне – бездіяльність, часом байдужість до хворого, який потребує доброго слова і поради від лікаря.

Майбутній лікар ще на студентській лаві має зрозуміти, що ближні потребують його допомоги, присутності, розуміння, любові. Хворий чекає на його сподвижницьку працю й милосердя, знання й культуру, зразкове життя і душевну підтримку. Це ті моральні і професійні обов'язки, які вищі за інтереси особисті. Це те, що мусиш, бо обрав саме такий фах. А за цим воістину мудре: не чини того, що тобі хочеться, а чини те, що повинен, щоб бути гідним Бога і слова “Людина”.

У видатного письменника – лікаря А. П. Чехова є дуже влучна думка про те, що всюди потрібні, як сонце, подвижники, які, “представляючи найбільш поетичний і життєрадісний елемент суспільства, розбуджують, утішають, облагороджують”. “Подані самим життям, – вважає він, – є поза будь-якою ціною”. Такими сподвижниками на духовній ниві і мають стати майбутні лікарі. Народ вправі того від них вимагати, передовсім тому, що вони дають клятву і посвячуються нести відповідальність за здоров'я своїх пацієнтів впродовж усієї професійної діяльності. І підтримки у цій справі маємо просити у Спасителя. “Ora et labora”, – закликали мудрі римляни. Моліться та прощаймо на благо людини і кличмо за собою молодь.

Проміжок часу відмежовує нас від славнозвісних подій 23–24 червня 2002 р., коли українська громадськість зустрічала на рідній землі Святішого Отця Івана Павла II Папу Римського. Перші слова, що пролунали з уст Святішого Отця на Сихові під час зустрічі з молоддю: “Господи, а до кого ж іти нам? Це ж у Тебе слова життя вічного” (Ів. 6,68). Це євангельське питання стало ключовою думкою всіх промов Папи до нашої молоді. Так, Святіший Отець подав компас, щоб допоміг у бурхливому морі життя. І ним є віра, духовність, добротворення. Віряться, що й на царині медицини будуть такі сподвижники, які основний постулат медичної етики “Не зашкодь” – цю давню Гіппократову заповідь – доповнять новим актуальним принципом: “Твори благо іншому” [5].

“Християнське виховання є більшим добром, ніж усі добра світу”, – писав митрополит Андрей Шептицький. Розуміючи вагомість цих слів мислителя, повертаємось у роботі до подальшої гуманізації ме-

дицини, суттєвого підвищення морально-духовного рівня майбутніх лікарів [1].

У концепції виховання молоді в національній системі освіти України підкреслюється, що “ідеалом виховання на сучасному етапі є високоосвічена, професійно компетентна, всебічно розвинена особистість, наділена глибокою національною й державницькою відповідальністю – творчим, тілесним, духовно-моральним здоров’ям й естетичними, родинними й патріотичними почуттями...” [4]. А здо-

ров’я нації – скарб, який слід плекати, передавати з покоління у покоління, виховуючи себе, рідних й оточуючих у національній гордості, вірі в Бога та у прагненні до висот Духа.

Висновок. Отже, формування духовної культури особистості є одним з найважливіших завдань вищої школи.

А справжнє мислення професіонала-медика не усвідомлюється без розуміння духовних істин, відродження нації, гуманістичних цінностей.

Література

1. Заборовський Я. Ю. Митрополит Андрей Шептицький / Я. Ю. Заборовський. – Львів : Видавництво “Олір”, 1995. – 176 с.
2. Климишин І. А. Вчені знаходять Бога / І. А. Климишин. – Івано-Франківськ : Нова Зоря, 1999. – 96 с.
3. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник) / В. Є. Мілерян. – Київ : Хрещатик, 2003. – 80 с.
4. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / [З. Н. Курлянд, Р. І. Хмельюк, А. В. Семенова та ін.]; за ред. З. Н. Курлянд. – [3-тє вид., перероб. і доп.]. – К. : Знання, 2007. – 495 с.
5. Свіщук Я. Ідїть і навчайте всі народи : проповіді / Я. Свіщук. – Львів : Свічадо, 2002. – 340 с.
6. Сковорода Г. Твори : у 12 томах / Г. Сковорода. – Т. 1. – К., 1994.
7. Якїбчук М. В. Напрями розвитку гуманізації і комунікаційна компетентність у контексті безперервної освіти / М. В. Якїбчук // Наук. часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 7 : Релігієзнавство. Культурологія. Філософія. – 11 (21). – Київ, 2007. – 153 с.

ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ “МЕДИЧНА ОСВІТА” ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Особливо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210×297 мм), 1800-2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на CD. Текст подавати у форматах *.doc, *.rtf, *.docx; рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати редактор формул Microsoft Equation.

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 хирург. – 1994. – № 5. – С. 67–68.

2. Chisari F. V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver / F. V. Chisari // J. Immunol. – 1978. – Vol. 121, № 4. – P. 1279–1286.

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я. І. Гонський, Г. Г. Шершун, І. М. Кліш [та ін.] // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні : тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ – Полтава, 1998. – С. 115–116.

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

1. А. с. 1007970 СССР, МКИ³ В 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). – № 3360585/25-08; заявл. 23.11.81; опубл. 30.03.83, Бюл. № 12.

2. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК⁷ Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / Чугаева В. И.; заявитель и патентообладатель Воронеж. науч.-исслед. ин-т связи. – № 2000131736/09; заявл. 18.12.00; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (II ч.).

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

1. Кияшко А. О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни : дис. ... 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 на адресу:

Редакція журналу “Медицина освіта”

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

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху!