

Міністерство охорони здоров'я України

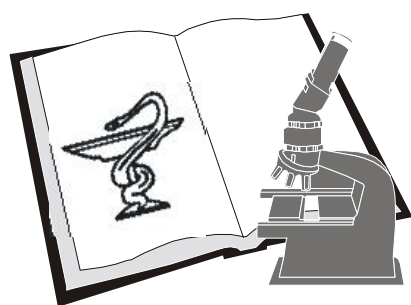
*ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України"*

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

4/2012

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.
Гошинський 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

Бабанін А. А. (Сімферополь)
Балл Г. О. (Київ)
Богатирьова Р. В. (Київ)
Бондаренко О. Ф. (Київ)
Буларчук Л. Ф. (Київ)
Дзяк Г. В. (Дніпропетровськ)
Запорожан В. М. (Одеса)
Зіменковський Б. С. (Львів)
Казаков В. М. (Донецьк)
Ковешніков В. Г. (Луганськ)
Максименко С. Д. (Київ)
Мороз В. М. (Вінниця)
Москаленко В. Ф. (Київ)
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)
Чепелева Н. В. (Київ)
Черних В. П. (Харків)
Чернищенко Т. І. (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” внесений до переліку фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора педагогічних 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 № 5 від 28.11.2012 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 29.11.2012. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 17,90. Обл.-вид. арк. 15,39.
Тираж 600. Зам. № 8.

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

ЗМІСТ

<i>Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, В. В. Краснов</i> ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ВИКЛАДАЧІВ У СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ПРОПОЗИЦІЇ)	6
<i>І. О. Крицький, П. В. Гоцинський, Г. А. Крицька</i> ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ПРАКТИКУ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТДМУ	18
<i>Т. І. Аністратенко</i> АЛІМЕНТАРНА ПРОФІЛАКТИКА ДИСТРЕСУ, ЯК РОЗДІЛ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ”, У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОГО ПСИХОЛОГА	20
<i>В. Г. Бардов, І. В. Сергета, А. М. Гринзовський</i> МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ТА МІСЦЕ І РОЛЬ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ У СТРУКТУРІ ВИКЛАДАННЯ НОРМАТИВНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ”	24
<i>І. Л. Беженар</i> ВИКЛАДАННЯ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “СТОМАТОЛОГІЯ”	29
<i>Н. А. Бількевич</i> ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ІНФОРМАЦІЇ СТУДЕНТАМИ З РІЗНИМ ТИПОМ ІНФОРМАЦІЙНОГО МЕТАБОЛІЗМУ	32
<i>Л. Д. Грицан</i> ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ “ЕКСТРАКЦІЯ” В КУРСІ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ У ВИЩОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	36
<i>М. Ю. Жаріков, С. Б. Крамар, Д. І. Назарова</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ 2 ТА 3 КУРСІВ В АСПЕКТІ ПІДГОТОВКИ ДО ІСПИТУ КРОК-1	41
<i>Г. Я. Загречук, В. П. Марценюк</i> КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ	44
<i>О. І. Зарудна</i> РОЛЬ ВИКЛАДАЧА В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ	48
<i>М. В. Йолтухівський, С. В. Коновалов, І. В. Гусакова</i> КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ	50
<i>К. А. Калашнікова, О. О. Старець, Н. О. Нікітіна</i> ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	53
<i>М. В. Кирилів</i> ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ “МЕДИЧНА ХІМІЯ”	56
<i>І. М. Кліщ, М. І. Марущак, І. Я. Криницька</i> ОСОБЛИВОСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ З ДИСЦИПЛІНИ “КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА”	59
<i>С. О. Коноваленко, Р. М. Гнатюк, Л. В. Татарчук</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ СТУДЕНТІВ ТА ЇХ УСПІШНІСТЮ ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ	62
<i>О. П. Корнійчук, Л. М. Бурова</i> ОСВІТНЯ ТЕХНОЛОГІЯ “МЕТОД ПРОЕКТІВ”: СТАН РОЗРОБКИ В НАУКОВО-МЕТОДИЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	66

<i>Д. Б. Коробко, О. Б. Поляк</i> ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ – НЕОБХІДНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО СПЕЦІАЛІСТА В ГАЛУЗІ ФАРМАЦІЇ	70
<i>Т. М. Косовська</i> ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ – НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ	73
<i>Р. Б. Коцюба</i> ОБГРУНТУВАННЯ ЗНАЧЕННЯ МЕТОДИКИ “ЄДИНОГО ДНЯ” ДЛЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ВИВЧЕННІ ІНОЗЕМНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ЛЕКСИКИ	78
<i>І. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко</i> КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТА “МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ” У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	82
<i>М. М. Лебедюк, І. В. Ашаніна</i> ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ ТА ОСНОВ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	85
<i>С. С. Левенець</i> МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ	87
<i>Л. Т. Максимчук, О. О. Дорошенко, В. А. Гриб</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ВИКЛАДАННЯ НЕВРОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	91
<i>С. М. Маслій</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ЛІКАРІВ: СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	94
<i>І. М. Мельничук</i> СФЕРИ І ФУНКЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ В АВСТРІЇ	98
<i>І. В. Мерецька</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	105
<i>Ю. М. Нечитайло, О. Г. Буряк, Д. Ю. Нечитайло</i> ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ	108
<i>Е. В. Олійник</i> СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	111
<i>С. Т. Омельчук, Т. І. Аністратенко, Н. В. Велика</i> ПРОФІЛІЗАЦІЯ РОЗДІЛУ “ГІГІЄНА ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ” У ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ” НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	113
<i>Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко</i> НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИВЧЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ ЯК ПІДГОТОВКА ДО ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ НА ВІДПОВІДНИХ КАФЕДРАХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ІІІ-ІV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ	117
<i>М. М. Потяженко, Н. О. Люлька, Н. Л. Соколюк, С. О. Гаєвський</i> ФОРМУВАННЯ ЗНАТЬ, УМІНЬ І ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З КАРДІОЛОГІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ “ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ”	120
<i>А. М. Пришляк, В. І. Зевако, К. Л. Стефанишин</i> ФОРМУВАННЯ ВМІНЬ ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	123
<i>Н. І. Рега</i> ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА	126
<i>О. Ю. Руда, О. В. Костильов</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ЗАСОБІВ НАВЧАННЯ, КОНТРОЛЮ ТА САМОКОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	130

<i>О. Л. Сидоренко</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ-МЕДСЕСТЕР НА КАФЕДРІ НЕВІДКЛАДНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТДМУ ІМ. І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	132
<i>О. Є. Січкоріз</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я У СИСТЕМУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	135
<i>Т. А. Табалуок</i> ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НАВЧАННЯ	138
<i>Т. А. Хомазюк, В. І. Гриценко, Ю. П. Люлька</i> ДИСТАНЦІЙНА ДОДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ? ЗАВДАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	141
<i>О. В. Швидкий, О. А. Хадикіна, В. С. Малиновська</i> ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ТА СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ПІДРУЧНИКА	144
<i>О. А. Шевченко, Н. І. Рублевська, Ю. С. Крамарьова</i> НООСФЕРНО-ЕКОЛОГІЧНИЙ ІМПЕРАТИВ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОГО СВІТОГЛЯДУ ЛІКАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	148
<i>С. І. Шкробот, О. П. Венгер, Т. П. Гусева</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ	151

УДК 614.23/25:371.27

ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ВИКЛАДАЧІВ У СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ПРОПОЗИЦІЇ)

Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, В. В. Краснов

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ORGANIZATION OF TEACHER'S CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT IN HEALTH EDUCATION SYSTEM (ANALYTICAL REVIEW AND SUGGESTIONS)

Yu. V. Voronenko, O. P. Mintser, V. V. Krasnov

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

Проведений аналіз різних концепцій підготовки викладачів у системах медичної освіти. Показана необхідність удосконалення принципів підготовки кадрів в освіті. Запропоновані стратегічні напрямки побудови системи підготовки викладачів вищих медичних навчальних закладів, що ґрунтуються на сучасних світових тенденціях.

Analysis of the various teacher training in health education is performed. The necessity to improve the principles of training in education is shown. The strategic directions of medical schools teacher training construction, based on current trends of the world systems are proposed.

Вступ. Існуюча система підготовки викладачів для вищої школи побудована на кращих традиціях радянського періоду. Проте сучасні тенденції швидко мінливого світу, підвищення вимог до якості підготовки фахівців, стрімкий розвиток інформаційних технологій тощо актуалізують питання про концептуальне вдосконалення всієї системи.

Школа підготовки педагогічних кадрів у галузевих освітніх установах також має формальний підхід. Як правило, основний педагогічний склад кафедр поповнюється випускниками аспірантури. Разом з тим, програма очної підготовки аспірантів далеко не завжди включає педагогічний курс, а якщо він і є, то його тривалість і наповнення визначаються хаотично. Згідно з Положенням про підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів [1] аспірант і докторант зобов'язані проходити педагогічну практику, але ця вимога не завжди виконується в установах, які готують наукові кадри і не займаються педагогічною діяльністю. У свою чергу, в навчальних закладах з аспірантури або докторантури тривалість і якість педагогічної підготовки не регламентуються.

Недоліки сформованого підходу можна розглянути на прикладі порядку присвоєння вчених звань, який має суто формальний характер, згідно з яким статус доцента або професора визначається терміном ро-

боти на посаді та кількістю публікацій [2]. У той же час такі поняття, як створення авторської школи, професіоналізм педагога тощо, залишаються поза увагою. Як наслідок у викладачів відсутній стимул підвищувати свій педагогічний професіоналізм.

Багато питань викликає балансування викладача між трьома професійними сферами діяльності – предметною, науковою та педагогічною. Кожен викладач клінічної дисципліни (предмета) за освітою і за родом діяльності насамперед повинен бути лікарем (за базовим рівнем вищої професійної освіти). По закінченню аспірантури (докторантури), виконання та успішного захисту дисертації він здобуває науковий ступінь (кандидата чи доктора знову ж таки медичних наук). І вже в процесі освоєння досвіду педагогічної діяльності та / або набуття додаткової кваліфікації стає педагогом вищої школи. Виникає питання: яка з перелічених сфер діяльності є пріоритетною для викладача вищої медичної школи, а яка другорядною? У стандартах Всесвітньої асоціації медичної освіти в розділі 5.2. “Правила роботи та професійне вдосконалення співробітників” ще у 2001 році були сформульовані такі рекомендації: “Медичний навчальний заклад повинен розробити правила роботи, що описують співвідношення педагогічної, науково-дослідної та практичної медичної діяльності в ньому, а

© Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, В. В. Краснов

також стимулюють академічну діяльність співробітників, як в науково-дослідній, так і в педагогічній областях”.

В типовому положенні про атестацію педагогічних працівників [3] говориться про частоту обов’язкового проходження підвищення кваліфікації (не рідше одного разу на п’ять років), а також зазначається, що атестаційна комісія перевіряє якість роботи викладачів через відвідування навчальних занять та інших заходів, вивчає рівні навчальних досягнень тих, хто навчався у цього викладача, перевіряє активність викладача у заходах, пов’язаних з організацією навчально-виховної роботи, тощо.

Але в положенні про атестацію наукових працівників, до яких відносяться викладачі [4] медичних закладів, вимоги до критеріїв якості роботи викладачів, що можуть бути перевірені, вже відсутні.

Згідно з існуючою системою підвищення кваліфікації викладачів короточасне циклове підвищення кваліфікації тривалістю 78 та 156 годин неможливо присвятити висвітленню та освоєнню якої-небудь однієї актуальної монопроблеми, наприклад, педагогічних вимірювань, проектування освітніх програм тощо.

Для підвищення кваліфікації викладачів медичних навчальних закладів деякі університети укладають договори з класичними навчальними закладами та здійснюють взаємодію з традиційною системою підготовки викладачів. Але, згідно з специфікою роботи традиційної системи підготовки викладачів, відповідні структури мають досить віддалене уявлення про професійну діяльність лікарів-науковців-педагогів у різноманітних і складних предметних областях їх професійної діяльності. Саме тому результативність подібної підготовки залишається під питанням.

Ще одне невирішене питання стосується формування загальних (універсальних) компетенцій, про які вже більше десяти років говорить Європа. Як відомо, виділяють три типи загальних компетенцій:

1. Інструментальні компетенції, що включають: пізнавальні, методологічні, технологічні і лінгвістичні здібності. Короткий перелік: здатність до письмової та усної комунікації рідною мовою, знання другої мови, навички роботи з комп’ютером, навички управління інформацією, дослідницькі навички.

2. Соціально-особистісні компетенції, що включають: індивідуальні здібності типу соціальних навичок (навичок соціальної взаємодії і співпраці). Короткий перелік: толерантність, дотримання етичних норм у відношенні до інших людей і відносно природи (прин-

ципи біоетики); здатність навчатися, здатність до критики та самокритики; креативність тощо.

3. Системні компетенції, до складу яких входять: системи здібностей і навичок (комбінації розуміння, сприйнятливості і знання, попереднє отримання інструментальних і міжособистісних компетенцій, становлення яких відбувається на більш пізніх етапах навчання). Короткий перелік: здатність до системного мислення, адаптивність і комунікабельність, наполегливість у досягненні мети, турбота про якість виконуваної роботи.

Важливим є те, що загальні компетенції мають формуватися на етапах підготовки до педагогічної діяльності та набуття професійного досвіду (аспірантура, докторантура, післядипломне навчання, магістратура, підвищення педагогічної кваліфікації, досвід практичної роботи тощо).

Основна частина. Мета – обґрунтувати та запропонувати концептуальні підходи до побудови системи підготовки викладачів вищих медичних навчальних закладів.

Принципи підготовки викладачів вищих медичних навчальних закладів в Європі.

Слід визнати, що система підготовки і підвищення кваліфікації педагогічних кадрів вищої школи України досить істотно відрізняється від парадигм західних країн, зокрема, наших найближчих сусідів – Європейського Союзу. Університет на Заході – це в першу чергу науковий і тільки в другу – освітній центр. Навпаки, в українських вищих навчальних закладах, включаючи медичні, пріоритети розставлені у прямо протилежній функціональній ієрархії. Науково-дослідні завдання існують лише як придаток освітніх. При цьому, не будучи вченими, викладачі такого навчального закладу навряд чи можуть підготувати інноваційно-мислячі креативні кадри. У кращому випадку вони здатні виступати як транслятори минулих досягнень. Реалією сучасної української науки є й те, що науково-дослідна діяльність у більшій частині професорсько-викладацького складу пов’язана лише з підготовкою та захистом дисертацій. Отримавши ступінь, чимало викладачів свою наукову роботу фактично припиняють, а багато викладачів медичних навчальних закладів йдуть в практичну охорону здоров’я, де праця фахівця такого класу оплачується значно вище.

У сучасному, швидко мінливому світі із зростанням вимог до якості роботи медичного персоналу неухильно зростають вимоги до їх якісної підготовки і безперервного вдосконалення. Як наслідок логічно постає питання про створення системи безперерв-

ного професійного розвитку (БПР) професорсько-викладацьких кадрів у системі медичної освіти.

Для розробки і реалізації концепції БПР у 1972 році в Копенгагені була заснована Світова асоціація медичної освіти (WFME). Мета Асоціації – сприяти комунікації серед медичних викладачів та розвитку національних асоціацій з питань медичної освіти по всій Європі. У 2001 р. виконавчим комітетом WFME був прийнятий набір стандартів медичної освіти [5]. У числі найважливіших елементів забезпечення якості післядипломної медичної освіти окремим рядком виділений “Професорсько-викладацький склад і персонал кафедр”. У пункті 5.2 Стандарту сформульовані “Правила роботи та професійне вдосконалення співробітників”. У них вказується: з метою підвищення якості академічної діяльності співробітників рекомендовано включити навчання, підвищення кваліфікації та сертифікацію викладачів медичних навчальних закладів з проблем педагогіки.

Сучасний ракурс змін в області ідеології навчання викладацьких кадрів медичних навчальних закладів був заданий Болонською декларацією. У 2005 році Україна офіційно підтримала Болонський процес і прийняла на себе відповідальні зобов’язання “робити кроки по внесенню змін у національну політику з тим, щоб система вищої освіти та інші суспільні інститути забезпечували можливість розвитку неперервної освіти”, включаючи медичну освіту [6].

Перехід на сучасну систему навчання викладачів, що ґрунтується на освіті впродовж усього життя, вимагає переосмислення її методології, розробки принципів ефективного функціонування.

Цікавим є досвід європейських країн, з якими Україна будує взаємодію інтеграційного рівня. У ряді європейських країн при підготовці кадрів для всіх сфер педагогічної діяльності наголос робиться на навчанні управління самоосвітою і плануванні навчальної діяльності, а також на індивідуальні форми навчання. Для управління цим процесом був спеціально створений Міжнародний інститут планування та управління освітою ЮНЕСКО (ІПРЕ). Програми підготовки в ІПРЕ розроблені з актуальних проблем управління і планування освітою і діляться на п’ять категорій:

- програми поглибленої підготовки;
- програми стажерів;
- майстерні та спеціальні курси;
- семінари та форуми з освітньої політики;
- концепція та поширення дидактичних матеріалів (для викладацьких кадрів медичних факультетів університетів – Віртуальні університети франкофонії) [7].

Крім державних структур підготовкою і підвищенням кваліфікації викладацьких кадрів медичних навчальних закладів активно займається Національна асоціація медичної освіти (CIDMEF). Групою її експертів були визначені 3 рівні педагогічної компетентності і відповідні цим компетенціям рівні навчання педагогічних кадрів.

Перший рівень – це мінімально необхідна освіта починаючого викладача (базові знання психології викладання та навчального планування, первинні навички роботи в якості т’ютора).

Другий рівень орієнтований на навчання штатного викладача, здатного розробляти навчальні плани, програми міждисциплінарних модулів, брати участь у комплексному оцінюванні досягнень студентів.

Третій рівень визначає компетентність експерта в певній сфері (навички та вміння в навчанні т’юторів, дослідження в освіті, науках про контроль знань, оцінці якості освіти, володінні навичками комплексної підсумкової державної атестації студентів, сертифікації освітніх програм тощо).

Ця таксономія рівнів кваліфікації вважається базовою для підготовки до педагогічної діяльності викладачів медичних факультетів університетів ряду країн: для першого рівня – обов’язкова освіта кандидатів на пост університетського асистента (або клінічного асистента); для другого рівня – сертифікована педагогічна освіта; для третього – освоєння магістерської програми “науки про навчання”, докторантура з педагогіки та / або навчальне стажування в експертних центрах.

Навчання починаючого викладача здійснюється безперервно впродовж усього навчального року на базі медичних коледжів, шкіл, факультетів медичних університетів, що мають спеціалізовані медико-педагогічні підрозділи. Наприклад, в університеті Ніцци заняття для т’юторів проводяться у формі щомісячних дводенних семінарів-тренінгів. Заняття відвідують як початківці-викладачі, так і практикуючі лікарі, які займаються зі студентами в університетських клініках. Освоєння освітніх програм початкового рівня завершується сертифікаційними іспитами і видачею сертифіката викладача медичного навчального закладу.

Для всіх викладачів університету Ніцци обов’язковим є щорічне протягом 8–10 днів навчання з різних проблем педагогічної діяльності в медичному навчальному закладі. Це може бути освоєння нових симуляційних технологій навчання студентів, навчання навичкам проектування міждисциплінарних програм навчальних модулів тощо. За підсумками навчального року проводяться щорічні педагогічні конгреси.

В університетах Франції поширене навчання викладачів в процесі виконання різного роду освітніх проєктів, що ініційовані як самими викладачами, так і адміністраціями факультетів. Як правило, це проєкти, що потребують великих предметно-професійних та інженерних знань. Тому для їх виконання формують змішані мультидисциплінарні команди.

Основною тенденцією побудови післядипломної педагогічної освіти в Європі є індивідуалізація навчання, що дозволяє забезпечити оптимальні умови для особистісного та професійного зростання кожного педагога з урахуванням його індивідуальних особливостей. Індивідуалізація навчального процесу здійснюється кількома шляхами:

1. Складання індивідуального навчального плану студента спільно з викладачем-консультантом, який є офіційною сполучною ланкою між тим, хто навчається, і освітньою структурою. У ньому зафіксовані освітні програми, які планує засвоїти той, хто навчається, зміст навчання, тривалість навчання та форми оплати.

2. Створення “портфоліо”, тобто індивідуальної картотеки, в якій містяться сертифікати, дипломи та інші документи, що підтверджують вже наявні в учня знання, уміння, компетенції.

3. Обов’язковий супровід процесу навчання викладачем-консультантом, який допомагає керувати процесом навчання з моменту вибору освітньої програми, так і у всіх скрутних ситуаціях, що виникають в ході освітнього процесу у того, хто навчається.

Не менш цікавий досвід безперервного навчання професорсько-викладацьких кадрів накопичений колегами медичних факультетів університетів Німеччини. Для розвитку факультету в 2000 році в Рурському університеті Бохума був заснований Центр медичного навчання, перетворений пізніше в Центр медичної дидактики (MeDiVo), в якому сформульовані такі пріоритети та цілі діяльності:

- підготовка компетентних експертів з питань вищої медичної освіти;
- впровадження інновацій у сферу вищої медичної освіти;
- поліпшення якості вищої медичної освіти;
- підтримка досліджень у сфері вищої медичної освіти;
- стимулювання мотивації викладачів до індивідуальної кар’єри в професії.

Одним з основних принципів навчання в Центрі медичної дидактики є поєднання предметно-професійної та дидактичної складових викладацької діяльності, що реалізується на підставі роботи мультипрофесійної команди.

У країнах Європи також використовується покроковий підхід до кваліфікаційної підготовки викладачів медичних факультетів, що забезпечується різноманітністю програм навчання, пропонуваних для різних категорій викладачів, які навчаються, і різних рівнів навчання. При цьому тривалість навчання варіює від дводенних тренінгів до дворічних магістерських програм з медичної дидактики.

Для розширення можливостей навчання викладацьких кадрів медичних факультетів університетів у Німеччині в 2009 р. було засновано міжвузівське об’єднання – Державна медична академія Landesakademie North Rhine-Westfalia, членами якої стали 8 університетів з медичними факультетами на території Землі Північний Рейн-Вестфалія.

Крім університетських структур в Німеччині активно функціонує громадська організація GMA (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung – наукове товариство для співпраці у викладанні медицини в Німеччині, Австрії, Швейцарії). Асоційованими членами суспільства є клініки, стоматологічні клініки, ветлікарні, комітети зі спеціальних питань у медицині (проблем комунікацій, оцінювання тощо).

Найважливішим фактором ефективної професійної підготовки є професійна мобільність, що дозволяє викладачеві вищої школи навчатися і підвищувати свою кваліфікацію там, де він вважає за потрібне. Для цього в рамках Болонського і Копенгагенського процесів сформульовані такі завдання:

- забезпечити порівнюваність кваліфікацій, одержуваних громадянами різних країн;
- розширити можливості освоєння кваліфікацій, в тому числі і шляхом поступового накопичення одиниць кваліфікацій (так званих “кредитних одиниць”);
- визначати кваліфікації, що отримані в ході попередньої трудової діяльності.

Рамка кваліфікацій як основа професійної мобільності.

Найважливішим фактором ефективної професійної та особистісної самореалізації викладача вищої школи є професійна мобільність, що дозволяє йому навчатися і підвищувати свою кваліфікацію там, де він вважає за потрібне. Для цього в рамках Болонського і Копенгагенського процесів сформульовані такі завдання:

- забезпечення порівнянності кваліфікацій, одержуваних громадянами різних країн;
- розширення можливостей освоєння кваліфікацій, в тому числі і шляхом поступового накопичення одиниць кваліфікацій (“кредитних одиниць”);
- визнання кваліфікацій, отриманих в ході попередньої трудової діяльності і в результаті як формального, так і неформального навчання [8].

В основі рамки кваліфікацій лежить ряд принципів, основними з яких є:

- варіативність, що забезпечує можливості входження в освітню траєкторію залежно від уже наявного рівня знань, умінь (компетенцій);
- забезпечення рівних прав на навчання;
- забезпечення можливості продовження навчання, як по горизонталі, так і по вертикалі,
- зміна навчальної траєкторії в будь-який момент навчання.

В Україні національна рамка кваліфікацій була затверджена відповідною постановою Кабінету Міністрів України [9]. Завдання Національної рамки кваліфікацій полягає в забезпеченні можливості вибудовування множинних траєкторій навчання, що приводять до отримання конкретної кваліфікації та підвищення кваліфікаційного рівня.

З опису кваліфікаційних рівнів випливає, що від педагога вищої медичної школи потрібна наявність умінь і відповідальності за:

- покращення результатів власної навчальної та/або професійної діяльності і результатів діяльності інших;
- відповідальність за професійний розвиток окремих осіб та/або груп осіб;
- відповідальність за розвиток професійного знання і практик, оцінку стратегічного розвитку команди;
- донесення до фахівців і нефахівців інформації, ідей, проблем, рішень та власного досвіду в галузі професійної діяльності;
- зрозуміле і недвозначне донесення власних висновків, а також знань та пояснень, що їх обґрунтовують, до фахівців і нефахівців, зокрема до осіб, які навчаються;
- здатність до подальшого навчання, яке значною мірою є автономним та самостійним, ініціювання інноваційних комплексних проектів, лідерство та повна автономність під час їх реалізації;
- здатність саморозвиватися і самовдосконалюватися протягом життя, відповідальність за навчання та розвиток інших тощо.

Разом з тим, аналіз чинних документів, які регламентують функціонування системи підвищення кваліфікації науково-педагогічних кадрів медичних навчальних закладів, не переконує в їх достатності для використання при розробці професійних стандартів безперервного навчання викладачів. У зв'язку з цим, актуальною вимогою є створення галузевої рамки кваліфікацій. Для досягнення описаних компетенцій недостатньо навчання навіть протягом шести тижнів. Навчання повинно тривати увесь період становлен-

ня викладача, а потім удосконалюватись і підтримуватись впродовж усієї його професійної діяльності.

Крім того, вважаємо за необхідне особливо підкреслити той факт, що підготовка викладачів є своєрідною з педагогічної точки зору, оскільки викладач повинен вміти не тільки передавати знання у своїй предметній області, але і вчити своїх слухачів умінням самим викладати.

У свою чергу, навчання дорослих має свою специфіку, принципами якої займається ціла предметна область, яка носить назву “андрагогіка”.

Вважаємо, що професійні напрямки розвитку викладачів вищої медичної школи необхідно проводити за такими напрямками:

1. Професійна базова педагогічна освіта.
2. Методика викладання дисциплін.
3. Методика викладання конкретної медичної дисципліни, яка є основою професійної діяльності лікаря.
4. Методика і психологія управління навчальним процесом.
5. Методика самоосвіти.
6. Соціально-особистісні/комунікативні компетенції.
7. Організація та проведення досліджень.

Додатково до базової медичної освіти лікар-викладач повинен пройти як мінімум 2-річну підготовку за програмою “Викладач вищої школи”, в процесі якої освоїти відповідні компоненти з комплексної психолого-педагогічної, соціально-економічної та інформаційно-технологічної підготовки до педагогічної діяльності у вищому навчальному закладі. Освіта за даною програмою може починатися вже в рамках аспірантури та магістратури.

У європейських країнах проектування програм додаткового навчання науково-педагогічних кадрів також здійснюється на основі компетенцій. Прикладом такого підходу може служити досвід медичного факультету Рурського університету Бохума. В університеті проектуванням і реалізацією програм підготовки та підвищення кваліфікації викладацьких кадрів займається Центр медичної дидактики. Для проектування освітніх програми було виділено найбільш актуальний, відповідний державному освітньому стандарту і профілю професії, склад компетенцій. Разом з тим, поряд з обов'язковим для освоєння складом компетенцій (інваріантним) викладачам пропонувалися (вже на рівні компетенцій) можливості варіативних компетенцій, які педагог хотів би опанувати за власним вибором (табл. 1).

З представленого в таблиці матеріалу випливає, що в ієрархії пріоритетів підготовки до викладацької діяльності та посилення її ефективності ключова роль на-

Таблиця 1. Склад компетенцій викладача медичного навчального закладу, представлений фахівцями Центру медичної дидактики Рурського університету Бохума

Вид компетенцій	Найменування компетенцій	Варіативність
Предметні (відносяться до предметної області і до обраної галузі медицини)	Медико-експертні компетенції (уміння і здатності до діяльності в обраній галузі медицини)	обов'язкові
Загальні	Соціально-особистісні/комунікативні компетенції (навички соціальної взаємодії і співпраці)	обов'язкові
	Дидактичні компетенції (здатності до педагогічної діяльності)	обов'язкові
	Управлінські компетенції (здатності управління навчанням і персоналом)	на вибір
	Дослідницька (навички наукових досліджень в медицині і педагогіці)	на вибір

лежить предметним компетенціями, що належать до предметної області і до обраної галузі медицини. Що стосується дидактичних компетенцій, то вони віднесені до класу загальних компетенцій, що забезпечують успіх освоєння професійних, пов'язаних з предметною областю умінь і навичок. Причому більш значимими, ніж дидактичні, визнаються особистісні/комунікативні компетенції викладача, що формують практичні навички соціальної взаємодії суб'єктів освітнього та лікувального процесів.

Специфіка побудови накопичувальної кредитної системи навчання викладачів медичних навчальних закладів на основі модульних програм.

Система підготовки викладачів побудована на класичній, лінійній схемі. Для забезпечення індивідуальних маршрутів навчання та підтримки переривчастого навчання по накопичувальній системі вкрай важливо введення кредитно-модульних структур освітніх програм.

Досвід створення систем обліку навчальної діяльності в Україні існує. Він реалізований при організації безперервної підготовки лікарів і заснований на фіксації їх освітньої діяльності між передатестаційними циклами [10].

У Росії вже введена кредитно-модульна персоналізована накопичувальна система підвищення кваліфікації педагогічних працівників [11]. Вона ґрунтується на підсумовуванні результатів засвоєння модулів в структурі освітньої програми, за якою проводиться навчання. Накопичувальна система була введена з метою створення умов для реалізації безперервної освіти педагогічних працівників. Вона дозволяє працівнику освіти конструювати індивідуальний освітній маршрут, тобто самостійно вибирати зміст, терміни, режим навчання з урахуванням своїх професійних потреб, потреб освітнього закладу, в якому він працює, і рівня кваліфікації. При цьому конструювання освітньої програми підвищення кваліфікації припускає обов'яз-

кове включення до її складу інваріантної (обов'язкова частина) та варіативної (що формується за запитом слухача) частин. Весь освітній маршрут і, відповідно, програма ґрунтуються на модульних технологіях.

Модульне навчання, з одного боку, орієнтоване переважно на самостійну діяльність слухачів – від самостійного вибору освітнього маршруту до освоєння сконструйованої за безпосередньої участі учня модульної освітньої програми. З іншого боку, істотно змінюється роль викладачів, які займаються організацією навчання професорсько-викладацького складу. З транслятора готових знань вони перетворюються на управлінців процесом освіти та самоосвіти, помічників і консультантів тих, хто навчається, в освоєнні індивідуально спланованої програми.

При побудові індивідуального маршруту навчання у слухача з'являється можливість:

- брати участь у проектуванні власного освітнього маршруту;
- самостійно формувати навчальний план і вибирати навчальні модулі;
- освоювати навички роботи в команді – малій групі з метою подальшого перенесення цих навичок на роботу зі студентами;
- оволодівати навичками самостійної роботи в області освітніх досліджень.

При організації навчання за індивідуальними маршрутами необхідна організація підтримки подібної системи. У такому випадку істотно змінюються ролі фахівців, які забезпечують функціонування системи підготовки викладачів. Викладач повинен володіти компетенціями консультанта, т'ютора, модератора, фасилітатора тощо. Подібні фахівці повинні здійснювати підтримку самостійної роботи слухачів, керівництво індивідуальними та груповими дослідницькими проектами.

Зміна професійної позиції викладача приводить до того, що слухач і викладач в процесі навчання висту-

пають як партнери. Викладач організує освітній процес з урахуванням освоєння слухачами і колегами - викладачами нових видів діяльності, нових способів вирішення навчальних проблем, тим самим підсилює особистісну спрямованість того, хто навчається [12].

Однією з проблем впровадження подібного підходу є те, що викладачі не мають навичок до самостійного навчання. Їм недостатньо знайома нова парадигма, в якій тому, хто навчається, належить центральна роль, як самостійному суб'єкту діяльності, а викладачу – роль наставника, готового навчити вмінням і навичкам самостійно знаходити і освоювати нові знання, працювати зі зростаючими масивами інформації, ефективно працювати у медійному освітньому середовищі і багатьом іншим навичкам самостійного навчання, що будуть затребувані протягом всього життя в професії [13].

Аналіз можливих варіантів організації системи підготовки викладачів медичних навчальних закладів на основі вимог стандартів WFME.

Система підготовки викладачів медичних навчаль-

них закладів регламентується тимчасовим положенням 1993 року [14]. З того часу відбулося дуже багато концептуальних змін в області інформаційних технологій, способів передачі знань, потреб сфери охорони здоров'я в якості підготовки кадрів тощо. У зв'язку з цим, назріла актуальна необхідність в перегляді підходів щодо підготовки педагогів та переорієнтації її в напрямі сучасних досягнень як вітчизняної, так і зарубіжної науки і практики.

Як уже згадувалося, вимоги стандартів WFME (безперервний професійний розвиток (БПР) та післядипломна освіта (ПО)) стосуються не тільки підготовки власне лікарів, але і всієї системи забезпечення якості медичної освіти. Орієнтуючись на ці вимоги, можна вивести ряд позицій, на підставі яких повинна будуватися також і система підготовки викладачів. Для цього ми представимо аналіз, де будуть відображені пропозиції щодо реалізації вимог стандартів (пункти та назви рубрик) і форма їх можливо-го виконання в рамках системи медичної освіти (табл. 2).

Таблиця 2. Пропозиції щодо реалізації вимог стандартів WFME

№ пункту стандарту WFME	Вимоги стандарту	Запропонована форма реалізації
БПР 2.6 МЕНЕДЖМЕНТ БПР	Лікарі повинні нести максимальну відповідальність за планування і проведення БПР, відповідного їх індивідуальним потребам	Розробка викладачем індивідуального маршруту підвищення кваліфікації
БПР 6.5 ОФІЦІЙНЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ БПР	Лікарям слід мати можливість планування і, у міру потреби, виконання заходів БПР, таких як поглиблене вивчення предмета для досягнення більш високого рівня компетентності ефективним способом	- / -
БПР 6.7 ОТРИМАННЯ ДОСВІДУ В ІНШИХ УСТАНОВАХ І ЗА КОРДОНОМ	Медична професія повинна сформулювати стратегічну лінію, що гарантує свободу пересування з метою підтримки можливостей лікарів набиратися досвіду шляхом відвідування різних робочих місць у своїй країні і за її межами	Індивідуальний навчальний маршрут повинен складатися з базової і варіативної частин. Базова частина проходить у навчальних структурах при медичних ВНЗ, які мають право на підготовку викладачів. Варіативна частина складається за побажаннями і можливостями самого викладача для навчання як в Україні, так і за кордоном
БПР 3.1 ДОКУМЕН- ТАЛЬНЕ ВІДОБРА- ЖЕННЯ ПОТРЕБ ДЛЯ ПЛАНУВАННЯ БПР	Головною основою планування БПР має стати звернення до потреб клінічної практики і суспільної охорони здоров'я. Медична професія повинна ідентифікувати усвідомлені потреби лікарів і доводити їх до відома відповідальних за планування БПР	Побудова системи моніторингу динамічно мінливих вимог ринку і навчального процесу з подальшим відображенням у варіативній частині рамок кваліфікацій і компетенцій викладачів медичних ВНЗ. Для підтримки роботи викладачів може бути створений оновлюваний освітній ресурс безперервного професійного розвитку викладачів вищої медичної школи

№ пункту стандарту WFME	Вимоги стандарту	Запропонована форма реалізації
- / - / -	Слід створювати системи, що надають документально підтвержені відомості для оповіщення лікарів і зацікавлених осіб про якість практики, її результати в динаміці і результати порівняння з групами колег	Створення інформаційного порталу, де може розмішуватись досвід викладачів про результативність їхньої педагогічної практики
БПР 3.2 ДОКУМЕНТАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ БПР	Завданням будь-якої системи документації БПР слід вважати підтвердження реального навчання і там, де це доречно, підвищення компетентності, а не лише участі в заходах БПР. Лікарям слід складати індивідуальні навчальні портфоліо, якими можна було б поділитися з колегами	Створення електронного портфоліо, за допомогою якого можна моніторувати як формальну сторону навчання, так і успіхи викладача в якості засвоєння матеріалу. Як самостійно виконаною атестаційною роботою можуть виступати журнальні статті, що узагальнюють результати освітніх досліджень, навчально-методичні посібники для студентів або досвід освітньої діяльності. Звіт про підготовку та впровадження навчального проекту та його презентація тощо
БПР 4.2 НАВЧАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ	За підтримки своїх професійних організацій лікарі повинні розвивати здатність до систематичного планування, проводити і документально відображати навчання на базі практики у відповідь на виявлені навчальні потреби. Повинні бути створені методики самооцінки в допомогу лікарям у справі ідентифікації їх навчальних потреб	Створення на порталі тестових модулів по кожній з компетенцій, на підставі яких викладач може здійснювати самоаналіз по успішності володіння компетенціями. Виявлені недоліки дозволять викладачам цілеспрямовано формувати індивідуальні маршрути навчання
БПР 4.4 ВПЛИВ ЛІКАРІВ НА БПР	Лікарям повинна надаватися можливість обговорення їх навчальних потреб з виконавцями БПР. Слід створювати системи для залучення лікарів у плануванні і проведенні заходів БПР	З метою забезпечення різноманітності форм і змісту безперервного навчання викладачів освітні установи повинні мати у своєму розпорядженні загальнодоступні освітні електронні ресурси, необхідні для реалізації пропонуєваних ними освітніх програм. Програма навчання повинна бути відкрита для загального доступу на порталі для обговорення та врахування пропозицій
БПР 5.3 ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК З ВИКОНАВЦЯМИ	Конструктивні відгуки виконавцям БПР щодо їх роботи та освітніх потреб лікарів повинні надаватися на постійній основі. Слід встановити прийнятні норми проведення БПР і домогтися того, щоб всі виконавці керувалися ними. Слід створювати системи регулярного зворотного зв'язку з організаторами БПР і відповідальними за нього органами. Під зворотним зв'язком розуміють планове спілкування між слухачами та інструкторами / керівниками практики з метою вишукування можливостей, необхідних для підвищення ефективності розвитку компетентності. Системами регулярного зворотного зв'язку можуть служити відомості про планування, виконання та результати БПР для певного контингенту лікарів	Повинна бути реалізована звітність кафедр, які проводять навчання викладачів. Результати і оцінки повинні відправлятися в методичні кабінети тих навчальних закладів, де безпосередньо працюють викладачі. В свою чергу, методичні кабінети навчальних закладів-замовників навчання повинні взаємодіяти зі структурами, що готують викладачів. Мета такої взаємодії: узгодження формування необхідних і специфічних компетенцій

№ пункту стандарту WFME	Вимоги стандарту	Запропонована форма реалізації
БПР 5.4 РОЛЬ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	Вищим медичним навчальним закладам у співпраці з іншими зацікавленими особами слід проводити дослідження з діяльності БПР	Кафедри та методичні кабінети повинні здійснювати роботу з визначення якості компетенцій у викладачів і шляхів їх вдосконалення. У медичному ВНЗ може бути створена науково-проблемна комісія, яка буде координувати роботу кафедр з наукових досліджень у сфері педагогіки та психології вищої медичної освіти
БПР 6.3 ВЗАЄМОДІЯ З КОЛЕГАМИ	БПР повинен включати досвід співпраці з колегами та іншими працівниками охорони здоров'я. З метою підвищення ефективності БПР лікарям слід приєднатися до освітніх спільнот. Лікарям слід брати участь у вдосконаленні компетентності своїх колег, включаючи лікарів-стажистів (інтернів та клінічних ординаторів), студентів, представників суміжних медичних спеціальностей тощо. В освітніх колах проходять зустрічі з колегами і колективний інформаційний обмін, дискусії та консультування	С обов'язковою участю викладачів у педагогічних конференціях, семінарах, круглих столах. Подібна участь повинна бути обов'язковим елементом індивідуального навчального маршруту і частиною заходів для накопичення кредитів
БПР 6.4 ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ	Відповідне використання інформаційних та комунікаційних технологій повинно функціонувати як інтегральна частина процесу БПР. Лікарям слід мати доступ до інформаційних та комунікаційних технологій і бути компетентними в їх використанні для самостійного навчання, спілкування з колегами, здійснення пошуку інформації та ведення хворих, а також організації практики	Підвищення кваліфікації з використанням дистанційних технологій заохочується при складанні індивідуального навчального маршруту
БПР 9. ПОСТІЙНЕ ОНОВЛЕННЯ	Медична професія повинна ввести вжиток процедури регулярної перевірки та модернізації структури, функцій і якості заходів БПР з коригуванням недоліків, що можуть бути виявлені. Процес оновлення слід засновувати на даних досліджень. У цій справі слід звернутися до таких питань: – адаптація місії і кінцевих результатів до рівня наукового, соціально-економічного і культурного розвитку суспільства; – повторний розгляд та визначення компетентності для інкорпорації даних медичного наукового прогресу і потреб людей, які змінюються; – розробка методів самооцінки та навчання на базі практики в допомогу навчанню лікарів довжиною в життя	Повинна бути побудована система моніторингу не тільки якості підготовки викладачів, але й потреб, що виникають в перспективі. Тобто підготовка “на випередження”
ПО 7.2 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗВОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ІНСТРУКТОРОМ І СТАЖИСТОМ	Відгуки про якість програми з боку як інструкторів, так і стажистів повинні систематично активно виявлятися і аналізуватися, а за результатами їх аналізу – вживатися заходи. Інструкторам і стажистам слід брати активну участь у плануванні оцінки програм і у використанні її результатів для розвитку програм. Зворотний зв'язок по програмі буде включати звіти стажистів, які стосуються умов проведення курсів	Повинна бути реалізована система звітів з боку слухачів, структур, що проводять підготовку, і структур, в яких працюють викладачі

№ пункту стандарту WFME	Вимоги стандарту	Запропонована форма реалізації
ПО 7.3 ВИКОРИС- ТАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРАЦІ СТАЖИСТІВ	Слід аналізувати успіхи стажистів відносно даних і кваліфікації на момент зарахування на програму. Цю інформацію слід використовувати для надання зворотного зв'язку комітетам, що несуть відповідальність за відбір стажерів, для планування програм і проведення консультування. Аналіз успіхів стажиста буде включати інформацію про середню тривалість підготовки, отримані бали, частоту складань і провалів на іспитах, випадки успішного закінчення і відсіву, а також про час, проведений стажистами в роботі по інтересах своєї спеціальності	- / / -
ПО 7.4 АВТОРИЗАЦІЯ І МОНІТОРИНГ МІСЦЬ ПРОВЕДЕННЯ ПІДГОТОВКИ	Всі програми підготовки мають бути авторизовані компетентними представниками влади на основі чітко визначених критеріїв та оцінки програми з тим, щоб влада могла надавати офіційний статус місцю навчання або проведення теоретичного курсу, а при необхідності – його анулювати. Компетентній владі слід створити систему моніторингу місць проведення підготовки та інших навчальних закладів шляхом здійснення інспекцій або іншими доречними способами	Повинна бути розроблена програма “Викладач вищої школи” для базової підготовки науково-педагогічних кадрів медичних ВНЗ. Програма повинна бути затверджена на рівні МОЗ України. Повинна бути створена міжінституційна система контролю якості програм підготовки викладачів. Тільки після отримання відповідного дозволу допускається навчання викладачів. Координація дій з розвитку і вдосконалення системи професійного навчання професорсько-викладацьких кадрів може здійснюватися на основі асоціації викладачів медичних ВНЗ. Незалежні рейтинги програм і організацій безперервної освіти забезпечать здорову конкуренцію між учасниками ринку безперервної освіти

У зв'язку з тим, що сучасні стандарти освіти ґрунтуються на компетентністному підході і останнім часом в Україні активно розробляється національна рамка кваліфікацій [9], надзвичайно актуальною стає проблема відсутності державних освітніх стандартів післядипломної освіти, особливо в напрямку підготовки викладачів медичних навчальних закладів. Необхідно врахувати, що підготовка викладачів повинна відбуватися на основі галузевої рамки кваліфікацій і на її базі повинні бути створені кваліфікаційні вимоги для всіх категорій викладачів.

Не менш важливим є створення професійних і загальних компетенцій викладачів медичних навчальних закладів та подальша розробка на їх основі варіантів модулів для конструювання різноманітних програм професійної мобільності і кваліфікаційного зростання, що забезпечують процес безперервного навчання протягом життя в професії.

Таким чином, перелік положень, на яких повинна ґрунтуватися система безперервного професійного розвитку викладачів медичної освіти, є таким:

1. Розробка та впровадження програм первинної підготовки викладачів та безперервного професійного розвитку.
2. Розробка та впровадження нормативної бази забезпечення обов'язкового супроводу індивідуального маршруту навчання викладачем-консультантом. Впровадження школи підготовки тьюторів та фасилітаторів.
3. Введення накопичувальної кредитної системи на кшталт існуючої в системі підвищення кваліфікації лікарів.
4. Тривалість безперервного професійного розвитку складає 700 годин за п'ять років. З них 156 годин є обов'язковими для проходження в структурах МОЗ України, що відповідають за підготовку викладачів.

5. Введення в програму навчання 7 обов'язкових напрямків: 1) професійна базова педагогічна освіта; 2) методика викладання дисциплін; 3) методика викладання конкретної медичної дисципліни, яка є основою професійної діяльності лікаря; 4) методика і психологія управління навчальним процесом; 5) методика самоосвіти; 6) соціально-особистісні/комунікативні компетенції; 7) організація та проведення досліджень. Забезпечення обов'язкового терміну навчання за кожним напрямком не менш ніж 78 годин.

6. Розробка індивідуального маршруту підвищення кваліфікації викладача.

7. Забезпечення використання технологій дистанційного навчання.

8. Створення електронного портфоліо викладача, за допомогою якого можна моніторувати як формальну сторону навчання, так і успіхи викладача в якості засвоєння матеріалу.

9. Розробка програми "Викладач вищої школи" для базової підготовки науково-педагогічних кадрів медичних ВНЗ. Програма повинна бути затверджена на рівні МОЗ України.

10. Побудова системи моніторингу вимог ринку і навчального процесу з подальшим відображенням у варіативній частині рамок кваліфікацій і компетенцій викладачів медичних ВНЗ.

11. Реалізація системи звітів з боку слухачів, структур, що проводять підготовку і структур, в яких працюють викладачі.

12. Створення освітнього ресурсу підтримки безперервного професійного розвитку викладачів вищої медичної школи.

13. Створення інформаційного порталу, де може розмішуватись досвід викладачів про результативність їхньої педагогічної практики.

14. Врахування в кредитній системі статей, що узагальнюють результати освітніх досліджень, навчально-методичних посібників для студентів.

15. Створення на порталі тестових модулів по кожній з компетенцій, на підставі яких викладач може здійснювати самоаналіз по успішності володіння компетенціями. Виявлені недоліки дозволять викладачам цілеспрямовано формувати індивідуальні маршрути навчання.

16. Розробка освітніми установами загальнодоступних навчальних електронних ресурсів з метою підтримки самоосвіти викладачів.

17. Заохочення участі викладачів у педагогічних конференціях, семінарах, круглих столах. Подібна участь повинна бути обов'язковим елементом

індивідуального навчального маршруту і частиною заходів для накопичення кредитів.

18. Створення міжвідомчої системи контролю якості програм підготовки викладачів.

Висновки. Розвиток безперервної професійної освіти стримується цілою низкою факторів, а саме:

– негнучкістю діючих законів, що регулюють діяльність освітніх закладів, а також відсутністю нормативно-правової бази для формування різноманітних моделей безперервної освіти та реалізації переваг відкритих систем (вільний вступ, відкрите індивідуальне планування навчання, можливість вибору часу, місця і темпів навчання тощо);

– жорсткими, запізнаними і відстаючими від вимог часу ліцензійними нормами, що гальмують розвиток навчальних структур, освітніх установ післядипломної професійної освіти різних організаційно-правових форм;

– відсутністю законодавчо закріпленого різноманіття форм отримання освіти та навчання;

– відсутністю єдиної системи загальнодержавних кваліфікаційних вимог та професійних стандартів БПР.

Таким чином, для створення системи БПР викладачів медичних навчальних закладів необхідно в найкоротші терміни сформувавши сучасну нормативно-правову базу, включаючи професійні стандарти післядипломної освіти, що враховують як вітчизняний, так і зарубіжний досвід.

Необхідно також підкреслити, що підвищення мотивації до самостійного навчання і постійного зростання науково-педагогічної кваліфікації професорсько-викладацького складу медичних навчальних закладів, вдосконалення їх власної методичної майстерності у відповідних предметних областях повинні бути об'єктом постійної уваги з боку як самих викладачів, так і колективів, де вони працюють. Безперечно, в підвищенні мотивації викладачів не останню роль відіграють адміністрації медичних навчальних закладів. Зокрема, її роль в плануванні навчального навантаження для викладачів, які приділяють більшу увагу власному професійному – науково-педагогічному розвитку, матеріальному стимулюванню цієї діяльності тощо.

Залишається сподіватися, що, незважаючи на повільність реформ, під впливом всесвітніх змін сучасна вітчизняна медична освіта в усіх її трьох фазах, які проходять викладачі вищої медичної школи з професійної предметно-дидактичної освіти нарешті знайде риси безперервності та упорядкується з урахуванням тенденцій європейського розвитку.

Література

1. Про затвердження Положення про підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів : Постанова Кабінету Міністрів України № 309 від 01.03.1999.
2. Про затвердження Порядку присвоєння вченого звання професора і доцента : Постанова Кабінету Міністрів України № 1149 від 27.12.2008.
3. Типове положення про атестацію педагогічних працівників : наказ Міністерства освіти і науки України № 930 від 06.10.2010.
4. Про атестацію наукових працівників : Положення Кабінету Міністрів України № 1475 від 13.08.1999.
5. World Federation for Medical Education. Global standards for quality improvement. Postgraduate Medical Education. WFME 2003. – Disponible en: <http://www.wfme.org> [acceso el 2 de diciembre del 2009].
6. Международные правовые акты и документы по развитию европейской интеграции в образовании и исследованиях : Европейское образовательное пространство : От Лиссабонской конвенции до Болонского процесса. – М. : Готика, 2004. – 384 с.
7. Тряпицин А. В. Зарубежные модели повышения квалификации педагогов / А. В. Тряпицин // Сборник материалов “Инновационное развитие системы постдипломного педагогического образования” / под ред. И. С. Батраковой, О. О. Жебровской. – СПб., 2009. – С. 64–66.
8. Международные правовые акты и документы по развитию европейской интеграции в образовании и исследованиях : Европейское образовательное пространство : От Лиссабонской конвенции о признании до Болонского процесса / Сост. Г. А. Лукичев и др. ; под ред. Г. А. Лукичева ; Министерство образования и науки Российской Федерации. Федеральное агентство по образованию, Федеральный центр образовательного законодательства, Национальный информационный центр по академическому признанию и мобильности. – М. : Готика, 2004. – 384 с.
9. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій : Постанова Кабінету Міністрів України № 1341 від 23.11.2011.
10. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: наказ МОЗ України № 484 від 07.07.2009.
11. Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов, утвержденное : Постановление правительства РФ № 610 от 26.06.1995, Постановление правительства РФ № 213 от 10.03.2000.
12. Поспелов В. К. Проблемы перехода к уровневой системе обучения / В. К. Поспелов, Н. Н. Комиссарова // Высшее образование в России. – 2011. – № 10. – С. 8–9.
13. Мотивационная составляющая в формировании профессионально-педагогической компетенции профессорско-преподавательского состава медицинских вузов России / Н. Б. Водолазский, Е. В. Лопанова, В. А. Акулинин, А. П. Ахрамович ; под ред. А. И. Новиков и др. // Современные подходы к определению квалификационных требований к профессорско-преподавательскому составу медицинских вузов и задачи модернизации программ дидактической подготовки педагогических кадров : Материалы международного семинара в рамках проекта Tempus IV 159328-TEMPUS-1-FR-TEMPUS-SHMES “Система обучения в течение жизни для преподавателей медицинских вузов”. – Омск : Издательство отдела международного сотрудничества ОмГМА, 2011. – С. 38–39.
14. Тимчасове положення про підвищення кваліфікації викладачів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів, інститутів удосконалення лікарів України : наказ Міністерства охорони здоров'я України № 95 від 03.05.1993.

УДК 57.0015.538.567.371.24.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ПРАКТИКУ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТДМУ

І. О. Крицький, П. В. Гощинський, Г. А. Крицька

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

INTRODUCTION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM IN PRACTICE OF MEDICAL FACULTY OF TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

I. O. Krytskyi, P. V. Hoshchynskyi, H. A. Krytska

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

У статті проаналізовано п'ятирічний досвід впровадження кредитно-модульної системи на медичному факультеті, де здійснюється підготовка фахівців за спеціальностями “Лікувальна справа”, вивчено ставлення основних суб'єктів пед-процесу до організації навчання на засадах Болонської системи, визначено переваги нових технологій організації навчального процесу та програми і їх причини.

The article adduces the five-year experience of credit-modular system at the Medical Faculty, which trains specialists in “Medicine”, the attitude of the main subjects of educational process to provide training on the principles of the Bologna system, identified the benefits of new technologies of the educational process and programs and their causes.

Вступ. Основною стратегічною лінією розвитку вищої освіти в Україні є реалізація основних положень та принципів Болонської декларації, що забезпечує інтеграцію вищої освіти в єдиний європейський освітній та науковий простір.

Першочерговою метою і завданням Болонської декларації виступає впровадження нової методології та технології навчання – кредитно-модульної системи організації навчального процесу [1, 3].

На медичному факультеті кредитно-модульну систему організації навчання запроваджено з 2005 року, що відбулося за рішенням вченої ради університету. У 2005–2006 навчальному році студенти I курсу почали навчатися за новою системою і так щорічно, поступово було здійснено повний перехід до навчання за кредитно-модульною системою. Нині навчання за новою системою організації відбувається на шести курсах, на освітньо-кваліфікаційному рівні: “лікар-спеціаліст”. ТДМУ отримав від МОЗ України дозвіл на проведення експерименту щодо реформування навчального процесу на засадах Болонської декларації.

У зв'язку з цим було розпочато активну роботу з реорганізації процесу підготовки фахівців. Першим кроком на цьому шляху була розробка нормативних документів, які мали регулювати діяльність суб'єктів навчального процесу – викладачів та студентів, а

саме: Положення про кредитно-модульну систему організації навчального процесу в університеті та Положення про оцінювання навчальних досягнень студентів; створення інформаційних пакетів та визначення форми індивідуального плану для студентів з даної спеціальності.

Основна частина. Організація навчального процесу на факультеті упродовж останніх п'яти років дає підставу визначити певні переваги в підготовці фахівців за новими підходами, і окреслити проблеми, пов'язані із запровадженням кредитно-модульної системи.

Застосування кредитно-модульної системи навчання – це, передусім, пошук нових навчальних технологій, які б забезпечили високу якість вищої освіти та міцне засвоєння максимальної кількості знань при мінімальних витратах часу. Вона передбачає визначення трудомісткості навчальної праці студентів у кредитах, структурування навчального матеріалу за модулями, підсумковий модульний контроль, рейтингове оцінювання навчальних досягнень студента з даної дисципліни.

Для полегшення і оптимізації праці викладача у нашому ВНЗ запроваджена локальна комп'ютерна мережа, створені спеціальні сайти для кожної спеціальності з відповідних фахових дисциплін для кожного студента, запроваджено комп'ютерне тестування, яке має переваги щодо збереження часу сту-

дента та викладача, і об'єктивного оцінення знань студентів.

Серед головних переваг кредитно-модульної системи організації педпроцесу студенти відзначають, по-перше, можливість вчасно скласти змістові модулі через їх подібність і докладну алгоритмізацію (в середньому 42 %); по-друге, систематичність і послідовність в отриманні знань (в середньому 23 %); можливість підвищити свій рейтинг за рахунок додаткових завдань (35 %); студентам найбільш сприятливе поле для успішного і своєчасного засвоєння обраних навчальних дисциплін у кредитних вимірах [2].

Реорганізація навчального процесу на факультеті розпочалася з переопрацювання навчальних планів та робочих програм усіх дисциплін, введення нової системи залікових одиниць – кредитів та модулів. Значна увага надавалася переопрацюванню програм усіх дисциплін. Навчальний матеріал було структуровано за кредитами та модулями. Відсутність централізованих методичних рекомендацій щодо форми робочих програм, їх структури, принципів побудови, привела до пошуку та вироблення в університеті власного підходу.

Перебудова програм за новим принципом мала позитивний ефект, оскільки дозволила чітко визначити обсяг навантаження на студентів, систематизувати їх самостійну роботу. Такий обсяг матеріалу полегшує опанування ним, дає можливість ретельніше розібратися у складних питаннях, отримати необхідні консультації викладача.

Перебудова навчального процесу стимулювала викладачів до активізації роботи із вдосконалення і створення навчально-методичного забезпечення. Було розроблено єдину форму та структуру змістового модуля, яка містить цілі його вивчення; інформацію про нарахування рейтингових балів; стислий зміст лекцій; плани та методичні рекомендації до семінарських занять; питання та рекомендації до самостійної роботи; засоби контролю за даним змістовим модулем; завдання для самоконтролю.

Література

1. Боллобаш Я. Я. Організація навчального процесу у вищих навчальних закладах / Я. Я. Боллобаш. – К. : ВВП “Компас”, 1997. – 64 с.
2. Освітні технології : навчально-методичний посібник / [О. М. Піхота, А. З. Кіктенко, О. М. Любарська та ін.] ; за ред. О. М. Піхоти. – К. : А.С.К., 2001. – 256 с.
3. Перспективні освітні технології : науково-методичний посібник / за ред. Т. С. Сазоненко. – К. : Гопак, 2000. – 560 с.

Найбільша увага приділяється створенню електронних варіантів методичного забезпечення. Слід зазначити, що усі ці матеріали знаходяться на сайті університету і мають вільний і зручний доступ для кожного студента у будь-який час [4].

На нинішньому етапі в зв'язку з наявністю потужностей видавництва “Укрмедкнига” в більшості надруковано, а частково здійснюється робота з підготовки до друку підручників з усіх спеціальностей. Кредитно-модульна система – це також перехід до принципово нової системи оцінювання навчальних досягнень студентів – рейтингової, яка ґрунтується на об'єктивнішому оціненні навчальних досягнень студента, ніж традиційна система. Вона передбачає перевірку якості засвоєння теоретичного і практичного матеріалу кожного модуля, рівня підготовки студента до кожного лабораторного, практичного чи семінарського заняття; виконання самостійної роботи; використання широкої шкали оцінки знань від 1 до 12. Викладачами кафедр відповідно до робочої програми кожної дисципліни було визначено значущість змістових модулів, розроблено шкалу виставлення оцінок. На її підставі виставляється семестрова оцінка шляхом переведення балів в оцінку за традиційною національною шкалою та шкалою ECTS [5].

Важливе значення надається поінформованості студентів про зміст навчального процесу, аудиторну та самостійну роботи, критерії оцінювання та розподіл балів для виставлення оцінок. Все це створює передумови для здорової конкуренції у навчанні та виконує як контролюючу, так і мотивуючу функції, спонукаючи студента до постійної роботи протягом семестру.

Висновок. Отже, кредитно-модульна система організації навчального процесу ефективно впроваджена на медичному факультеті, завдяки застосуванню в університеті нових для України європейських методик навчання. Студенти університету на ліцензійних іспитах показують високий рівень знань, що забезпечує на світовому рівні конкурентоспроможність їхніх дипломів.

4. Кредитно-модульна система організації навчання у контексті Болонського процесу в Національному фармацевтичному університеті : навч.-метод. посіб. / [укл. В. П. Черних та ін.]. – Х. : Вид-во НФаУ, 2004. – 68 с.
5. Освіта : Тимчасове положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців. – 2004. – № 8 (5084).

УДК 613.2:159.9:372.8:[613+574]

АЛІМЕНТАРНА ПРОФІЛАКТИКА ДИСТРЕСУ, ЯК РОЗДІЛ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ”, У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОГО ПСИХОЛОГА

Т. І. Аністратенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

NUTRITIONAL PREVENTION OF DISTRESS AS A PART OF THE DISCIPLINE “HYGIENE AND ECOLOGY” IN THE SYSTEM OF TRAINING OF MEDICAL PSYCHOLOGIST

T. I. Anistratenko

National Medical University by O. O. Bohomolets

Стрес є поліетіологічним і поліпатогенетичним чинником впливу на організм, який призводить до численних психосоматичних розладів. Володіння методами та засобами аліментарної корекції стресу та профілактики дистресу є обов'язковим у системі підготовки медичного психолога.

Stress is a polietiological and polipathogenetic factor which affects the body and leads to numerous psychosomatic disorders. Knowledge of the methods and means of alimentary correction of stress and distress prevention is obligatory in the training of a medical psychologist.

Вступ. У практичній діяльності медичного психолога наслідки дистресу у пацієнтів посідають чільне місце і виявляються численними ознаками порушення психологічної рівноваги та психосоматичних розладів. Це є проблема, з якою необхідно боротися не лише методами психологічного консультування, а і патофізіологічно обґрунтованими методами натуропатичної корекції. Цим зумовлена необхідність викладання відповідних розділів гігієни на медико-психологічному факультеті.

Основна частина. За сучасних умов, стрес є не лише чинником впливу на нейроендокринну систему з відповідними реакціями з її боку, як описував Г. Сельє, а визначається як поліетіологічне і поліпатогенетичне явище. Людство постійно перебуває під впливом соціально-економічних катаклізмів та політичних подій, екологічних природних та техногенних катастроф, а також особистих, виробничих, побутових, навчальних та інших стресогенних чинників. Зазнає стресу кожна людина незалежно від її посади, положення в суспільстві й матеріального статку.

Медичні психологи повинні вміти оцінювати реальну небезпеку цих явищ для своїх пацієнтів і її наслідки для психологічного і психосоматичного статусу.

За статистичними даними, в США (країні, яка першою усвідомила проблему стресу) 90 % населення постійно перебуває у стані сильного стресу. Із них

60 % зазнають стресу 1-2 рази на тиждень, 30 % майже кожного дня. Вчені відзначили, що 67 % візитів до лікаря спричинені стресіндукованими симптомами. Чимало великих корпорацій витрачають сотні мільйонів доларів на медичну допомогу через захворювання, спровоковані стресом. У результаті економічні втрати від стресу у США перевищують 300 млрд доларів щорічно [1].

За статистичними спостереженнями, 40 млн із 147 млн працівників у країнах Європейського Союзу страждають від стресів, а це щорічно обходиться суспільству в 19 млрд доларів США. Чимало мешканців країн “Великої Європи” страждають від психосоматичних розладів, які оцінюються фахівцями як наслідки хронічних стресових ситуацій. Так, 13 % скаржаться на постійний головний біль, 17 % – на м'язові болі, ще 30 % мають неприємні відчуття й болі в ділянці спини. За результатами соціологічних опитувань, стрес справляє сильний негативний вплив на сексуальне життя 60 % людей.

В Україні за оцінками фахівців, проведеними у 2010 році, майже 70 % населення постійно перебуває у стані стресу, 30 % – у стані сильного стресу [2].

Хронічний стрес призводить до виснаження адаптаційних механізмів, розвитку дистресу і, як наслідок, синдрому хронічної втоми.

Розрізняють 2 типи реакції організму на стрес: фізіологічна і психоемоційна. Фізіологічна реакція на стрес – соматопсихічна реакція організму на об'єктивні зміни умов життєдіяльності людини. Стресорними чинниками можуть бути природні, антропогенні та техногенні чинники (мікроклімат, радіація, шум, висока та низька температура, вібрація, стихійні лиха, аварії, катастрофи) та інші зовнішні фізичні і хімічні фактори.

Психоемоційна реакція на стрес – психосоматична нервово-ендокринна реакція організму на об'єктивні зміни умов життєдіяльності, або вплив стресогенного чинника, обумовлена індивідуальною особистісною позицією індивіда. Людина реагує на ситуацію та інтерпретує її залежно від особистих характеристик, соціального статусу, поведінки, віку, вихованості, життєвого досвіду [3].

Під час практичних занять ми акцентуємо увагу майбутніх психологів на діагностичних критеріях стресу та дистресу, які поділяються на 4 групи: психосоматичні, поведінкові, емоційні та інтелектуальні [4].

До психосоматичних симптомів стресу відносять нейровегетативні дисфункції (підвищення або зниження артеріального тиску, прискорений або неритмічний пульс, прискорене дихання, біль у грудях, тремор рук, судом, тремтіння голосу, підвищена пітливість), порушення процесів травлення та функцій ШКТ (підвищений або знижений апетит, холестаза, закрепи, діарея, гіперперистальтика, метеоризм), швидке збільшення або втрату маси тіла, напруження в м'язах, болі в шії, спині, головний біль, бруксизм, нейроалергодерматити, зниження імунітету, згущення крові, часті нездужання, порушення сну (непокій або безсоння, погані сновидіння, кошмари), стомлюваність, кволість, прискорену або уповільнену мову.

До поведінкових ознак стресу відносять порушення харчової поведінки (втрата апетиту або переїдання, булімія), конфліктність на роботі та в сім'ї, обмеження спілкування з близькими і друзями, неухвага до зовнішнього вигляду, антисоціальна поведінка, більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю, неконтрольовані рухи.

До емоційних симптомів стресу відносять нав'язливі негативні думки, занепокоєння, підвищену тривожність, підозрілість, похмурий настрій, відчуття постійної туги, депресію, драгієвливність, напади гніву, емоційну "тупість", байдужість, відчуття відчуженості, самотності, цинічний, недоречний гумор, невпевненість у собі, зниження самооцінки, почуття провини або невдоволення собою, своєю роботою, життям, втрату інтересу до різних його сфер.

Інтелектуальні ознаки стресу характеризуються порушенням логіки, незосередженістю, погіршенням пам'яті та розумової працездатності, низькою продуктивністю діяльності, акцентуацією навколо однієї проблеми, труднощами у прийнятті рішень (тривалі вагання або поспішність і необгрунтованість рішень), пасивністю, бажанням перекласти відповідальність на когось іншого, хронічною нестачею часу.

Особливу увагу приділяємо механізмам виникнення психосоматичних розладів та захворювань, які є безпосереднім наслідком декомпенсації і дистресу. В результаті частого психоемоційного збудження активізується гіпофіз, гіпоталамус, надниркові залози, виділяється адреналін, як наслідок – підвищуються пульс, артеріальний тиск, частота дихання, в крові збільшується рівень ЛПНЩ та ТГ. Жир відкладається на внутрішній поверхні стінки судин. Згодом там утворюється сполучна тканина, накопичується кальцій. На цих ділянках звужується просвіт судин, погіршується їх пружність, розвиваються атеросклероз, гіпертонічна та ішемічна хвороба.

Нейростимуляція обкладових клітин шлунка при стресі призводить до виділення шлункового соку незалежно від наявності їжі, що провокує ерозії, виразки шлунка, дванадцятипалої кишки, порушення травлення, гіпомоторний та виразковий коліт.

Звуження судин, погіршення кровопостачання, кисневе голодування клітин мозку, що відбувається при затяжному хронічному стресі, індукують головний біль, мігрень, синдром хронічної втоми, безсоння, неврози, депресії та інші симптоми психоневрологічних розладів.

Сечостатева система реагує на дистрес пригніченням функцій нирок, запаленням сечового міхура, порушенням гормонального статусу та репродуктивних функцій у чоловіків та жінок (порушенням менструального циклу, безпліддям у жінок, утрудненням ерекції, передчасним сім'явипорскуванням, зниження активності сперматозоїдів, імпотенцією).

Тривале психоемоційне напруження характеризується пригніченням активності імунізаційних систем та механізмів, підвищенням неспецифічної захворюваності [5]. Безпосередніми наслідками хронічного стресу є порушення аліментарного статусу, яке супроводжується активацією катаболізму білків і жирів, порушенням білкового обміну, виникненням полінутриєнтного дефіциту, який поглиблює соматичні проблеми та активує соматопсихічні розлади. Як наслідок виникає порочне коло – стрес призводить до аліментарного дефіциту, а аліментарний дефіцит поглиблює стрес (рис. 1) [6]. Розуміння цього питання є обов'язковим у формуванні професійних навичок лікарів – медичних психологів.

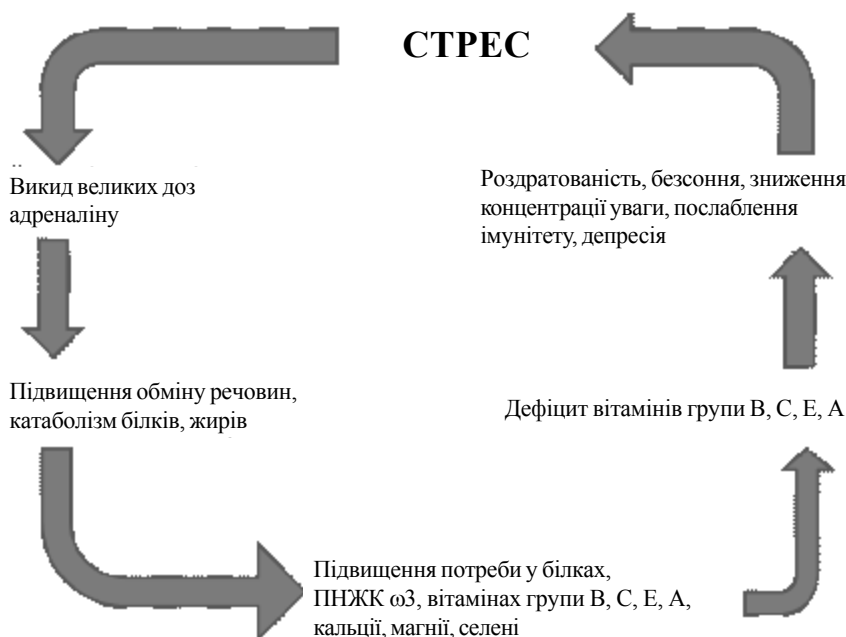


Рис. 1. Порочне коло виникнення дистресу та супутнього аліментарного дефіциту.

Враховуючи механізми формування патологічних змін в організмі при хронічному стресі, ми обґрунтуємо принципи та засоби їх аліментарної профілактики та корекції. З цією метою в розділі “Тігієна харчування” введено поняття “психонутрієнтологія”, яке включає обґрунтування впливу відповідних нутрієнтів, продуктів харчування, пряно-ароматичних рослин на соматичний та психічний статус, що суттєво доповнює знання студентами раціонального харчування. Сформульовані основні принципи антистресової дієти:

- Забезпечення раціонального адекватного харчування.
- Дотримання режиму харчування.
- Вилучення з раціону продуктів, які підвищують лабільність нервової системи.
- Забезпечення раціону продуктами, які є переважними джерелами нутрієнтів, які підвищують стрес-резистентність.
- Індивідуальна корекція дієти за допомогою пряно-ароматичних рослин.
- Фітонутрієнтна корекція раціону.

Робиться акцент на специфічне значення окремих нутрієнтів у корекції психосоматичних розладів.

Роль нутрієнтів у механізмах підвищення стресостійкості вивчалася російськими фахівцями Університету дружби народів, професорами С. В. Орловою і Л. С. Василевською та закордонними авторами (Генріх Мейроуз) [6, 7]. Вони визначили роль нутрієнтів у патогенезі дистресу, зокрема:

Білки є джерелами есенціальних амінокислот, які беруть участь в анаболічних та регуляторних процесах: гістидин – попередник гістаміну, покращує

діяльність ЦНС; гліцин – медіатор гальмівного типу дії; глутамін – амінокислота, яка перетворюється в глутамінову кислоту, підвищує рівень гамма-аміномасляної кислоти, необхідної для нормальної мозкової діяльності і розумової активності, входить до складу глутатіону, в нейронах бере участь в транспорті іонів калію, аміногруп і зв’язуванні аміаку; тирозин – бере участь у синтезі адреналіну, гормонів щитоподібної залози; треонін – регулює передачу нервових імпульсів медіаторами в мозку; триптофан – попередник серотоніну; фенілаланін регулює роботу щитоподібної залози, бере участь у синтезі адреналіну і норадреналіну, є природним антидепресантом; холін – субстрат для синтезу ацетилхоліну у мозку; цистеїн – входить до складу глутатіону, необхідний для засвоєння селену.

Жири беруть безпосередню участь у формуванні нервових тканин та клітин і регуляції функцій мозку. Зокрема, фосфоліпіди (фосфатидилхолін та фосфатидилсерин) формують сфінгомієлінові волокна нейронів мозку, ПНЖК – ω-3 – активують синтез простагландинів, які забезпечують профілактику атеросклерозу і тромбоутворення у судинах мозку.

Важлива роль у нормалізації психосоматичного статусу належить вітамінам:

Вітаміни групи В сприяють нормальному функціонуванню нервової системи, підвищують стійкість до стресів, депресій, втоми. Беруть участь у процесах енергозабезпечення, в метаболізмі жирів, білків і вуглеводів, нормалізують роботу серцево-судинної системи, печінки, шлунка, кишечника. Вітамін В₁ (тіамін) називають “вітаміном оптимізму”, необхідний для

нормальної передачі нервових сигналів; вітамін В₂ (рибофлавін) бере участь у синтезі кортикостероїдів, глікогену, відновленні глютаміону, прискорює перетворення, регулює стан центральної і периферичної нервової системи; вітамін В₃ (ніацин) регулює синтез серотоніну, підсилює гальмівні процеси, сприяє насиченню клітин мозку киснем, нормалізації сну; вітамін В₅ (пантотенова кислота) регулює роботу надниркових залоз, бере участь в обміні холестерину, кортикостероїдів, синтезі антитіл; вітамін В₆ (піридоксин) бере участь у синтезі серотоніну; фолієва кислота (вітамін В₉) необхідна для синтезу серотоніну і норадреналіну; вітамін В₁₂ (ціанокобаламін) бере участь в утворенні мієлінової оболонки нервів та процесах нервової провідності.

Біотин (вітамін Н) забезпечує нервові клітини енергією, бере участь у синтезі глікокінази – ферменту, який “запускає” обмін глюкози у нервових клітинах. Біотин покращує роботу нервової системи, знижує симптоми невротичності, знижує вміст цукру в крові.

Вітамін С депонується у надниркових залозах і при стресі його запас виснажується, тому потреба підвищується.

Вітамін Е (токоферол) забезпечує антиоксидантний захист, регулює насичення тканин киснем, захищає надниркові залози, нормалізує роботу печінки, бере участь в синтезі фосфатидилхоліну, який відіграє важливу роль у функціонуванні мозку і всієї нервової системи. Вітамін А (ретинол) є синергістом вітаміну Е, мобілізує залізо з депо та сприяє окисненню тканин.

Акцентуємо увагу студентів на роль мінеральних речовин у специфічних механізмах нейрорегуляції і нейропротекції. Зокрема, кальцій забезпечує рівновагу між процесами збудження і гальмування в корі го-

ловного мозку, бере участь у передачі нервових імпульсів, скороченні м'язів; магній сприяє засвоєнню кальцію і калію, підсилює процеси гальмування в корі головного мозку, забезпечує заспокійливий, антиспастичний, судинорозширюючий, діуретичний ефекти; калій регулює серцевий ритм, водний баланс організму, сприяє повноцінному м'язовому скороченню, проникненню поживних компонентів через клітинні мембрани; селен забезпечує потужну антиоксидантну дію, підсилює антиоксидантну ефективність вітаміну Е і разом з ним уповільнюють процеси вільнорадикального окислення ліпідів тканин; йод необхідний для синтезу гормонів щитоподібної залози, розвитку і функціонування головного мозку і нервової системи, підтримки розумової працездатності та пам'яті.

У розділі “Тісна харчування” ми детально розбираємо всі джерела нутрієнтів і обґрунтовуємо включення окремих харчових продуктів у відповідних поєднаннях в стрескорегуючу дієту.

Висновки: 1. Стрес є поліетіологічним і поліпатогенетичним процесом, який впливає на нейроендокринні структури і призводить до психосоматичних розладів у діяльності серцево-судинної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту, обмінних процесів.

2. Реакція організму на хронічний стрес супроводжується виснаженням депо відповідних вітамінів та мікроелементів, які беруть участь у механізмах стресадаптації, що призводить до супутнього полінутрієнтного дефіциту та поглиблює наслідки дистресу.

3. У методиках профілактики і корекції дистресу необхідно застосовувати патогенетично обґрунтовані засоби аліментарної корекції, що сприятиме підвищенню адаптаційних можливостей організму і відновленню фізичного і психологічного гомеостазу.

Література

1. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ, Jr. [1990]. Prevention of work-related psychological disorders. *American Psychologist* 45(10):1146-1158.
2. Статистика стресса. – www.lossofsoul.com
3. Скрипченко О. В. Загальна психологія / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук. – Київ: Каравела, 2009. – 464 с.
4. Щербатьх Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатьх. – Санкт-Петербург: Питер, 2008. – 256 с.
5. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Телесные технологии / М. Е. Сандомирский. – Санкт-Петербург: Питер, 2008. – 256 с.
6. Орлова С. В. Нутрициальные подходы к профилактике и лечению стресса: учебно-методическое пособие / С. В. Орлова, Л. С. Василевская, Л. И. Карушина. – М.: ООО “ПолиграфТехСервис”, 2002. – 43 с.
7. Мейроуз Г. Нутрицевтика как метод психокоррекции / Г. Мейроуз. – Москва: Профит Стайл, 2009. – 256 с.

УДК 614.7.378.631.3

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ТА МІСЦЕ І РОЛЬ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ У СТРУКТУРІ ВИКЛАДАННЯ НОРМАТИВНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ”

В. Г. Бардов¹, І. В. Сергета², А. М. Гринзовський¹

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

²Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF USE OF TESTS AND PLACE AND ROLE OF TEST CONTROL IN THE STRUCTURE OF TEACHING OF NORMATIVE SUBJECT “HYGIENE AND ECOLOGY”

V. H. Bardov¹, I. V. Serheta², A. M. Hrynzovskyi¹

¹National Medical University by O. O. Bohomolets,

²Vinnitsia National Medical University by M. I. Pirohov

У статті обґрунтовані методологічні основи та визначені прикладні напрямки використання тестового контролю у структурі навчальної підготовки студентів під час вивчення нормативної дисципліни “Гігієна та екологія”.

The article adduces the methodological fundamentals and determines the directions of the applied test control in the structure of educational training of students during the learning of normative discipline “Hygiene and Ecology”.

Вступ. Стратегічна мета модернізації медичної освіти в контексті запровадження Європейської кредитно-трансферної системи полягає у підвищенні конкурентоспроможності української медичної школи на підставі її входження до єдиного загальноєвропейського простору вищої освіти та єдиного загальноєвропейського простору наукових досліджень [3, 6].

Саме тому головним постулатом організації навчального процесу у контексті вимог Болонської конвенції є цілісне та чітко продумане наукове забезпечення навчального процесу на тлі суттєвого збільшення обсягу самостійної роботи студентів шляхом використання сучасних методів організації пізнавальної діяльності і, передусім, використання професійно-орієнтованих тестових методик та запровадження методів об'єктивізації контролю знань, що можуть ефективно використовуватися для проведення студентами самоконтролю підготовки до практичних занять і підсумкового модульного контролю, стати структурним елементом дистанційного навчання тощо [1, 2, 3, 6].

Основна частина. Як провідні сфери використання тестового контролю у структурі навчальної підготовки студентів необхідно відзначити:

– проведення поточного контролю знань в ході аудиторних практичних занять;
– здійснення підсумкового модульного контролю;
– удосконалення організації самостійної роботи студентів.

Отже, методологічні основи використання тестових завдань у структурі викладання навчальних дисциплін повинні передбачати реалізацію таких *методичних аспектів*, як:

– *академічний аспект*: формулювання тестових питань має стимулювати інтелектуальну діяльність та розвивати пізнавальну активність студентів;

– *аналітичний аспект*: тестові питання повинні бути спрямовані на виявлення здатності студентів до аналізу інформації та її аргументованого відбору;

– *прагматичний аспект*: тестові завдання мають відбивати пріоритетні питання навчального процесу та професійної практики, а також відображувати ціннісні орієнтації і установки студентів;

– *творчий аспект*: постановка тестових питань повинна надавати простір для вибірково-пізнавальної діяльності студентів, можливості визначення та відстоювання власної точки зору на проблемну ситуацію, що має місце;

– *прогностичний аспект*: тестові завдання мають сприяти розвитку творчого мислення, моделювати ситуації майбутньої професійної діяльності тощо.

Таким чином, використання тестових методик для оцінки результатів навчальної діяльності студентів надає можливість здійснювати розв'язання питань як діагностичного (оцінка рівня знань, а також визначення того, що ще слід вивчити та допрацювати), так і управлінського (яким чином у подальшому слід керувати процесом навчання та самонавчання) змісту.

Тестові методики оцінки можуть застосовуватися на *етапі професійної орієнтації та вступу до вищого навчального закладу* з метою встановлення рівня відповідності психофізіологічних якостей і особливостей особистості абітурієнтів вимогам професіограм, психофізіограм та психограм основних медичних спеціальностей.

Проте головною сферою використання тестових методик є їх широке застосування *в ході організації навчального процесу* у медичних вищих навчальних закладах, в тому числі під час викладання нормативної дисципліни “Гігієна та екологія” для виявлення рівня опанування теоретичних питань з навчальних предметів, які на засадах міжкафедральної інтеграції пов'язані з дисципліною, що вивчається, оцінки рівня вихідних знань та умінь безпосередньо за навчальним предметом, встановлення ступеня засвоєння окремих розділів нормативної дисципліни, визначення ступеня ефективності самостійної роботи студентів, модернізації процесів навчання та самонавчання студентів, організації рубіжного та підсумкового модульного контролю, проведення предметних екзаменаційних випробувань, організації ліцензійних іспитів “Крок – 1”, “Крок – 2”, “Крок – 3”.

Таким чином, основне місце у діяльності викладача займає застосування різноманітних *тестів успішності*, які являють собою сукупність тестових стандартизованих завдань, що використовуються як діагностичний інструментарій для оцінювання певного рівня навчальних досягнень.

До числа *головних критеріїв розроблення та застосування* тестів успішності необхідно віднести: *надійність*, що визначає ступінь відтворення результатів у разі проведення повторних тестувань, *валідність*, яка характеризує ступінь відповідності методики тестування рівню опанованих студентами навчальних навичок, *точність*, що дозволяє оцінити межу коливань діапазону правильних відповідей, *об'єктивність*, яка визначає надзвичайно низький рівень впливу на результат тестування суб'єктивних чинників та максимально мінімізує їх дію.

Натомість як *основні переваги використання тестів успішності* потрібно відзначити: *уніфікацію та стандартизацію оцінки рівня знань*, можливість протягом обмеженого часу *охопити контролем велику кількість студентів*, можливість проведення не лише вибіркового, але й *узагальненого контролю ступеня засвоєння* навчального матеріалу, а також *високу ефективність у разі проведення систематичного (етапного) оцінювання* рівня теоретичних знань та практичних навичок, що набуті.

Отже, тести успішності, які використовуються, не є якимось окремим та однобічним явищем. Насамперед, вони мають урахувати основні *рівні пізнавальної активності студентів*, що мають бути досягнуті та надавати можливість виділити тести успішності чотирьох рівнів засвоєння:

Тести успішності I рівня засвоєння являють собою сукупність тестових стандартизованих завдань, що використовуються як діагностичний інструментарій для оцінки певного рівня навчальних досягнень та визначають знання на рівні загальних уявлень і загальної орієнтації студентів, забезпечуючи проведення контролю на рівні розпізнавання раніше почутого або прочитаного, загальних уявлень про зміст навчальної дисципліни тощо. Їх головною ознакою є визначення переліку відповідей, виходячи зі своїх уявлень, або вибір однієї правильної відповіді з декількох запропонованих відповідей і, отже, основною сферою використання – оцінка вихідного рівня знань.

Тести успішності II рівня засвоєння становлять сукупність тестових стандартизованих завдань, що дозволяють оцінити точність, глибину та повноту теоретичних знань і практичних навичок, а також якість їх відтворення, визначаючи репродуктивні теоретичні і практичні знання, які свідомо відтворюються та застосовуються студентом на рівні типових задач. Такі тести (тестові методики зі множинним вибором відповіді, тестові методики з відповіддю, яка самостійно конструюється, тестові методики, що передбачають визначення правильної послідовності дій під час виконання певного завдання, тестові методики, які зумовлюють знаходження оптимальних співвідношень між окремими рядами даних) дозволяють оцінити точність, глибину та повноту теоретичних знань і практичних навичок студентів, що засвоєні, та якість їх відтворення. Їх головною ознакою є можливість виявлення здатності студентів використовувати набуті знання, уміння та навички у ході навчального процесу і, отже, основною сферою використання – оцінка ступеня засвоєння окремих розділів навчальної дисципліни, визначення рівня ефек-

тивності самостійної роботи студентів, удосконалення подальшого керування процесами навчання та самонавчання студентів, проведення рубіжного, підсумкового та екзаменаційного контролю.

Тести успішності III рівня засвоєння являють собою сукупність тестових стандартизованих завдань, що дозволяють оцінити здатність студентів проводити порівняльний диференційований практично-значущий аналіз різноманітних груп ознак за різними критеріями та визначають рівень професійно-значущих професійних умінь і навичок, що набуті. Їх головною ознакою (тестові методики, які засновані на використанні класифікаційного відбору, тестові методики, що передбачають інтегральну оцінку теоретичної і практичної підготовки студентів) є можливість виявлення здатності студентів використовувати набуті знання, уміння та навички у практично-значущих ситуаціях і, отже, основною сферою використання – проведення рубіжного, підсумкового та екзаменаційного контролю, визначення рівня ефективності самостійної роботи студентів, удосконалення подальшого керування процесами навчання та самонавчання студентів.

Тести успішності IV рівня засвоєння становлять сукупність тестових стандартизованих завдань, що дозволяють виявити ступінь готовності студентів до здійснення творчої діяльності, можливостей розв'язання нестандартних ситуацій у повсякденній навчальній або практичній (професійній) діяльності.

Необхідно відзначити, що основними методами поточного контролю знань студентів, який має бути здійснений під час оцінки рівня засвоєння окремих тем практичного курсу будь-якої навчальної дисципліни, є довільні та стандартизовані методи.

Довільні методи поточного контролю знань студентів зумовлюють: використання усного опитування, застосування письмових методів опитування, розв'язання типових ситуаційних задач, проведення навчально-значущих лабораторних та інструментальних досліджень.

Водночас *стандартизовані методи поточного контролю знань студентів*, а саме на запровадженні таких підходів наголошують основні засади кредитно-модульної системи організації навчального процесу, мають передбачати: використання структурованих тестових завдань (тести успішності I, II, III та, в окремих випадках, IV рівнів засвоєння), запровадження структурованих ситуаційних завдань, що зумовлюють виконання дій, властивих для практичної діяльності лікаря, застосування структурованих письмових робіт, використання структурованого за

процедурою виконання контролю рівня засвоєння практичних навичок, в умовах, які максимально наближені до реальних умов.

Сфера використання стандартизованих методів контролю знань студентів є досить широкою: контроль теоретичної підготовки, контроль рівня засвоєння практичних навичок, контроль рівня засвоєння окремих професійних умінь тощо.

Як *головні стандартизовані методи проведення контролю теоретичної підготовки* слід відзначити: застосування структурованих письмових робіт, запровадження типових структурованих ситуаційних завдань, використання структурованих тестових завдань (тести успішності I, II та III рівнів засвоєння).

Основними стандартизованими методами проведення контролю рівня засвоєння практичних навичок мають стати: індивідуальний контроль виконання типових практичних навичок та оцінка умінь щодо прикладної інтерпретації одержаних результатів, застосування структурованих письмових робіт щодо визначення нормативних показників, які визначаються під час проведення практичних дій, використання структурованих тестових завдань (тести успішності I, II та III рівнів засвоєння).

Зрештою, як найбільш доцільні та практично-значущі *стандартизовані методи проведення контролю рівня засвоєння професійних умінь* мають бути визначені: запровадження типових структурованих ситуаційних завдань, що зумовлюють виконання дій, властивих для практичної діяльності лікаря, використання структурованих тестових завдань (тести успішності III та, в окремих випадках, IV рівнів засвоєння).

Отже, будь-який метод стандартизованої оцінки як рівня засвоєння предмета в ході практичних занять, так і під час проведення підсумкового модульного контролю обов'язково передбачає використання тестового контролю.

Тому, розглядаючи *особливості використання тестових завдань у структурі викладання предмета "Гігієна та екологія"*, необхідно зазначити, що такий підхід повинен мати за мету:

- проведення контролю теоретичної підготовки;
- проведення контролю рівня засвоєння теоретичних умінь та практичних навичок;
- проведення контролю рівня засвоєння професійних умінь.

I, отже, саме цей факт зумовлює потребу у розробленні, визначенні адекватності і валідності та подальшому застосуванні тестових завдань, що забезпечують здійснення відповідно *вихідного, проміжного та кінцевого контролю знань студентів*.

Виходячи із вищенаведеного, як *головні напрямки використання тестового контролю у ході викладання предмета “Гігієна та екологія”* передусім, під час проведення практичних занять необхідно відзначити їх застосування як невід’ємного елементу:

– *вихідного контролю рівня знань з навчальних предметів, які на засадах міжкафедральної інтеграції пов’язані з дисципліною;*

– *проміжного контролю рівня знань студентів (тести успішності I та II (оцінка точності, глибини та повноти засвоєння теоретичних знань і практичних навичок) рівня засвоєння окремих тем та розділів дисципліни);*

– *кінцевого контролю рівня знань студентів (тести успішності II та III (оцінка певного рівня професійних умінь) рівня засвоєння окремих розділів та всієї нормативної дисципліни.*

Ураховуючи наведені положення, розроблений *навчальний посібник “Гігієна і екологія: стандартизовані завдання для тестового контролю”*, зміст якого максимально наближений до змісту базового підручника “Гігієна та екологія”, а його структура передбачає розгляд та висвітлення наступних розділів [4, 5, 7]:

Передмова.

Розділ 1. Методологічні основи використання тестових завдань. Місце та роль тестового контролю у структурі викладання нормативної дисципліни “Гігієна та екологія”.

Розділ 2. Тестові завдання з розділу “Загальні питання гігієни”.

Розділ 3. Тестові завдання з розділу “Комунальна гігієна”.

Розділ 4. Тестові завдання з розділу “Гігієна харчування”.

Розділ 5. Тестові завдання з розділу “Гігієна праці”.

Розділ 6. Тестові завдання з розділу “Гігієна дітей і підлітків”.

Розділ 7. Тестові завдання з розділу “Гігієна лікувально-профілактичних закладів”.

Розділ 8. Тестові завдання з розділу “Радіаційна гігієна”.

Розділ 9. Тестові завдання з розділу “Особиста гігієна та психогігієна”.

Розділ 10. Тестові завдання з розділу “Гігієна при екстремальних ситуаціях з курсом військової гігієни”.

Розділ 11. Тестові завдання з розділу “Гігієна жарких та тропічних країн”.

Структура викладення основних матеріалів у навчальному посібнику передбачає подання тестових завдань у такій формі:

Назва теми

1. *Навчальна мета*

2. *Вихідні знання та вміння*

3. *Питання для самостійної підготовки*

4. *Література*

5. *Питання тестового контролю (у форматі А*, В, С, D, E)*

Джерело (а) літератури:

Як основні варіанти подання запитань, а загалом у навчальному посібнику наведено 3250 тестових завдань, слід відзначити 4 наступних варіанти.

Перший варіант – прості (односкладові) запитання. Наприклад:

Назвіть основну мету гігієни:

А. *Збереження та зміцнення здоров’я людини

В. Вивчення стану навколишнього середовища

С. Вивчення етіології та патогенезу захворювань

Д. Обґрунтування гігієнічних нормативів та критеріїв здоров’я людини

Е. Прогнозування санітарної ситуації на перспективу

Джерело інформації: Гігієна та екологія / [В. Г. Бардов, В. Ф. Москаленко, С. Т. Омельчук та ін.] ; за ред. В. Г. Бардова. – Вінниця : Нова Книга, 2006. – С. 19.

Другий варіант – складні (багатоскладові) запитання. Наприклад:

Назвіть фактори навколишнього середовища, що впливають на здоров’я людини:

А. *Фізичні, хімічні, біологічні, психологічні

В. Колективні, індивідуальні, особистісні

С. Генетичні, фенотипічні

Д. Глобальні, популяційні, регіональні, індивідуальні

Е. Психологічні, психофізіологічні, фізіологічні

Джерело інформації: Загальна гігієна : пропедевтика гігієни / [Є. Г. Гончарук, Ю. І. Кундієв, В. Г. Бардов та ін.] ; за ред. Є. Г. Гончарука. – К. : Вища школа, 1995. – С. 15–16.

Третій варіант – запитання від протилежного. Наприклад:

Назвіть, який принцип не відноситься до принципів гігієнічного нормування:

А. *Принцип абсолютності ГДК

В. Принцип відносності ГДК

С. Принцип розподілу об’єктів санітарної безпеки

Д. Принцип першочерговості медичних показань

Е. Принцип диференціації біологічних відповідей

Джерело інформації: Загальна гігієна : пропедевтика гігієни / [Є. Г. Гончарук, Ю. І. Кундієв, В. Г. Бардов та ін.] ; за ред. Є. Г. Гончарука. – К. : Вища школа, 1995. – С. 138–142.

I, зрештою, четвертий варіант – запитання контентного (узагальненого) змісту. Наприклад:

Назвіть провідні різновиди санітарії:

- A. *Все перераховане
- B. Шкільна санітарія
- C. Житлово-комунальна санітарія
- D. Виробнича санітарія
- E. Харчова санітарія

Джерело інформації: Гігієна та екологія / [В. Г. Бардов, В. Ф. Москаленко, С. Т. Омельчук та ін.] ; за ред. В. Г. Бардова. – Вінниця : Нова Книга, 2006. – С. 19.

Результати використання розроблених тестових

Література

1. Булах І. Є. Проблеми оцінювання знань студентів в контексті Болонської декларації / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, М. Р. Мруга // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації. – Тернопіль, 2011. – С. 12–13.

2. Попередні підсумки запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах та шляхи подальшого удосконалення його організації / В. В. Вороненко, О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький [та ін.] // Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 18–22.

3. Про завдання з впровадження Європейських стандартів та директив із внутрішньої та зовнішньої гарантії якості в систему підготовки лікарів і провізорів у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця / В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський [та ін.] // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи орга-

завдань в ході організації навчального процесу засвідчують значне підвищення ступеня якості засвоєння студентами навчального матеріалу та практичних навичок і умінь.

Висновки: 1. В роботі обґрунтовані методологічні основи використання тестового контролю у структурі навчальної підготовки студентів під час вивчення нормативної дисципліни “Гігієна та екологія”.

2. Визначені головні прикладні напрямки застосування стандартизованих завдань тестового контролю в ході здійснення контролю рівня знань студентів.

нізації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації. – Тернопіль, 2011. – С. 23–26.

4. Гігієна та екологія / [В. Г. Бардов, В. Ф. Москаленко, С. Т. Омельчук та ін.] ; за ред. В. Г. Бардова. – Вінниця : Нова Книга, 2006. – 720 с.

5. Гигиена и экология / [В. Г. Бардов, В. Ф. Москаленко, С. Т. Омельчук и др.] ; под ред. В. Г. Бардова. – Вінниця : Нова Книга, 2008. – 720 с.

6. 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.

7. Hygiene and ecology / [V. H. Bardov, V. F. Moskalenko, S. T. Omelchuk et al.] ; under the editorship V. G. Bardov. – Vinnytsia : Nova Knyha publishers, 2009. – 652 p.

УДК 378.016:[61:340.6]

ВИКЛАДАННЯ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “СТОМАТОЛОГІЯ”

І. Л. Беженар

Буковинський державний медичний університет

TEACHING FORENSIC MEDICINE FOR STUDENTS OF THE STOMATOLOGICAL FACULTY IN THE SPECIALITY – “STOMATOLOGY”

I. L. Bezhenar

Bukovynian State Medical University

У статті розкрито особливості викладання судової медицини (стоматології) для студентів стоматологічного факультету зі спеціальності “Стоматологія”. Показано роль профілізації та наочності у процесі набуття знань, практичних навичок і вмінь майбутніми лікарями-стоматологами.

The paper adduces the specific features of teaching Forensic Medicine (Stomatology) for students of the Stomatological faculty in the speciality “Stomatology”. The role of profilization and visual aids in the process of knowledge acquirement, practical habits and skills by future stomatologists has been demonstrated.

Вступ. Сучасна судова медицина вийшла далеко за межі прикладних знань, оскільки вивчає питання медичного, біологічного та медико-криміналістичного характеру, що виникають у практичній діяльності органів правосуддя та законодавства. Окремі її розділи розроблені відповідно до кримінального та цивільного законодавства і викладаються тільки в судовій медицині. Знання з судової медицини важливі для всіх медичних дисциплін, оскільки без них неможливо обійтися у загальній підготовці лікаря [1, 2].

У межах судової медицини виділяють окрему специфічну галузь – судову стоматологію, яка відповідно до потреб правоохоронних органів та судочинства займається судово-медичною розробкою питань стоматологічного характеру.

Необхідність оволодіння ґрунтовними знаннями з теорії та практики судової медицини (стоматології) обумовлена тим, що, згідно з чинним законодавством, правоохоронні органи мають право залучати до виконання експертних функцій лікаря будь-якої спеціальності, в тому числі і лікаря-стоматолога для вирішення специфічних питань стоматологічного характеру. У зв'язку з цим судово-медичні знання важливі для спеціаліста-стоматолога, який у разі необхідності має вірно їх застосувати у практичній діяльності [3–5].

Основна частина. Метою вивчення судової медицини (стоматології) є забезпечення майбутнього лікаря стоматолога такими спеціальними знаннями і навичками, які дозволять йому повноцінно виконувати свої професійні обов'язки, з позиції прав особи, суспільства, держави.

Судова медицина (стоматологія) у медичних вузах вивчається на 3-му курсі у 6-му семестрі, оскільки для її опанування необхідні знання із більшості базових і фахових предметів попередніх курсів.

Навчальний процес ґрунтується на знаннях, які студенти отримують при вивченні загально-біологічних та клінічних дисциплін та інтегрується з ними. Міжпредметна інтеграція полягає у використанні знань як із базових, так із фахових дисциплін для глибокого розуміння перебігу біологічних, патологічних і травматичних процесів в організмі людини.

Студенти набувають основи знань щодо виконання лікарем-стоматологом функцій судового експерта згідно з чинним процесуальним законодавством України [6].

Також вони засвоюють знання з правових засад лікарської діяльності відповідно до чинного законодавства [6].

Організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу.

© І. Л. Беженар

Програма дисципліни структурована на 1 модуль, до складу якого входять 10 змістових модулів, в яких 23 навчальні теми.

Кінцеві цілі вивчення дисципліни полягають у демонстрації:

- вміння опису тілесних ушкоджень;
- визначення виду та механізму виникнення тілесного ушкодження;
- вміння визначати ступінь тяжкості травми під час судово-стоматологічного обстеження потерпілої особи;
- вміння проводити огляд ділянки обличчя трупа на місці події;
- вміння опису стоматологічного статусу трупа;
- вміння опису та вилучення речових доказів біологічного походження;
- вміння встановлювати факт настання біологічної смерті;
- вміння проводити ідентифікацію невідомої особи за стоматологічним статусом;
- вміння аналізувати зміст нормативно-правових актів, які стосуються медичної діяльності та діють у сфері охорони здоров'я громадян.

З метою засвоєння студентами знань з теорії та практики навчальний процес слід проводити на високому науково-практичному рівні із застосуванням сучасних методів контролю знань.

Для студентів 3-го курсу зі спеціальності "Стоматологія" згідно з програмою для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації [2] обов'язковими є 30 годин аудиторних практичних занять. На них необхідно розібрати організаційні та процесуальні основи судово-медичної служби України, основні питання танатології, судово-медичної травматології, дії фізичних факторів та хімічних речовин, кисневого голодування, експертизи потерпілих, звинувачених та інших осіб, експертизи речових доказів біологічного походження.

Вважаємо також за доцільне включити у перелік практичних занять для студентів вказаної спеціальності такі теми, як: судово-стоматологічна ідентифікація трупів невідомих осіб, судово-медична (стоматологічна) експертиза віку та стану здоров'я, ушкодження слизової оболонки порожнини рота та зубів, ушкодження зубами, переломи кісток обличчя, судово-медико-криміналістичні методи досліджень під час проведення судово-медичної (стоматологічної) експертизи, судово-медична експертиза ушкоджень тканин обличчя та зубів хімічними чинниками, правові аспекти надання медичної (стоматологічної) допомоги населенню, кримінальна відповідальність медичних працівників за професійно-посадові правопорушення.

Під час цих занять студенти під керівництвом викладача вирішують також контрольні тестові завдання, розбирають ситуаційні задачі, вивчають основні об'єкти судово-медичної експертизи, описують сухі та вологі макропрепарати.

Особливу увагу слід приділяти заняттям, що проводяться у секційному залі. Тут студенти спочатку ознайомлюються із методикою судово-медичного дослідження трупів, а потім і самостійно описують стоматологічний статус загиблих, невідомих та інших осіб, за яким оформлюють відповідні медичні документи. Виконанню цієї частини роботи сприяє створений на базі Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи науково-практичний комплекс із двома секційними залами. Один із залів призначений для самостійної роботи студентів під керівництвом викладачів, де вони у повному обсязі виконують практичну експертно-діагностичну роботу. У той же час і практичні судово-медичні експерти демонструють різні випадки зі своєї судово-медичної практики, сприяючи таким чином набуттю студентами практичних навичок та вмінь. Такий підхід сприяє оптимізації навчального процесу, підвищує наочність і показує прикладне значення набутих знань.

Навчальною програмою передбачено також 8 годин для самостійної позааудиторної роботи студентів, яку вони виконують протягом семестру у вигляді коротких рефератів в окремих зошитах за запланованими темами.

Опанування судовою стоматологією в рамках вимог, передбачених навчальною програмою, із врахуванням запропонованих особливостей дозволить майбутнім лікарям-стоматологам виконувати свою роботу із глибоким розумінням правових та експертних аспектів майбутньої медичної діяльності.

Висновки: 1. Виконання у повному обсязі навчальної програми з судової медицини (стоматології) із врахуванням запропонованих особливостей дозволить студентам набути знання, практичні навички і вміння, необхідні для майбутньої практичної роботи.

2. Включення профільних тем із майбутньої спеціалізації у процес викладання навчальної дисципліни, а також створення сприятливих умов на базі науково-практичного комплексу сприяє оптимізації навчального процесу з судової стоматології.

Перспективними для подальших пошуків у даному напрямку є вивчення особливостей опанування практичних навичок і вмінь із судової стоматології у процесі викладання судової медицини та безпосередньої роботи студентів у секційному залі клінічної бази кафедри.

Література

1. Про внесення змін до наказу МОЗ України № 352 від 25.07.2003 р. “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців за спеціальністю “Стоматологія”: наказ № 415 МОЗ України від 23.07.2007 р.
2. Судова медицина (стоматологія) : програма навчальної дисципліни для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. – К. : ЦМК з ВМО МОЗ України, 2012. – 30 с.
3. Михайличенко Б. В. Судова стоматологія : підручник для студентів стоматологічного факультету ВМНЗ III-IV рівня акредитації / Б. В. Михайличенко. – К. : МП “Леся”, 2005. – 356 с.
4. Особливості судово-медичного дослідження трупа при окремих видах смерті : навч. метод. посібник / О. Ф. Кулик, В. Т. Бачинський, І. Г. Савка, О. Я. Ванчуляк. – Чернівці : БДМУ, 2010. – 220 с.
5. Первинний огляд трупа на місці виявлення : навч. метод. посібник / В. Т. Бачинський, О. Ф. Кулик, І. Г. Савка, О. Я. Ванчуляк. – Чернівці : БДМУ, 2010. – 212 с.
6. Хміль І. Ю. Законодавче забезпечення лікарської діяльності : навч. посібник / І. Ю. Хміль, Б. В. Михайличенко, О. І. Артеменко. – К. : Медицина, 2010. – 208 с.

УДК 378.147.88:614.253.52

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ІНФОРМАЦІЇ СТУДЕНТАМИ З РІЗНИМ ТИПОМ ІНФОРМАЦІЙНОГО МЕТАБОЛІЗМУ

Н. А. Бількевич

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

SOME PECULIARITIES OF INFORMATION MASTERING BY STUDENTS WITH DIFFERENT TYPE OF INFORMATION METABOLISM

N. A. Bilkevych

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

Шляхом анкетування, ознайомлення з описом психологічного типу та соціонічного інтерв'ю визначено тип інформаційного метаболізму (ТІМ) у 183 студентів 3 курсу медичного факультету. Встановлено ряд особливостей таких психічних якостей, як пізнання (увага, зорова пам'ять), мислення (розуміння кількісних співвідношень та прихованих закономірностей), комунікативність у студентів з різним ТІМ. Це вказує на необхідність врахування його в організації навчального процесу.

By a questionnaire, acquaintances with a psychological type and socionic interview there were determined information metabolism types (IMT) of 183 3rd year medical faculty students. It was revealed that some peculiarities of such psychical qualities as cognition (attention, visual memory), thinking (understanding of quantitative correlations and hidden appropriations), communicativeness depend on students' IMT. This specifies on the necessity of its account in educational process organization.

Вступ. В умовах модернізації навчального процесу у вітчизняних медичних ВНЗ зростає інтенсивність навчання та об'єм інформації, яку необхідно засвоїти [9]. Акцент при цьому ставиться на ефективну трансформацію теоретичних знань у досвід, практичні навички і вміння, що передбачають як володіння технікою медичних маніпуляцій, фізикального обстеження хворого, так і здатність ефективно спілкуватись із пацієнтом, приймати рішення у нестандартних ситуаціях тощо. Тому зростає інтерес до актуалізації внутрішніх резервів студентів, розкриття явних і прихованих здібностей, індивідуальних особливостей сприйняття і мислення [1, 3, 7].

Сучасні дані наукових досліджень, проведені на стику психології та інформатики, вказують, що процес засвоєння знань людиною підлягає загальним законам обробки інформації, піддається дослідженню і математичному моделюванню [8], що дозволяє впливати на нього з метою оптимізації. Згідно з теорією психологічних типів К. Юнга, теорією інформаційного метаболізму А. Кемпінського, розвиненими пізніше їх послідовниками [5, 7, 8], уся інформація, яка надходить до людини як ззовні, так і зсередини (та, що стосується її психофізичного стану), – це єди-

ний інформаційний потік. Такий самий потік людина “генерує” назовні. Інформаційний потік є неоднорідним і складається з декількох “каналів” або так званих аспектів: сенсорного (інформація від органів чуття), логічного (міркування, висновки, розуміння закономірностей, взаємозв'язків), етичного (емоції, стосунки людей), інтуїтивного (прогнозування подій у часі, значною мірою підсвідоме). Не підлягає сумніву, що усі ці аспекти є необхідними у навчанні студента-медика. Крім того, існують інші особливості сприйняття інформації, пов'язані з орієнтацією уваги, збором та обробкою даних переважно у зовнішньому світі (екстраверсія), або у внутрішньому світі людини (інтроверсія), а також стиль організації роботи (раціональність та ірраціональність): раціональні типи віддають перевагу роботі за планом, тоді як ірраціональні роблять акцент на зборі інформації й не квапляться приймати рішення.

У кожного індивідуума сприйняття й обробка інформації одного й того ж аспекту опосередковуються однойменними психічними функціями (сенсорика, логіка, етика, інтуїція). Вони об'єднані у пари (сенсорика-інтуїція, етика-логіка, екстраверсія-інтроверсія, раціональність-ірраціональність), в яких одна задія-

на більше (ведуча функція), інша – менше. За індивідуальними особливостями сприйняття інформації усіх людей можна віднести до одного з 16-ти психологічних типів або типів інформаційного метаболізму (ТІМ) [5, 7, 8]. Інформація одного і того ж сорту передається і сприймається одними і тими ж функціями партнерів із спілкування. Тому логічний виклад, наприклад, сенсорних даних (вигляд шкірного висипу, характеристики шумів серця тощо) сприймається функцією логіки, а не сенсорики. Для того щоб накопичувався досвід сенсорних відчуттів, потрібні сприйняття по відповідному каналу (ілюстрації, огляд хворого тощо) [8].

Як можна зрозуміти з вищенаведеного, процес засвоєння інформації є складним і неоднаковим у різних студентів, проте питання індивідуальних особливостей цього процесу потребує подальшого вивчення.

Основна частина. Автори статті поставили перед собою за мету дослідити розподіл студентів медичного ВНЗ згідно з їх ТІМ та вивчити особливості необхідних у навчанні психічних якостей: пізнавальних (увага, зорова пам'ять), мислення (розуміння кількісних співвідношень та прихованих закономірностей), комунікативності у студентів з різними типами інформаційного метаболізму. Якщо зв'язок між ТІМ студента та цими якостями існує, його врахування дозволило б краще адаптувати навчальний процес до індивідуальних особливостей сприйняття інформації.

У 183 студентів 3 курсу медичного факультету ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського, які навчались на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини та фізіатрії протягом 2008–2010 рр., опановували предмет "Пропедевтика внутрішньої медицини", проводили опитування із застосуванням методу анкетування, ознайомлення з описами психотипів, діагностичного інтерв'ю. ТІМ визначали шляхом анкетування за В. Гуленко [2]. Далі знайомили студентів із соціонічними портретами [5] (представляли короткі описи 16-ти психотипів, складених професіоналами, з метою ви-

бору одного). Отримані двома методиками дані порівнювали, і при незбігу результатів проводили діагностичне інтерв'ю за тестом Мегедь-Овчарова [6].

Увагу, зорову пам'ять, оперування логічною інформацією, комунікативність оцінювали шляхом тестування за стандартизованими методиками, адаптованими до використання у професійній психодіагностиці та профорієнтації [4]. В якості тесту на вибірковість уваги, її концентрації та об'єму вибрали методику Мюнстенберга. Дослідження здатності студентів до сприйняття зорової інформації та короткочасної пам'яті на образи проводили із застосуванням тестів "Пам'ять на образи" та "Впізнавання фігур". Логічне мислення досліджували за методиками "Кількісні співвідношення" і "Закономірності числового ряду" (оцінюють логіку співвідношень, здатність до аналізу і синтезу інформації). При дослідженні рівня комунікативності використовували методику В. Ф. Ряховського. Отримані показники порівнювали у парах груп опитаних, розподілених за ведучою психічною функцією "етика-логіка", "сенсорика-інтуїція", "раціональність-ірраціональність" та "екстраверсія-інтроверсія". Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики з обчисленням середньої величини (M), її похибки (m), показника достовірності (P). Обчислення проводились за допомогою прикладної комп'ютерної програми "Електронні таблиці Excel" (Microsoft, USA).

Результати вивчення розподілу психологічних типів в опитаних студентів представлені в таблиці 1. Найбільший відсоток припадав на респондентів з ведучими функціями екстраверсії, сенсорики, етики та раціональності. Сильними сторонами людей, у яких домінує етика й екстраверсія, є комунікативність, здатність встановлювати контакти з пацієнтами. Сенсорність визначає значний потенціал в опануванні практичними навичками фізикального обстеження пацієнта, медичними маніпуляціями. Разом з тим, таким студентам навчальний матеріал потрібно подавати у простій, зрозумілій, унаочненій та ілюстро-

Таблиця 1. Розподіл студентів за ведучими психологічними функціями

Ведуча функція	К-сть студентів	Частка у %
Сенсорика	117	63,93
Інтуїція	66	36,07
Етика	115	62,84
Логіка	68	37,16
Раціональність	113	61,75
Ірраціональність	70	38,25
Екстраверсія	130	71,04
Інтроверсія	53	28,96

ваній формі, сухі короткі теоретичні викладки сприймаються важче. Потрібно звертати увагу на тренування здатності до прогнозування подій (потенційних проблем пацієнта, вірогідності погіршення його стану здоров'я за тих чи інших обставин). Ведучі функції сенсорики й етики, згідно з теорією Дж. Холланда [4], найбільш адаптовані до роду діяльності медичного працівника. Менше серед опитаних студентів представлені інтровертні особи з ведучими функціями логіки та інтуїції, які краще сприймають логічну інформацію, але їм важче спілкуватись із хворими, розрізняти сенсорні відчуття.

Наступним етапом роботи було дослідження необхідних у навчанні психічних якостей: пізнавальних, мислення, комунікативності (див. табл. 2). Виявлено, що концентрація і вибірковість уваги були більшими у логіків, ніж у етиків ($P < 0,02$). Не відмічали різниці даної властивості у сенсориків та інтуїтивних, екстравертів та інтровертів. Дещо більші показники були в ірраціональних студентів порівняно з раціональними ($t = 2,08, P > 0,05$).

Таблиця 2. Результати дослідження деяких психічних функцій у студентів з різним ТІМ (виражені в балах, $M \pm m$)

Групи студентів	Концентрація уваги	Розпізнавання образів	Розпізнавання символів	Кількісні порівняння	Розуміння закономірностей	Комунікативність
Етики	0,82±0,02	0,97±0,02	11,3±0,4	10,1±0,5	9,3±0,5	12,0±1,1
Логіки	0,87±0,01 $P < 0,02$	0,92±0,02 $P > 0,05$	11,1±0,7 $P > 0,05$	12,3±0,9 $P > 0,05$	11,4±0,4 $P < 0,002$	14,9±0,8 $P < 0,05$
Сенсорики	0,84±0,01	0,97±0,01	11,2±0,5	9,8±0,7	10,4±0,5	12,5±1,1
Інтуїти	0,84±0,02 $P > 0,05$	0,80±0,01 $P > 0,05$	12,6±0,7 $P > 0,05$	12,8±0,7 $P < 0,01$	9,7±0,6 $P > 0,05$	14,9±1,0 $P > 0,05$
Раціональні	0,81±0,02	0,93±0,02	11,4±0,6	10,1±0,8	10,7±0,5	14,0±1,1
Ірраціональні	0,86±0,02 $P > 0,05$	0,95±0,03 $P > 0,05$	11,0±0,4 $P > 0,05$	11,8±0,7 $P > 0,05$	9,5±0,7 $P > 0,05$	10,6±1,1 $P > 0,05$
Екстраверти	0,84±0,02	0,98±0,01	10,7±0,6	10,5±0,6	10,4±0,9	10,5±1,0
Інтроверти	0,83±0,01 $P > 0,05$	0,80±0,03 $P < 0,001$	14,0±0,4 $P < 0,001$	10,5±1,1 $t = 0$	9,7±0,5 $P > 0,05$	14,3±1,0 $P < 0,02$

При дослідженні логічного мислення в групі “етики-логіки” останні дещо краще бачили числові взаємовідношення ($t = 2,04, P > 0,05$), і достовірно краще – приховані закономірності ($P < 0,002$). У групі “сенсорики-інтуїтивні” відмічали краще розпізнавання кількісних взаємовідношень у групі інтуїтивних ($P < 0,01$), тоді як приховані закономірності в обох групах студенти бачили з однаковою частотою. Можливо, краще бачення співвідношень є результатом умоглядного мислення в інтуїтивних осіб [7, 8]. У групах екстравертів та інтровертів різниці результатів обох тестів не було.

В оцінці даних тесту В. Ф. Ряховського більшість студентів відповідали нормальній та дещо підвищеній комунікативності. Вона була вираженішою в етиків

При дослідженні короткочасної пам'яті на зорові образи спостерігали різку відмінність результатів тесту у групах екстравертів та інтровертів. Студенти з екстравертною установкою достовірно краще запам'ятовували образи ($P < 0,001$), тоді як пам'ять на абстрактні символи була значно кращою в інтровертів ($P < 0,001$). З точки зору теорії Юнга це закономірно, оскільки увага екстраверта звернена на об'єкт, тому вони краще впізнають знайомі образи, а інтроверта – на взаємовідношення його частин (взаємне розташування та напрям ліній у незнайомих символах) [7, 8]. У групах раціональних-ірраціональних зорова пам'ять як на образи, так і на символи практично не відрізнялась. Виявили слабку тенденцію до кращого впізнавання етиками образів у групі “етика-логіка” ($t = 1,19, P > 0,05$). Разом з тим, різниці у розпізнаванні символів в обох групах не було ($t = 0,21, P > 0,05$). У групі “сенсорики-інтуїтивні” спостерігалась тенденція до дещо кращого запам'ятовування образів сенсориками ($t = 1,56, P > 0,05$) та символів інтуїтивними ($t = 1,87, P > 0,05$).

порівняно з логіками (нижчий бал відповідає вищій комунікативності, $P < 0,05$), екстравертів порівняно з інтровертами ($P < 0,02$), в інших парах груп дані недостовірні. Отже, наші дані узгоджуються з Н. Т. Прокоф'євою і співавт. [7] в тому, що не можна повністю замінювати поняття “екстраверсія” на “комунікативність”.

Висновки: 1. Досліджувані нами психічні функції пізнання (увага, зорова пам'ять), оперування логічним матеріалом (розпізнавання співвідношень та закономірностей), комунікативність були різною мірою виражені в групах студентів, поділених за парами юнгівських функцій, тобто залежали від типу інформаційного метаболізму. Пам'ять на образи достовірно залежала від вираженості психічної функції екст-

раверсії, на абстрактні фігури – інтроверсії, увага, оперування логічною інформацією – логіки, комунікативність – етики й екстраверсії. Це вказує на необхідність враховувати ТІМ студента на практичних заняттях, адаптуючи подачу навчального матеріалу до особливостей сприйняття інформації.

2. Серед опитаних студентів переважали особи з ведучими функціями екстраверсії, сенсорики, етики та раціональності. Ефективність навчання цих студентів можна підвищувати шляхом чіткої, ясної по-

дачі теоретичного матеріалу, унаочнень, тренінгу в ситуаціях, що передбачають синтез та аналіз інформації, формулювання висновків, прогнозування перебігу подій.

3. Осіб з ведучими функціями логіки та інтуїції, з інтроверною та ірраціональною установками було менше. При роботі з такими студентами потрібно більшу увагу приділяти комунікативним навичкам, практиці планування дій, активно залучати до наукової діяльності.

Література

1. Вітенко І. С. Соціально-психологічний тренінг : цикл вправ для підготовки лікарів-медичних психологів : навчально-методичний посібник / І. С. Вітенко, А. С. Борисюк, Т. І. Вітенко ; за ред. проф. І. С. Вітенка. – Чернівці : Книги-XXI, 2008. – 124 с.

2. Гуленко В. В. Количество типов в социоанализе / В. В. Гуленко // "16". – 1991. – № 1. – С. 34–41.

3. Добрынина Т. Н. Педагогические условия применения интерактивных форм обучения в педагогическом вузе : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Т. Н. Добрынина. – Новосибирск, 2003. – 196 с.

4. Зеер Э. Ф. Профориентология : теория и практика : учеб. пособие для высшей школы / Э. Ф. Зеер, А. М. Павлова, Н. О. Садовникова. – [3-е изд.]. – М. : Академический Проект; Фонд "Мир", 2008. – 192 с.

5. Каганець І. Психологічні аспекти в менеджменті : ти-

пология Юнга, соціоніка, психоінформатика / І. Каганець. – Київ-Тернопіль : Видавництво "Мандрівець" – "Port-Royal", 1997. – 204 с.

6. Мегедь В. В. Характеры и отношения / В. В. Мегедь, А. А. Овчаров. – М. : Армада-пресс, 2002. – 704 с.

7. Прокофьева Т. Н. Соционика для профессионалов. Соционические технологии в педагогике и управлении персоналом / Т. Н. Прокофьева, В. Г. Прокофьев, А. С. Девяткин ; под общ. ред. Т. Н. Прокофьевой. – М. : Изд-во "Алмаз", 2008. – 323 с.

8. Прокофьева Т. Н. Соционика. Алгебра и геометрия человеческих взаимоотношений : учебно-практическое пособие / Т. Н. Прокофьева. – [2-е издание, стереотипное]. – М. : Изд-во "Алмаз", 2005. – 112 с.

9. Університет привітав першокурсників // Медична академія. – 2009. – № 17 (250) (12 вересня). – С. 3.

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ “ЕКСТРАКЦІЯ” В КУРСІ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ У ВИЩОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Л. Д. Грицан

Національний фармацевтичний університет

TEACHING EXPERIENCE OF THE TOPIC “EXTRACTION” IN THE COURSE OF PHYSICAL AND COLLOID CHEMISTRY AT THE PHARMACEUTICAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

L. D. Grytsan

National University of Pharmacy

У статті подано особливості методики викладання теми “Екстракція” в курсі фізичної та колоїдної хімії студентам, які навчаються за напрямом “Фармація”, з урахуванням вимог кредитно-модульної системи.

The article reports peculiarities of the methodology of teaching the topic “Extraction” in the course of Physical and Colloid Chemistry to students specializing in Pharmacy with the emphasis on the requirements of credit-modular system.

Вступ. Впровадження у Національному фармацевтичному університеті кредитно-модульної системи організації навчального процесу відповідно до вимог Болонської конвенції зумовило значний перегляд методики викладання фундаментальних дисциплін, у тому числі фізичної та колоїдної хімії [1].

Тема “Розподіл речовини між двома рідкими фазами. Закон розподілу. Екстракція” входить як одна з складових частин до змістового модуля “Основи хімічної термодинаміки” [2–5]. Викладання цієї теми в курсі фізичної та колоїдної хімії студентам, які навчаються за напрямом “Фармація”, потребує адаптації її змісту з урахуванням рівня знань з фізики й математики, а також зазначеного фаху. Тому дуже важливо, з одного боку, підтримувати належний науково-методичний рівень, а з іншого – не переобтяжувати навчальний матеріал складними для розуміння математичними виведеннями. Обсяг лекційних, лабораторних та семінарських занять залежить від спеціальності та форми навчання. Наприклад, для студентів, які навчаються за технологічними спеціальностями “Технологія фармацевтичних препаратів”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів” та “Біотехнологія”, зазначена тема повинна вивчатись більш глибоко та детально, зважаючи на широке практичне застосування процесу екстрагування.

Трикомпонентні системи, зокрема такі, які складаються з двох рідких фаз і речовини, що розподілена між ними, набули широкого розповсюдження в хіміко-фармацевтичному та парфумерно-косметичному виробництвах, а також у біотехнології. Процес екстрагування використовують для виділення ефірних масел, алкалоїдів; на різних етапах одержання та очистки антибіотиків тощо. Його також широко застосовують у фармацевтичному аналізі, при проведенні хіміко-токсикологічних досліджень для ізолювання лікарських речовин та отрут [6–9].

Серед багатьох екологічних проблем, що потребують вирішення, проблема знесолення та очищення стічних вод підприємств хімічної та інших галузей промисловості посідає важливе місце. Сучасні методи очищення стічних вод хіміко-фармацевтичного та парфумерно-косметичного виробництва включають стадію екстракції. Саме екстракційний метод має переваги порівняно з дистиляцією, електродіалізом та іонним обміном, тому що є найбільш економічним і не потребує великих енергетичних затрат [10].

В останні десятиріччя був впроваджений у хіміко-фармацевтичну та парфумерну галузі промисловості метод надкритичної флюїдної екстракції, у якому замість звичайних рідин в якості екстрагентів застосовуються гази у надкритичному стані, зокрема CO₂, який має високу здатність розчиняти речовини при

невисоких значеннях критичних параметрів ($t_{\text{крит.}}=31,3\text{ }^{\circ}\text{C}$, $p_{\text{крит.}}=7,36\text{ МПа}$), є нетоксичним та порівняно дешевим [7].

Зважаючи на підкреслене вище значення цієї теми, виникає необхідність приділяти певну увагу її викладанню, постійно оновлювати зміст лекційного матеріалу та практичних занять з урахуванням результатів нових науково-технічних досліджень. Тому однією з цілей написання даної статті було бажання поділитись багаторічним досвідом викладання студентам Національного фармацевтичного університету.

Основна частина. 1. Як відомо, теоретичною основою процесу екстракції є закон розподілу, що дозволяє кількісно описати рівновагу в трикомпонентній системі [11–17]. Тому спочатку варто розглянути його термодинамічне обґрунтування. Згідно з другим законом термодинаміки рівновага при розподілі речовини між двома рідкими фазами (I) і (II) характеризується рівністю її хімічних потенціалів в обох фазах $\mu_2^{(I)} = \mu_2^{(II)}$. Враховуючи, що хімічний потенціал речовини залежить від її активності у першому $a_2^{(I)}$ і другому $a_2^{(II)}$ розчинниках

$$\mu_2^{(I)} = \mu_2^{0(I)} + RT \ln a_2^{(I)}, \quad \mu_2^{(II)} = \mu_2^{0(II)} + RT \ln a_2^{(II)},$$

маємо в стані рівноваги

$$\mu_2^{0(I)} + RT \ln a_2^{(I)} = \mu_2^{0(II)} + RT \ln a_2^{(II)}. \quad (1)$$

Стандартні хімічні потенціали $\mu_2^{0(I)}$ та $\mu_2^{0(II)}$ при даній сталій температурі T є також сталими. Рівняння (1) можна привести до такого вигляду

$$\frac{a_2^{(II)}}{a_2^{(I)}} = \exp \frac{\Delta\mu_2^0}{RT} = \exp \frac{\mu_2^{0(I)} - \mu_2^{0(II)}}{RT} = K^0, \quad (2)$$

де K^0 – термодинамічна константа розподілу.

Рівняння (2) є математичним виразом закону розподілу Нернста: *третьої компонент, який додано до системи з двох взаємно нерозчинних рідин, розподіляється між обома рідкими шарами у певному постійному за даної температури відношенні.*

Рівняння (2) можна також записати у вигляді

$$K^0 = \frac{a_2^{(II)}}{a_2^{(I)}} = \frac{c_2^{(II)}\gamma_2^{(II)}}{c_2^{(I)}\gamma_2^{(I)}} = K \frac{\gamma_2^{(II)}}{\gamma_2^{(I)}}, \quad (3)$$

де коефіцієнт розподілу K дорівнює

$$K = \frac{c_2^{(II)}}{c_2^{(I)}}. \quad (4)$$

Згідно з рекомендаціями IUPAC прийнято виражати коефіцієнт розподілу відношенням концентрацій

речовини, що розподіляється, в органічній фазі $c_2^{(II)}$ до її концентрації у водній фазі $c_2^{(I)}$. Коефіцієнт розподілу на відміну від термодинамічної константи розподілу K^0 залежить не тільки від температури й природи компонентів системи, а і від іонної сили розчинів, тому що від останньої залежать коефіцієнти активності $\gamma_2^{(I)}$ та $\gamma_2^{(II)}$. У розведених розчинах при $c_2^{(I)} \rightarrow 0$ і $c_2^{(II)} \rightarrow 0$ $\gamma_2^{(I)} \rightarrow 1$, $\gamma_2^{(II)} \rightarrow 1$, а $K \rightarrow K^0$.

Приклад. При вивченні розподілу тимолу між н-октаном та водою при $20\text{ }^{\circ}\text{C}$ фотометричним методом були визначені значення його рівноважних концентрацій у воді $c_2^{(I)}$ і н-октані $c_2^{(II)}$ [18]:

$c_2^{(I)}$, моль•л ⁻¹	4,86	4,81	4,70	3,30	3,25
$c_2^{(II)}$, моль•л ⁻¹	2,26	2,25	2,26	1,52	1,50

Обчисліть коефіцієнт розподілу.

Розв'язок. Розрахуємо значення K для кожної пари концентрацій із використанням рівняння (4):

$$K_1=0,46; \quad K_2=0,47; \quad K_3=0,48; \quad K_4=0,46; \quad K_5=0,46.$$

На підставі проведених розрахунків можна зробити висновок, що у дослідженому інтервалі концентрацій для опису фазової рівноваги у потрійній системі тимол–н-октан–вода можна застосовувати закон розподілу Нернста, тому що коефіцієнт розподілу є сталою величиною.

Практичне використання рівнянь (2)–(4) обмежено, оскільки у більшості випадків молекулярний стан речовини у відповідних розчинниках невідомий. Частіше застосовують інші рівняння, в яких ураховують вплив дисоціації і асоціації молекул речовини на величини рівноважних концентрацій, наприклад емпіричне рівняння Шилова-Лепінь:

$$K = \frac{c_2^{(II)}}{(c_2^{(I)})^m} \quad \text{або} \quad K' = \sqrt[m]{K} = \frac{\sqrt[m]{c_2^{(II)}}}{c_2^{(I)}}, \quad (5)$$

де m – величина, що не має певного фізичного смислу і залежить від температури та природи всіх трьох компонентів, які утворюють систему. Її можна представити як відношення молярних мас речовини, що розподіляється, в першому і другому розчинниках

$$m = \frac{M_2^{(II)}}{M_2^{(I)}}.$$

Для ілюстрації можливості практичного застосування рівняння Шилова-Лепінь наведемо такий приклад.

Приклад. Розподіл фенолу між хлороформом і водою при 25 °С характеризується такими рівноважними концентраціями $c_2^{(I)}$ та $c_2^{(II)}$ [19]:

$c_2^{(I)}$, моль•л ⁻¹	0,0737	0,163	0,247	0,436
$c_2^{(II)}$, моль•л ⁻¹	0,254	0,761	1,85	5,43

Відомо, що у водному розчині фенол є слабкою кислотою ($K_{\text{дис.}} = 1,01 \cdot 10^{-10}$) та переважно існує у вигляді одинарних молекул. Який висновок можна зробити про стан молекул фенолу у хлороформі? Вважати обидва розчини практично ідеальними.

Розв'язок. Представимо рівняння (5) у лінійній формі

$$\lg c_2^{(II)} = m \lg c_2^{(I)} + \lg K.$$

Параметри лінійної залежності m і $\lg K$ визначаємо графічним методом, обчисливши попередньо значення

$\lg c_2^{(I)}$	-1,13	-0,79	-0,61	-0,36
$\lg c_2^{(II)}$	-0,60	-0,12	0,27	0,73

Будуємо графік залежності $\lg c_2^{(II)} = f(\lg c_2^{(I)})$ (рис. 1) і обчислюємо $\lg K = 1,27$ і $m = 1,65$.

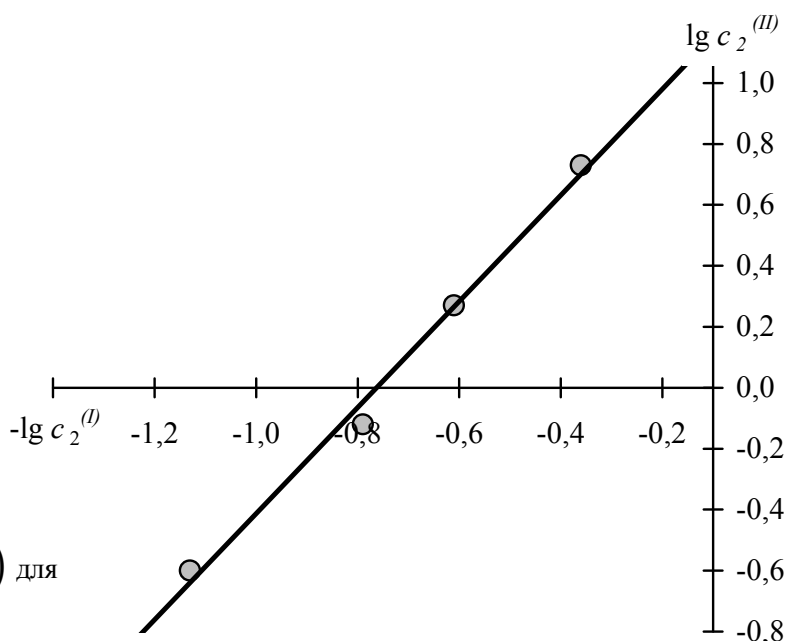


Рис. 1. Залежність $\lg c_2^{(II)} = f(\lg c_2^{(I)})$ для системи фенол-хлороформ-вода.

Тобто для потрійної системи фенол-хлороформ-вода у дослідженому інтервалі концентрацій рівняння закону розподілу має вигляд

$$\frac{c_2^{(II)}}{(c_2^{(I)})^{1,65}} = 18,6.$$

Отже, у хлороформі молекули фенолу утворюють асоціати у формі $(C_6H_5OH)_2$.

Треба зауважити, що розв'язання наведеної задачі можна виконати і з використанням обчислювальної техніки, застосовуючи метод найменших квадратів. Однак графічний метод має перевагу як більш наочний і такий, що сприяє кращому засвоєнню навчального матеріалу студентами.

Подібні розрахунково-графічні завдання за бажанням викладача можуть надаватися студенту в якості позааудиторної самостійної роботи для одержання додаткових балів.

2. При переході до розгляду процесу екстракції вар-

то знову підкреслити, що згідно з другим законом термодинаміки він перебігає самочинно, внаслідок чого вирівнюються хімічні потенціали речовини у фазах, які контактують.

Для аналізу простої екстракційної системи (двофазної, складеної з трьох компонентів), яка знаходиться у стані рівноваги, можна застосовувати правило фаз Гіббса. За умов незмінності температури і тиску одержимо, що варіантність системи (число її термодинамічних ступенів свободи) дорівнюватиме одиниці. Це означає, що існує взаємно однозначна відповідність між рівноважними концентраціями компонента, що розподіляється між двома рідкими фазами – такою, за допомогою якої екстрагують, і з якої проводять добування третього компонента. Тому для кількісної характеристики рівноважного розподілу застосовують коефіцієнт розподілу, за величиною якого судять про екстракційну здатність екстрагента: чим більшим буде цей параметр, тим вищою буде здатність даного розчинника екстрагувати цільовий

компонент. Наведемо такий приклад.

Приклад. При температурі 20 °С і концентраціях, що виключають помітну димеризацію тимолу в обох фазах, визначено коефіцієнти розподілу тимолу між хлороформом та водою, тетрахлоридом вуглецю та водою, н-октаном та водою, які дорівнюють 630, 245 та 48 відповідно. Який з органічних розчинників слід вибрати для найбільш повного добування тимолу з водних розчинів?

Для відповіді на це запитання студент повинен порівняти надані значення коефіцієнтів розподілу тимолу між різними органічними розчинниками та водою. В даному випадку доцільно буде вибрати хлороформ, екстракційна здатність якого найвища.

3. Для проведення рідинної екстракції використовують спеціальні апарати – екстрактори з однократним і багатократним контактом фаз, в які поміщають вихідну суміш та розчинник (екстрагент). Відповідно розрізняють однократну (одноступеневу) і багатократну (багатоступеневу) екстракції. Одноразова екстракція, яка здійснюється періодично або безперервно, можлива лише при високих значеннях коефіцієнта розподілу і застосовується переважно для аналітичних цілей. Багатократна екстракція, яка найбільш поширена у промисловості, проводиться безперервно. Найчастіше використовують протічнійну екстракцію одним екстрагентом з кількістю ступенів зазвичай 5–10 (для компонентів, які важко розділяються, число ступенів може досягати 70–100).

Для підвищення ефективності екстракції підбирають такі умови її проведення (додавання електролітів або інших добавок, температура, рН тощо), за яких зменшується вплив побічних реакцій, наприклад дисоціації, асоціації та ін.

Розрахунок кількісних характеристик рідинної екстракції ґрунтується на законі розподілу речовини між двома розчинниками, що не змішуються. Для обчислення матеріального балансу при одноступеневій екстракції застосовується рівняння

$$m_1 = m_0 \frac{V_0}{V_0 + KV}, \quad (6)$$

а при багатоступеневій екстракції

$$m_n = m_0 \left(\frac{V_0}{V_0 + KV} \right)^n, \quad (7)$$

де m_0 – кількість речовини, яка добувається, у вихідному розчині; V_0 – об'єм вихідного розчину; V – об'єм порції екстрагенту; n – кратність екстракції; m_1 – кількість речовини, що добувається, яка залишилась у вихідному розчині; m_n – кількість речови-

ни, яка залишилась у вихідному розчині, після n -кратного екстрагування.

Розглянемо приклад розрахунку матеріального балансу та кратності екстракції, необхідної для зниження вмісту шкідливих для навколишнього середовища речовин до гранично допустимої концентрації (ГДК).

Приклад. Одним з ефективних способів очистки фенольних стічних вод хіміко-фармацевтичного та парфумерно-косметичного виробництва є екстракція фенолів органічними розчинниками [9]. Розрахуйте кількість фенолу (у грамах), яку можна добути з 5 м³ водного розчину, що вміщував спочатку 0,80 г фенолу, одноразовою екстракцією 50 дм³ н-бутилацетату. Коефіцієнт розподілу фенолу між н-бутилацетатом і водою дорівнює 48,5 при 20 °С. Якою повинна бути кратність екстракції n , щоб вміст фенолу у стічних водах не перевищував його ГДК у водоймищах (0,05 мг•дм⁻³)?

Розв'язок. 1) Масу фенолу, який залишився у водному розчині після однократної екстракції, розрахуємо за рівнянням (6)

$$m_1 = 0,80 \frac{5}{5 + 48,5 \cdot 50 \cdot 10^{-3}} = 0,54 \text{ г.}$$

В органічну фазу перейшло 0,80–0,54=0,26 г фенолу.

2) Для розрахунку кратності екстракції використаємо рівняння матеріального балансу при багатоступеневій екстракції (7). Після його логарифмування і розв'язання у загальному вигляді відносно n одержуємо

$$n = \frac{\lg m_n - \lg m_0}{\lg V_0 - \lg(V_0 + KV)}$$

Підстановка чисельних значень $m_n = 5 \cdot 10^{-5}$ г•дм⁻³;

$$m_0 = \frac{0,80 \text{ г}}{5000 \text{ дм}^3} = 1,6 \cdot 10^{-4} \text{ г} \cdot \text{дм}^{-3}; \quad V_0 = 5000 \text{ дм}^3;$$

$K=48,5$; $V=50$ дм³ дає $n=3$. Тобто достатньо провести трикратну екстракцію для зниження вмісту фенолу до ГДК.

4. У зв'язку з вимогами Болонської системи зменшується кількість аудиторних занять (зокрема лекційних), тому важливого значення набуває навчально-методичне забезпечення та організація самостійної роботи студентів. У підручнику [12, 13] і задачнику [18] викладення теоретичного матеріалу супроводжується прикладами розв'язання фахових задач, а також надаються задачі і запитання для самопідготовки студентів й контролю якості засвоєння кожної теми. До збірника тестових завдань [20] включена низка тестів за темою “Екстракція”. Для ілюстрації наведемо одне з таких завдань.

Приклад. Екстракція широко використовується для вилучення біологічно активних речовин з рослинної сировини. Її ефективність оцінюють за величиною:

- A. * Коефіцієнта розподілу.
- B. Коефіцієнта активності.
- C. Коефіцієнта дифузії.
- D. Ізотонічного коефіцієнта.
- E. Коефіцієнта поглинання.

* позначає правильну відповідь.

Подібні завдання обов'язково розбираються при проведенні практичних занять, а також пропонуються студентам для самостійної роботи і включаються до білетів модульного контролю.

Треба зазначити, що закріплення здобутих теоретичних знань, а також ознайомлення з сучасними фізико-хімічними методами досліджень краще за все відбувається під час лабораторного практикуму [21]. При виконанні лабораторних робіт “Вивчення розпо-

ділу речовини між двома рідкими фазами” та “Однократна та багатократні екстракції” студенти набувають практичних вмінь і навичок, які будуть закріплюватись при вивченні таких профільних дисциплін, як: “Технологія ліків”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів”, “Біотехнологія” тощо.

Висновки: 1. Організація навчального процесу повинна бути такою, щоб підготувати студентів до опанування спеціальних дисциплін на старших курсах і подальшої професійної діяльності.

2. При розподілі обсягу навчального матеріалу між аудиторними заняттями та самостійною роботою студентів необхідно враховувати спеціальність та форму навчання.

3. Для кращого засвоєння програмного матеріалу доцільно наводити приклади і підбирати задачі, які відбивають певні проблемні ситуації, що виникають у практичній діяльності фахівців хіміко-фармацевтичної, парфумерної та біотехнологічної галузей.

Література

1. Кредитно-модульна система організації навчання у контексті Болонського процесу в Національному фармацевтичному університеті : навч.-метод. посіб. / [В. П. Черних, В. М. Толочко, Л. Г. Кайдалова та ін.]. – Харків : Вид-во НФаУ, 2004. – 68 с.
2. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів вищих фармацевтичних закладів освіти та фармацевтичних факультетів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації / [В. І. Кабачний, Л. Д. Грицан, Л. К. Осипенко та ін.]. – Київ, 1998. – 24 с.
3. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів спеціальності 7.110204 “Технологія фармацевтичних препаратів” вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації / [В. І. Кабачний, Л. Д. Грицан, Л. К. Осипенко та ін.]. – Київ, 2000. – 28 с.
4. Кабачний В. І. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів напряму 6.051401 “Біотехнологія” вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації / В. І. Кабачний, Т. О. Томаровська, Л. Д. Грицан. – Київ, 2007. – 7 с.
5. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів вищого фармацевтичного навчального закладу та фармацевтичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації. Напрямок: “Фармація”. Спеціальність: “Технологія парфумерно-косметичних засобів” / [В. І. Кабачний, Т. О. Томаровська, Л. Д. Грицан та ін.]. – Київ, 2011. – 64 с.
6. Державна Фармакопея України. – Харків : РІПЕГ, 2001. – 556 с.
7. Химическая энциклопедия : в 5 т. Т. 5. – М. : Большая российская энцикл., 1998. – С. 414–422.
8. Екстракція / [Л. Д. Грицан, Т. О. Томаровська, О. І. Зайцев та ін.] // Фармацевтична енциклопедія. – К. : Моріон, 2010. – С. 494–495.
9. Коренман И. М. Экстракция в анализе органических веществ / И. М. Коренман. – М. : Химия, 1977. – 200 с.
10. Новые методы опреснения воды / [Л. А. Кульский, А. С. Чепцов, Т. В. Князькова и др.]. – К. : Наукова думка, 1974. – 192 с.
11. Красовский И. В. Физическая и коллоидная химия / И. В. Красовский, Е. И. Вайль, В. Д. Безуглый. – К. : Вища школа, 1983. – 352 с.
12. Фізична і колоїдна хімія / [В. І. Кабачний, Л. К. Осипенко, Л. Д. Грицан та ін.]. – Харків : Прапор, Вид-во НФаУ, 1999. – 368 с.
13. Физическая и коллоидная химия / [В. И. Кабачный, Л. К. Осипенко, Л. Д. Грицан и др.]. – Харьков : Изд-во НФаУ, 2010. – 432 с.
14. Евстратова К. И. Физическая и коллоидная химия / К. И. Евстратова, Н. А. Купина, Е. Е. Малахова. – М. : Высш. шк., 1990. – 487 с.
15. Лебідь В. І. Фізична хімія / В. І. Лебідь. – Харків : Гімназія, 2008. – 478 с.
16. Физическая химия: в 2 кн. Кн. 1. Строение вещества. Термодинамика / [К. С. Краснов, Н. К. Воробьев, И. Н. Годнев и др.]. – М. : Высш. шк., 2001. – 512 с.
17. Стромберг А. Г. Физическая химия / А. Г. Стромберг, Д. П. Семченко. – М. : Высш. шк., 2001. – 527 с.
18. Фізична та колоїдна хімія. Збірник задач / [В. І. Кабачний, Л. К. Осипенко, Л. Д. Грицан та ін.]. – Харків : Вид-во НФаУ; Вид-во ТОВ “Золоті сторінки”, 2001. – 208 с.
19. Краткий справочник физико-химических величин / под ред. А. А. Равделя и А. М. Пономарёвой. – С.Пб.: Специальная Литература, 1998. – 232 с.
20. Сборник тестовых заданий по физической и коллоидной химии / [В. И. Кабачный, Л. Д. Грицан, Л. К. Осипенко и др.]. – Харьков : Изд-во НФаУ, 2007. – 224 с.
21. Фізична та колоїдна хімія. Лабораторний практикум / [В. І. Кабачний, В. П. Колеснік, Л. Д. Грицан та ін.]. – Харків : Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2004. – 200 с.

УДК 611.127:591.4-092.9.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ 2 ТА 3 КУРСІВ В АСПЕКТІ ПІДГОТОВКИ ДО ІСПИТУ КРОК-1

М. Ю. Жаріков, С. Б. Крамар, Д. І. Назарова

Державний заклад “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

COMPARATIVE ANALYSIS OF RESULTS OF TEST CONTROL ON HUMAN ANATOMY BY MEDICAL FACULTY STUDENTS OF THE 2nd AND 3rd COURSE IN THE ASPECT OF PREPARATION FOR EXAMINATION KROK-1

M. Yu. Zharikov, S. B. Kramar, D. I. Nazarova

State Institution “Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH of Ukraine”

У статті проаналізовано багаторічний досвід проведення тестового контролю з анатомії людини, викладено зіставлення результатів тестування студентів різних факультетів відразу після завершення вивчення предмета та безпосередньо перед ліцензійним іспитом “КРОК-1”. Отримані висновки дозволили скласти рекомендації щодо поліпшення ефективності роботи з тестовим матеріалом та збереження знань студентами до моменту проведення ліцензійного іспиту.

The article analyzes the long experience of the test control of human anatomy, presents comparing the test results of students of different faculties immediately after completion of the subject and immediately before the license examination “KROK-1”. These findings allowed to make recommendations for improving the efficiency of the test material and the preservation of students' knowledge at the time of license examination.

Вступ. Проведення ректорського контролю з анатомії людини є невід’ємною і надзвичайно важливою складовою у підготовці студентів до ліцензійного тестового іспиту “КРОК-1”, оскільки дана дисципліна складає близько 10 відсотків у структурі іспиту. Однією з найсуттєвіших проблем для отримання позитивного результату є те, що від моменту завершення вивчення студентами дисципліни “Анатомія людини” до моменту складання ними іспиту “КРОК-1” проходить майже півтора роки. Тому особливо важливим постає питання “виживання” знань.

Основна частина. З метою організації ефективної підготовки студентів до тестового іспиту на кафедрі анатомії людини Дніпропетровської державної медичної академії навчальний процес побудовано з урахуванням необхідності якісної тестової підготовки. З цієї метою на кафедрі створена база тестових завдань з предмета, яка містить, окрім “традиційних” тестів, створених колективом кафедри, тести загальнонаціональної бази “КРОК-1” та, так звані, “якірні” тести.

На початку кожного навчального модуля студенти отримують методичний посібник, який окрім розкла-

ду, навчальних планів та змісту занять містить тестові завдання для самопідготовки. Тестові завдання розподілені по темах згідно з навчальним планом.

З метою оптимізації вмінь студентів вирішувати тестові завдання тестовий контроль з дисципліни проводиться в декілька етапів: на кожному практичному занятті, при проведенні змістових модулів, ректорський контроль за темами кожного модуля, та підсумковий тестовий контроль наприкінці вивчення дисципліни, який проводить методичний кабінет ДЗ “ДМА” незалежно від кафедри та який є допуском до другої, практично-теоретичної частини іспиту. На всіх етапах критерієм позитивної оцінки є подолання межі у 75 % правильних відповідей.

Для аналізу та оцінки ефективності такої системи підготовки та ступеня “виживання” знань студентів з дисципліни до моменту складання ліцензійного тестового іспиту “КРОК-1” було проведено порівняння результативності ректорського контролю, проведеного наприкінці вивчення дисципліни, та ректорського контролю, проведеного за декілька місяців до іспиту “КРОК-1” окремо на кожному потоці медичних факультетів.

Критеріями оцінки були вибрані такі показники: середній відсотковий показник по потоку, кількість студентів, які подолали бар'єр у 75 %, кількість студентів, які набрали 50,5–74 % правильних відповідей, та кількість студентів, що не подолали межу у 50,5 % правильних відповідей.

Тестові завдання, що отримали студенти на підсумковому контролі з дисципліни “Анатомія лю-

дини” (2-й курс, осінній семестр), склалися з 40 тестів формату “КРОК-1”. Варіанти завдань містили тести з усіх розділів предмета у пропорційному відношенні до величини розділу. Студенти мали можливість тричі скласти тестовий контроль.

Результати складання тестового контролю представлені у таблицях 1 (А, Б, В) та 2.

Таблиця 1А. Результати 1-го складання тестового контролю (2 курс)

		Потік А (I мед. ф-т)	Потік Б (I мед. ф-т)	Потік В (III мед. ф-т)	Педіатрія (II мед. ф-т)	Мед.-проф. (II мед. ф-т)	Іноземний ф-т
Загальна кількість студентів		99	65	31	84	97	34
Середній %		72,4	76,3	60,1	63,8	62,1	43,2
Кількість студентів, які набрали	75 та більше %	55	43	11	37	38	3
	50,5–74 %	31	19	12	33	41	14
	менше 50,5 %	13	3	8	14	18	17

Таблиця 1Б. Результати 2-го складання тестового контролю (2 курс)

		Потік А (I мед. ф-т)	Потік Б (I мед. ф-т)	Потік В (III мед. ф-т)	Педіатри (II мед. ф-т)	Мед.-проф. (II мед. ф-т)	Іноземний ф-т
Загальна кількість студентів		43	22	20	45	42	31
Середній %		70,3	68,1	61,7	68,2	64,7	53,6
Кількість студентів, які набрали	75 та більше %	17	8	4	8	7	5
	50,5–74 %	14	6	4	23	21	11
	менше 50,5 %	12	8	12	14	14	15

Таблиця 1В. Результати 3-го складання тестового контролю (2 курс)

		Потік А (I мед. ф-т)	Потік Б (I мед. ф-т)	Потік В (III мед. ф-т)	Педіатри (II мед. ф-т)	Мед.-проф. (II мед. ф-т)	Іноземний ф-т
Загальна кількість студентів		26	14	16	37	35	26
Середній %		71,4	70,9	78,1	66,7	65,4	60,5
Кількість студентів, які набрали	75 та більше %	10	3	10	14	9	7
	50,5–74 %	14	11	4	16	17	6
	менше 50,5 %	2	0	2	7	9	13

Таблиця 2. Результати складання тестового контролю студентами 3-го курсу

		Потік А (I мед. ф-т)	Потік Б (I мед. ф-т)	Потік В (III мед. ф-т)	Педіатри (II мед. ф-т)	Мед.-проф. (II мед. ф-т)	Іноземний ф-т
Загальна кількість студентів		92	60	31	74	86	35
Середній %		54,3	58,1	45,7	47,2	44,1	38,7
Кількість студентів, які набрали	75 та більше %	10	9	1	2	2	2
	50,5–74 %	48	30	12	33	30	12
	менше 50,5 %	34	21	18	39	54	21

Як ми бачимо з таблиць та графіка (рис. 1), низькі показники “виживання” знань на III курсі характерні для усіх факультетів; тільки 19 студентів з 152 на I медичному факультеті подолали 75 %

бар’єр, який є необхідним показником для вузу IV рівня акредитації. Одна третина опитуваних (55 студентів) I медичного факультету взагалі не склали іспит.

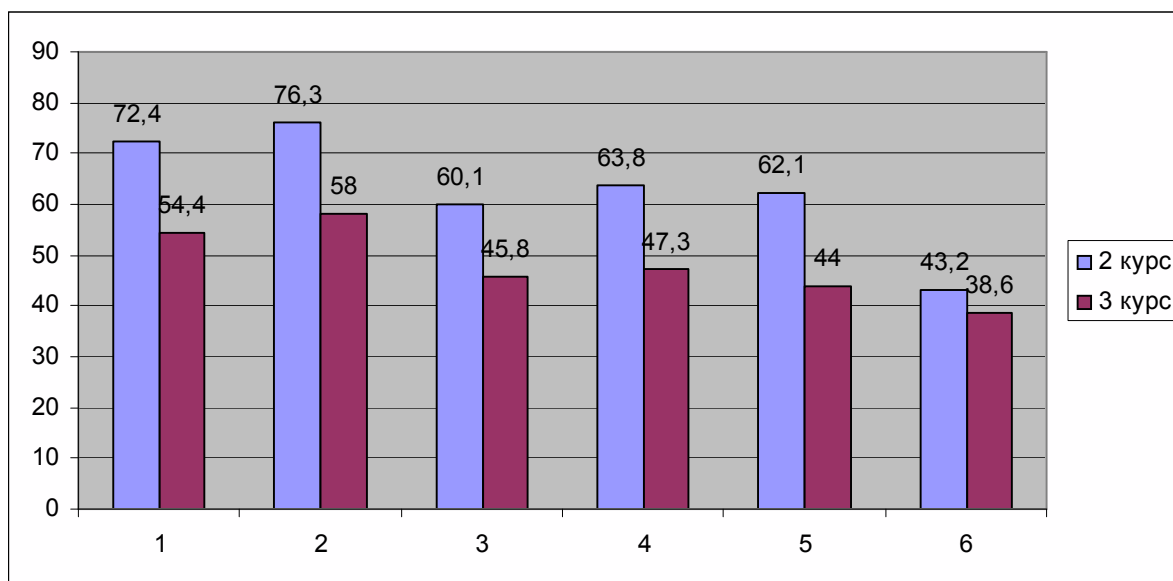


Рис. 1. Порівняння результативності тестового іспиту студентів 2 та 3 курсів.

Студенти II медичного факультету та контрактної форми навчання мають ще гірші показники: середній відсоток по факультетах дуже низький: В потік – 45,7 %, педіатрія – 47,2 %, медико-профілактична справа – 44,1 %. Подолали 75 % бар’єр на В потоці – 1 людина, педіатрія – 2 людини, медико-профілактична справа – 2 людини. Не подолали 50,5 %: В потік – 18 студентів, педіатрія – 39, медико-профілактична справа – 54 студенти. Майже 60 % відсотків студентів на цих трьох потоках не склали іспит. Найгірше те, що II медичний факультет навчає держбюджетних студентів. Також бажають на краще показники студентів іноземного факультету: середній відсоток склав 38,7, а майже дві третини студентів не подолали 50,5 % (21 студент).

Висновки. Аналізуючи результати складання тестового контролю, можна зробити такі висновки:

– незважаючи на курс навчання, студенти формально підходять до підготовки тестового контролю; вони

запам’ятовують правильні відповіді, не розуміючи змісту тесту, що призводить до втрати цих знань;

– підвищена мотивація до навчання у держбюджетних студентів спостерігається напередодні складання іспиту за II курс, а надалі, на жаль, знов знижується;

– на III курсі середні показники тестового контролю майже однакові на усіх факультетах, що свідчить про низьку “виживаність” знань.

Враховуючи вищенаведене, можна надати такі рекомендації:

– підвищити значущість тестового контролю при проведенні практичних занять та змістових модулів;

– розробка методичних рекомендацій або посібників, які б містили найбільш суттєві питання з розділів;

– регулярно проводити аналіз найбільш поширених помилок на консультаціях з предмета.

УДК 378.14

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ

Г. Я. Загричук, В. П. Марценюк

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

CONCEPTUAL APPROACHES OF IMPROVING THE QUALITY OF TEACHER TRAINING

H. Ya. Zahrychuk, V. P. Martsenyuk

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

У статті розглянуто окремі питання щодо підвищення якості підготовки фахівців в сучасних умовах.

The article adduces some issues of improving the quality of teacher training in modern conditions.

Вступ. Як задекларовано в основних положеннях Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки, одним з головних завдань державної політики в галузі освіти має стати підвищення рівня і доступності якісної освіти для громадян України відповідно до вимог інноваційного розвитку економіки, сучасних потреб суспільства і кожного громадянина; забезпечення гармонійного розвитку людини як найвищої цінності, що гарантуватиме національну безпеку держави та має стати умовою реалізації права громадян на освіту [1]. Країни Європи, Америки та Азії визнали, що освіта, добробут і здоров'я людини – головні чинники якості її життя, а якість освіти – головна мета, пріоритет розвитку громадянського суспільства. Якість освіти розглядається як об'єкт суспільного єднання й консолідації національних освітніх систем. Таким чином питання якості освіти постає як один з головних викликів [2] майбутнього нашої держави в цілому, так і навчальних закладів зокрема.

Мета роботи. У статті розглянуто ряд заходів, які допомогли б підняти якість сучасної медичної освіти.

Основна частина. У Всесвітній декларації з вищої освіти, прийнятій на Міжнародній конференції з вищої освіти в листопаді 1998 року, вказано, що якість вищої освіти – це багатовимірне поняття, яке охоплює всі аспекти діяльності вищого навчального закладу: навчальні та академічні програми, навчальну і дослідницьку роботу, професорсько-викладацький склад і студентів, навчальну базу і ресурси.

Кожен навчальний заклад розробляє стратегію реалізації найважливіших завдань щодо всіх аспектів діяльності вищого навчального закладу, пов'язаних із забезпеченням якості вищої освіти, яка залежить від наступних факторів і включає: якість навчальних та академічних програм, якість навчальної і дослідницької роботи, підготовку якісно нового професорсько-викладацького складу, формування якісного контингенту студентів, покращення навчально-матеріальної бази вищого навчального закладу тощо.



© Г. Я. Загричук, В. П. Марценюк

Як відомо, Європейська система забезпечення якості освіти [2] базується на Європейських стандартах і рекомендаціях (ESG) [3], які ґрунтуються на таких основних принципах, як:

- зацікавленість студентів і роботодавців, а також суспільства в цілому у високій якості вищої освіти;
- система зовнішнього забезпечення якості повинна відповідати своїй меті і не ускладнювати роботу навчальних закладів більше, ніж це необхідно для виконання цією системою своїх завдань;
- ключова важливість автономії закладів і установ, збалансована усвідомленням того, що автономія несе із собою дуже серйозну відповідальність.

Одним із першочергових завдань є оновлення законодавчо-нормативної бази системи освіти, які б відповідали існуючій кредитно-модульній системі організації навчального процесу (КМСОНП): Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах в умовах КМСОНП, Положення про порядок переведення, відрахування та поновлення студентів вищих навчальних закладів тощо, оскільки існуючі нормативні документи були прийняті ще за існування іншої системи організації навчального процесу і не повністю відповідають існуючим реаліям.

Для забезпечення якісної освіти не менш важливим є модернізація змісту освіти на засадах компетентнісного підходу, наукової та інноваційної діяльності в освіті, впровадження інноваційних технологій та методів навчання, заснованих на досягненнях науки, інформаційних і дистанційних освітніх технологіях.

Важливим етапом є удосконалення бібліотечно-інформаційного забезпечення науки, освіти і практики через систему створення національних підручників нового покоління.

Для повноцінної підготовки майбутніх фахівців необхідним є створення сучасної матеріально-технічної бази, яка була б максимально наближена до використовуюваного в практиці обладнання, технологій, методик тощо.

З метою забезпечення реалізації зазначених підходів необхідно не тільки здійснювати постійний моніторинг, але й також здійснювати прогнозування запитів майбутнього щодо якості підготовки фахівців.

В сьогоденні умовах кожен навчальний заклад повинен навчитися краще конкурувати на світових ринках освіти з можливістю запропонувати студенту необхідний навчальний курс, належний студентський сервіс (наприклад, проживання) та зрозумілі академічні ступені. Свої пропозиції щодо переваг освіти необхідно рекламувати та пояснювати через своїх

постійних представників і найманий персонал в країнах, з яких максимально приходять на навчання студенти, або які є потенційно перспективними в даному відношенні.

Реалізація запропонованих заходів буде ефективною і повноцінною, якщо в навчальних закладах будуть запроваджені вимоги щодо впровадження системи управління якістю освіти на базі міжнародного стандарту ISO 9001:2008 [4], який базується на восьми принципах та містить універсальні вимоги до систем управління якістю:

- роль керівництва (ректор встановлює єдині цілі та шляхи їх досягнення, створює середовище, в якому викладачі можуть бути повністю залучені в досягнення запланованих цілей);

- орієнтація на споживача (контингент студентів вищого навчального закладу залежатиме від своїх працедавців, тому потрібно розуміти теперішні та майбутні потреби споживача (працедавця), виконувати його вимоги та намагатися перевершити очікування);

- залучення персоналу (працівники всіх рівнів в університеті складають його основу; тому залучення кожного з них на своєму місці у досягнення цілей дозволить використати їхні здібності на користь організації);

- процесний підхід (бажаний результат досягається більш ефективно, якщо відповідними ресурсами та видами діяльності управляють як процесами);

- системний підхід (визначення, розуміння та управління діяльністю як системою взаємопов'язаних процесів сприяє результативності та ефективності організації);

- постійне вдосконалення (незмінною метою організації є її безперервне покращення);

- прийняття рішень на підставі фактів (основою ефективних рішень є аналіз даних та інформації);

- взаємовигідні стосунки із постачальниками (здатність організації та її постачальників створювати цінності підвищується на основі взаємовигідних стосунків).

При розробці системи управління якістю (СУЯ) освіти у вищих навчальних закладах потрібно врахувати, що дана система повинна бути:

- придатною для сертифікації;
- бути компактною, зрозумілою та зручною;
- має приносити практичну користь та давати можливість використання її як основи інформаційної моделі діяльності вищого навчального закладу.

Розробка та впровадження системи менеджменту якості неможливі без активного залучення всього

колективу вищого навчального закладу. З цією метою потрібно створити робочу групу (відділ, підкомітет), яка б пройшла відповідне навчання та, вивчивши досвід передових університетів України, Європи, Америки, Росії та ін., і визначила перелік реалізації необхідних кроків відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001:2008 та стандартів Європейської асоціації гарантії якості у вищій освіті і в подальшому б аналізувала їх виконання.

Також необхідно зазначити, що СУЯ освітою не буде “живою”, якщо вищий навчальний заклад не дотримуватиметься певних ключових орієнтирів у своїй діяльності:

- якісна підготовка студента є результатом якості ключових процесів, з яких складається діяльність вищого навчального закладу;

- вищий навчальний заклад має забезпечити конкурсний набір студентів;

- основою якісного навчання є проектування відповідних планів і навчальних програм;

- навчання має супроводжуватись активною науковою діяльністю викладачів із залученням до неї студентів;

- має бути забезпечено планомірне вивчення навчальних дисциплін протягом усього навчального року, при цьому оцінювання знань студента здійснюється впродовж навчання, а не тільки після завершення;

- орієнтація вищого навчального закладу на працевлаштування випускника за спеціальністю, оскільки фактично це є головною оцінкою його діяльності;

- орієнтація на ефективну виховну роботу;

- зворотний зв'язок з випускниками, роботодавцями, суспільством;

- орієнтація на безперервну освіту.

Система якості, яка ефективно функціонує, дозволить забезпечити докази для споживачів та потенційних споживачів відносно того, що вищий навчальний заклад здатний зробити для них, забезпечити стабільний випуск компетентних фахівців, свідомих членів суспільства, забезпечити покращення в структурі управління, підвищити продуктивність, оптимізувати витрати, зміцнити імідж і посилити позиції на ринку освітніх послуг.

Які ж ще заходи доцільно здійснити з метою підвищення якості підготовки фахівців?

На першому етапі потрібно, щоб на рівні держави були переглянуті та прийняті ОКХ та ОПП, які б відповідали сучасним умовам. Потім уже навчальні заклади на їх основі зможуть повноцінно скористатися правом щодо створення власних навчальних

планів, які б забезпечували досягнення чітко сформульованих очікуваних навчальних результатів.

Необхідно більш ретельніше ставитися до переліку дисциплін, які виносяться для засвоєння, та їх змісту.

На сьогоднішньому етапі постало питання ефективного використання існуючих форм навчання, особливо щодо заочної та дистанційної форми навчання з використанням електронних навчальних ресурсів – формування навчально-методичного комплексу з кожної дисципліни, який повинен включати конспекти лекцій, презентації лекцій, зошити з практичних (лабораторних) робіт, посібники, матеріали підготовки до практичних занять та лекцій, які б мали захист інтелектуальної власності (спочатку потрібно видавати друком).

Необхідно регулярно проводити спілкування з працевлаштувачами, представниками ринку праці та іншими відповідними організаціями, залучати їх до прийняття практичних навичок на стадії складання об'єктивно-структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) чи об'єктивно-структурованого практичного іспиту (ОСП) прийняття практики, проведення практики, складання державних випускних іспитів.

В оцінюванні знань студентів повинно передбачати послідовне використання оприлюднених критеріїв, правил і процедур при проведенні діагностичного, поточного та підсумкового контролю.

Оскільки процедура оцінювання студентів повинна містити чіткі й оприлюднені критерії виставлення оцінок, тому на початку вивчення окремої дисципліни студенту повинно бути представлено не тільки критерії оцінювання, вимоги до рівня знань, але й, бажано, також встановлено перелік необхідних навчальних досягнень для одержання відповідної оцінки, оскільки результати оцінювання мають значний вплив на майбутню кар'єру студентів. Також необхідно зазначити, що процес оцінювання завжди проводився професійно та здійснюватися людьми, котрі розуміють роль оцінювання у набутті студентами знань і вмінь, які пов'язані з їхньою майбутньою кваліфікацією, і при цьому бралися до уваги існуючі знання про процеси тестування та екзаменаційні процеси. Аналіз результатів оцінювання повинен надавати вищого навчального закладу важливу інформацію про ефективність викладання та підтримки студентів. При проведенні письмово-усного оцінювання знань студентів виставлення підсумкової оцінки повинно при можливості ґрунтуватися на судженнях декількох екзаменаторів.

При проведенні тестової форми оцінювання навчальний заклад має забезпечити належну безпеку

процесу тестування і його відповідність до задекларованих навчальним закладом процедур. Крім того, студенти мають бути чітко поінформовані про стратегію оцінювання, яка застосовується щодо їхньої навчальної програми; про те, які экзамени чи інші методи оцінювання будуть застосовані до них; чого від них очікують; а також про те, які критерії будуть використані при оцінюванні їхньої успішності.

Викладачі являють собою найважливіший навчальний ресурс, доступний для більшості студентів. Важливо, щоб викладачі прекрасно знали і розуміли свій предмет; мали необхідні вміння і досвід для того, щоб ефективно передавати студентам свої знання і розуміння предмета в різних ситуаціях навчання; а також, щоб вони мали доступ до інформації про те, як інші оцінюють їхню роботу. В університеті потрібно створити набір чітких критеріїв, які будуть висуватися до претендентів на вчене звання доцента, професора, а також претендентів на заміщення посад асистентів, викладачів (вимоги не тільки до стажу роботи, але й аналіз навчальних та наукових досягнень претендента, рекомендації від колег по роботі, відгуки про роботу від студентів тощо). Також необхідно створити перелік обов'язкових заходів, які повинен здійснити викладач в навчальній роботі під час перебування на контракті на посадах асистента, викладача, доцента, професора (проведення певного числа відкритих лекцій, занять, написання посібників, методичних рекомендацій, створення навчального унаочнення, впровадження чи використання в навчальному процесі сучасних методик навчання). Університет повинен мати у своєму розпорядженні певні процедури і критерії, які б засвідчували, що викладачі, які працюють із студентами, мають відповідну кваліфікацію і високий фаховий рівень для здійснення своїх службових обов'язків.

При відборі та призначенні на посаду викладача необхідно обов'язково пересвідчуватись у тому, що новий викладач обов'язково має щонайменше базовий рівень компетентності.

Для викладачів, які мають нижчий рівень досягнень, необхідно створити умови і можливості для вдосконалення фахової майстерності, а також атмос-

феру, в якій вони цінують свої професійні вміння. Потрібно не тільки надавати слабким викладачам можливість удосконалити свої професійні вміння до прийняттого рівня, але також створити механізми усунення з посад тих викладачів, які продовжують демонструвати свою професійну нездатність.

З метою реалізації заходів щодо взаємного сприяння в підготовці викладацьких кадрів вищої кваліфікації забезпечити мобільність викладачів шляхом направлення на певний період в інші навчальні заклади як на стажування, так і, при бажанні, на роботу на певний період.

Висновки. Таким чином, з метою покращення підготовки фахівців доцільно:

- прийняти ряд нормативно-правових актів, які б відповідали КМСОНП, Європейській кредитно-трансферній накопичувальній системі та сучасному змісту підготовки фахівців;
- ефективніше впроваджувати в початковий процес інноваційні технології та методи навчання, засновані на досягненнях науки, інформаційних і дистанційних освітніх технологіях та орієнтовані на студента;
- проведення постійного моніторингу за системою навчання, якістю навчання та прогнозування запитів майбутнього з метою забезпечення конкурентоспроможної системи освіти;
- створення такої системи оцінювання знань студентів, яка б містила чіткі й наперед оприлюднені критерії та перелік необхідних навчальних досягнень для одержання відповідної оцінки;
- забезпечити участь в процесі оцінювання, особливо практичної підготовки випускників, майбутніх працевлаштувачів;
- забезпечити чіткі та оприлюднені критерії щодо вимог до якісної підготовки професорсько-викладацького складу, створити умови для вдосконалення їх фахової майстерності, а також створити механізми усунення з посад тих викладачів, які продовжують демонструвати свою професійну нездатність;
- розробити та впровадити систему менеджменту якості в навчальному закладі відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001:2008 та стандартів Європейської асоціації гарантії якості у вищій освіті.

Література

1. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки //ІІІ Всеукраїнський з'їзд працівників освіти. – 2011.
2. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти. – К. : Ленвіт, 2006. – 35 с.

3. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. – www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050221_ENQA_report.pdf
4. ДСТУ ISO 9001:2009 Національний стандарт України. Система управління якістю. Вимоги. (ISO 9001:2008, IDT)

УДК 378.141:37.022

РОЛЬ ВИКЛАДАЧА В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ

О. І. Зарудна

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

THE ROLE OF THE TEACHER IN ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS ACCORDING TO THE CREDIT-MODULAR SYSTEM

O. I. Zarudna

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

У статті проаналізовано роль викладача в організації ефективної роботи студентів, які знаходяться протягом навчального дня на одній клінічній базі.

The articles deals with a role of the teacher in organization of effective students' work, who study during the academic day at one clinical cite.

Вступ. У сучасній системі медичної освіти присутні численні фактори: стрімке зростання обсягів медичної інформації, швидка зміна та розширення наукових уявлень про патогенез багатьох патологій, недостатність часу на освоєння великого масиву необхідної інформації, нескінченні особливості фізіологічних та патологічних станів людського організму. Окрім цього, складні сучасні умови життя знижують у викладачів прагнення навчати, а в студентів – бажання навчатись, престиж освіти падає, відбувається переоцінка цінностей. Спостерігається явище намагання відповідати уявленням батьків чи старших наставників у виборі професії та подальше розчарування у навчанні у зв'язку із цим. Тому для оптимізації навчального процесу запроваджено у відповідності до Концепції розвитку університету за результатами вивчення передового міжнародного досвіду різноманітні новітні засоби, а саме: методика “єдиного дня” навчання; Z-систему освіти; матрикули практичних навичок; семестровий тестовий контроль; програму дистанційного контролю знань студентів “Moodle”; об'єктивно-структурований клінічний іспит та комунікативні навички [1].

Методика “єдиного дня” передбачає перебування на кафедрі впродовж 6–7 годин поспіль. Студенти мають можливість виконати значний обсяг практичної роботи, ґрунтовніше опанувати практичні навички, приділити більше часу самостійній курації хворих. 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, забезпечити тематичних хворих [1].

За таких обставин існують й високі вимоги до викладача, а саме – слід відзначити обов'язкову здатність до тривалого утримання у свідомості та оперування великою кількістю, системою відомостей, інформаційних матеріалів, правил, застережень тощо. Підвищені вимоги професійна діяльність керівника групи ставить до його самоконтролю, вміння оперативно направляти своє мислення, керувати поведінкою, спілкуванням, модифікувати відносини [2, 3, 4].

Основна частина. На кафедрі клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими з предмета “Клінічна імунологія та алергологія” заняття проводяться за методикою “єдиного дня” навчання. Студенти 5-го курсу знаходяться у навчальних кімнатах кафедри та відділеннях лікарні протягом 6–7 годин. Найбільша частина заняття присвячена роботі студентів біля ліжка хворого. Для цього викладач готує список тематичних пацієнтів. Студенти мають змогу навчатись на великій клінічній базі КЗ ТОР “Тернопільська університетська лікарня”, оглядати хворих у різних відділеннях лікарні, спостерігати за клінічною роботою ординаторів відділень, асистентів, доцентів та професорів, а також допомагати та брати активну участь у процесі обстеження, виявлення симптомів та оцінки додаткових методів досліджень.

© О. І. Зарудна

Роль викладача у даному процесі полягає у правильній організації роботи студентів, у виборі цікавих хворих та проведенні короткої мотиваційної бесіди щодо актуальності теми заняття.

Наступна, та не менш важлива, частина заняття – це семінарське заняття, яке за давньою традицією кафедри відбувається у формі співбесіди, дискусії та є послідовним продовженням практичної роботи студентів у відділеннях лікарні. Отримані на практиці навички та знання після обговорення набувають важливості стають більш зрозумілими та теоретично підкріплені. Для унаочнення ця частина заняття забезпечується таблицями, інформацією з професійних медичних видань, міжнародними рекомендаціями щодо тих чи інших нозологічних форм.

Завершується робота на кафедрі написанням тестового контролю для тих студентів, хто не скористався системою MOODLE напередодні.

Зважаючи на тривалий час перебування студентів на кафедрі протягом дня, не завжди легкий та об'ємний матеріал для засвоєння, викладач повинен вміло утримувати увагу учнів та скеровувати, направляти їхню роботу для кращого засвоєння теми. Великого значення у цьому надається спілкуванню та особливостям роботи в колективі. По-перше: робота в групі передбачає впорядкованість, узгодженість, стабільність, послідовність, чому відповідає структура заняття. По-друге: стосунки в системі “викла-

дач-студент” чи “викладач-група” можуть бути успішними тільки в тому випадку, коли налагоджене спілкування та встановлено зворотний зв'язок. Тому в структурі професійних умінь керівника групи має бути вміння давати й отримувати такий зв'язок, вибудовуючи та плануючи роботу. Повідомляючи студентам свою думку, оцінюючи їхні дії та підкріплюючи все це відповідними рухами, викладач дає їм зворотний зв'язок.

Отже, провідні особистісні якості викладача – це схильність до практичних дій (а не тільки розумових, ідеально перетворюючих дійсність) за конкретних умов, нестримна активність і працездатність, енергійність у подоланні перешкод на шляху до виробленої мети, наявність власного позитивного прикладу успіху у професії.

Висновок. Важливими умовами зацікавленості студента тематикою заняття є налагодженість контакту між ним та викладачем, наявність професійної мотивації, наданої викладачем, та правильна організація роботи учня протягом дня, знову ж таки забезпечена викладачем. Отже, наявність позитивних особистісних якостей викладача, високий рівень його кваліфікації в певній галузі медицини, здатність за допомогою різних форм контакту передати свої знання студентам та щира зацікавленість своєю професією – ось головні складові успішної сучасної медичної системи освіти.

Література

1. Ковальчук Л. Я. Результати реалізації новітніх методик організації навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського та плани на майбутнє / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 11–17.

2. Мусатов С. О. Психологія педагогічної комунікації: теоретико-методологічний аналіз / С. О. Мусатов. – Рівне:

Ліста-М, 2003. – 175 с.

3. Молчанова О. Педагогічне спілкування / О. Молчанова // Психологія. – 2009. – № 29-39 (365-366). – С. 2–16.

4. Донцов А. И. Психология коллектива. Методологические проблемы исследования / А. И. Донцов. – Издательство Московского университета, 1994. – С. 207.

УДК 378.147(07)

КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ

М. В. Йолтухівський, С. В. Коновалов, І. В. Гусакова

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

CREDIT-MODULAR SYSTEM: EXPERIENCE AND PERSPECTIVES OF INTRODUCTION

M. V. Yoltukhivskiy, S. V. Konovalov, I. V. Husakova

Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov

У статті розглядаються практичні результати впровадження кредитно-модульної системи навчання на кафедрі нормальної фізіології ВНМУ, порівнюються результати навчання за традиційною системою оцінювання та кредитно-модульною системою (аналізується успішність студентів медичного та стоматологічного факультетів).

The practical results of credit-modular system introduction at the Normal Physiology Department of VNMU are examined, the results of education in accordance with traditional system of evaluation and credit-modular system are compared (the progress in students of medical and stomatological faculties is analyzed).

Вступ. Інтеграція діяльності університету по входу в єдиний європейський інформаційний та освітній простір виконується згідно з наказом МОЗ України № 49 від 23.01.2004 р. “Про затвердження програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004–2005 рр.”. 19–20 травня 2005 року у м. Бергені відбулася конференція з вищої освіти, на якій Україна приєдналася до Болонського процесу [1].

Болонський процес – це процес створення єдиного європейського освітнього і наукового простору, єдиних критеріїв і стандартів оцінювання якості підготовки фахівців.

Введення кредитно-модульної системи навчання у сферу медичної освіти має завдання принести країні та її мешканцям прогрес та підвищення якості медичного обслуговування. Проте постає низка проблем щодо оцінювання знань та умінь студентів, оскільки не всі лікарські навички можна оцінити за допомогою тестового контролю. У зв'язку з цим у багатьох європейських медичних вищих навчальних закладах були створені центри засвоєння клінічних навичок, обладнані муляжами, манекенами [2]. Крім того, широко застосовуються методики роботи з так званими “стандартизованими пацієнтами”.

Метою даної роботи стало порівняння результатів навчання студентів медичного факультету (№ 1 і № 2, які навчаються за кредитно-модульною системою організації навчального процесу) та стоматологіч-

ного факультету (які навчаються за традиційною програмою) з результатами складання ними ліцензійного тестового іспиту з базових дисциплін Крок 1 (аналіз результатів вивчення фізіології людини проведений на кафедрі нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова).

Основна частина. Одним із найважливіших постулатів медицини є вислів, що лікувати потрібно не хворобу, а хворого. Лікар повинен відображати професійну компетентність, ціннісну орієнтацію, соціальну спрямованість, чуйність, співчуття до свого пацієнта, високу інтелігентність. Для того щоб підготувати спеціаліста такого рівня, потрібно забезпечити відповідну якість освіти.

Для кращої організації навчання студентів створюється навчальний план, який включає в себе стандарти вищої освіти. Він формується на основі освітньо-професійної програми та структурно-логічної схеми підготовки і визначає графік навчального процесу, перелік та обсяг навчальних дисциплін у кредитах, послідовність їх вивчення, конкретні форми проведення навчальних занять та їх обсяг, форми та засоби проведення підсумкового контролю [3].

Кредитно-модульна система – модель організації навчального процесу, основою якої є об'єднання модульних технологій навчання і залікових кредитів ECTS як одиниць виміру навчального навантаження студентів, необхідного для засвоєння змістових модулів або блоку модулів.

© М. В. Йолтухівський, С. В. Коновалов, І. В. Гусакова

Модуль – це задокументована логічно завершена частина навчальної програми, практики, що реалізується відповідними формами орієнтації навчального процесу і закінчується підсумковим модульним контролем. Для даного контролю використовується шкала оцінювання ECTS, яка є рейтинговою і може бути конвертована у прийнятну в Україні систему оцінювання знань, вмінь та навичок студента.

Кредит складається з усіх видів роботи студента, передбачених у затвердженому індивідуальному плані: аудиторної і самостійної підготовки, підготовки до державної атестації, складання ліцензійних інтегрованих іспитів “Крок 1” та “Крок 2”, практично-орієнтованого державного іспиту, виробничої практики, виконання курсових робіт. Максимальна кількість балів, яку студент може отримати під час вивчення кожного модуля, становить 200, у тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів, за результатами підсумкового модульного контролю – 80 балів. Підсумковий модульний контроль вважається зарахованим, якщо студент набрав не менше як 50 балів.

На відміну від кредитно-модульної системи оцінювання традиційна система навчання має більше тижневе навантаження (36 годин, 35 % часу відводиться на самостійну роботу студентів), більшу кількість осіб в академічних групах (до 15). На практичному занятті робота студентів спрямовується на теоретичне пояснення явищ, фактів, можливої невідповідності між ними [4, 5]. Одним із поширених способів залучення студентів до вирішення практично-орієнтованих завдань є виконання ними дослідів і проведення медичних обстежень. У такий спосіб студенти навчаються самостійно опрацьовувати результати найпоширеніших методів клінічних обстежень. При підготовці до лабораторних занять студент повинен: 1) засвоїти теоретичний матеріал з теми; 2) знати хід виконання лабораторних занять; 3) підготувати протокол наступних лабораторних робіт із описанням завдань. На лабораторному занятті студент виконує роботу, отримує фактичні дані, описує їх і формулює висновки. Протоколи оформлюються за однією затвердженою схемою. Захист результатів своїх досліджень та висновків проводиться перед групою та викладачем. Оцінка роботи вноситься до журналу обліку відвідувань та успішності студентів.

При вивченні нормальної фізіології студент повинен оволодіти не лише теоретичним матеріалом, але й рядом практичних навичок, які мають важливе значення для подальшого навчання та медичної практики [6].

Досить важлива роль у процесі вивчення будь-якого предмета належить перевірці і оцінці знань, умінь та навичок студентів. Перевірка є важливим засобом не лише попередження забування, але й більш стійкого засвоєння знань. Так, у ході контролю знань викладач прагне виявити, наскільки правильно студенти сприймають матеріал, вміють логічно мислити, запам'ятовувати. Виховне значення перевірки проявляється в тому, що система контролю за навчанням, позитивна чи негативна оцінка знань спонукають студента прагнути кращого результату.

За традиційною системою оцінювання кафедра нормальної фізіології рекомендує при підготовці студентами самостійної роботи кілька доступних способів: 1) логічне засвоєння прочитаного матеріалу (використання граф-логічних схем для систематизації знань); 2) перевірка знань за допомогою питань, тестів та задач, що містяться в методичних вказівках з підготовки студентів до практичного заняття; 3) з'ясування незрозумілих питань у години консультацій викладачів на кафедрі або в індивідуальному порядку з викладачем. При підготовці до екзамену кафедра рекомендує дотримуватись таких правил: 1) використовувати “Перелік питань з нормальної фізіології для екзамену”; 2) навчальний матеріал опрацьовувати за конспектами лекцій і підручником; 3) підготовку до екзаменів потрібно починати заздалегідь; 4) використовувати консультативну допомогу у процесі підготовки; 5) готуватись до практичної частини екзамену на кафедрі.

У процесі навчання студентів за традиційною схемою на кафедрі нормальної фізіології використовуються такі форми контролю успішності засвоєння матеріалу: 1) контроль поточної успішності на кожному занятті, що включає в себе усне чи письмове опитування, оцінку протоколів, розв'язування ситуаційних задач, заслуховування результатів реферативної роботи студента; 2) проведення підсумкових занять з одного або двох суміжних розділів фізіології, так званий рубіжний контроль (узагальнююче заняття); 3) перехідний державний іспит з нормальної фізіології.

Нами проведено порівняння поточної успішності студентів 2-го курсу протягом вивчення ними нормальної фізіології та результатів їх тестування за системою КРОК 1 (ліцензійний тестовий іспит КРОК 1 – субтести з фізіології). Результати тестування за 2012 р. наведені у таблиці 1.

Студенти медичного факультету мають вірогідно вищі результати складання ліцензійного тестового іспиту КРОК 1 як у цілому, так і окремо субтестів з нормальної фізіології порівняно зі студентами-стома-

Таблиця 1. Результати складання ліцензійного тестового іспиту КРОК 1 у студентів медичного і стоматологічного факультетів

Факультет	Кількість студентів	КРОК 1 (% правильних відповідей)	КРОК 1 – субтести з нормальної фізіології (% правильних відповідей)	p
Медичний	381	70,62±0,73	75,91± 0,69	<0,001
Стоматологічний	125	63,55±1,23	70,54±1,37	<0,001

тологами ($p < 0,001$ в обох випадках). Варто зазначити, що студенти як медичного, так і стоматологічного факультетів демонструють краще складання субтестів з нормальної фізіології (порівняно з загальним результатом тестування КРОК 1) – відмінності вірогідні для студентів обох факультетів ($p < 0,001$).

Виявлений тісний позитивний кореляційний зв'язок між поточною успішністю студентів (при вивченні ними нормальної фізіології) та результатами складання ліцензійного тестового іспиту КРОК 1

(субтести з фізіології) (табл. 2). Коефіцієнт кореляції Пірсона (r_{xy}) для студентів медичного факультету становить $0,579 \pm 0,03$, для студентів стоматологічного факультетів – $0,385 \pm 0,08$. Щільність кореляційного зв'язку між зазначеними параметрами є вірогідно вищою у студентів медичного факультету ($p < 0,05$). Це дає можливість стверджувати, що кредитно-модульна система навчання забезпечує кращу підготовку до складання ліцензійного тестового іспиту КРОК 1.

Таблиця 2. Результати складання ліцензійного інтегрованого іспиту Крок 1 (субтести з фізіології) та поточної успішності у студентів медичного та стоматологічного факультетів

Факультет	Кількість студентів	Поточна успішність	КРОК1 – субтести з нормальної фізіології (% правильних відповідей)	Коефіцієнт кореляції Пірсона (r_{xy})
Медичний	381	147,29±1,17 балів за шкалою ECTS	75,91± 0,69	0,58±0,03
Стоматологічний	125	3,75±0,058 балів за традиційною шкалою оцінювання	70,54±1,37	0,39±0,08

Висновки: 1. Рівень навчання студентів на медичному факультеті значно вищий за рівень навчання на стоматологічному факультеті.

2. Кредитно-модульна система навчання забезпечує кращу підготовку до складання ліцензійного тестового іспиту КРОК 1.

3. Впровадження кредитно-модульної системи на кафедрі нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова є ефективним і забезпечує засвоєння студентами навчальної програми.

Література

1. Зіменковський Б. С. Актуальні проблеми розвитку інноваційних процесів у вищій медичній та фармацевтичній освіті України у контексті європейського вибору / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 31–33.
 2. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / за ред. Л. Я. Ковальчука. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 290 с.
 3. Програма з нормальної фізіології для студентів вищих медичних навчальних закладів III – IV рівня акредитації. – Київ, 2002. – 20 с.
 4. Дзяк Г. В. Роль і місце самостійної роботи в підготовці лікаря / Г. В. Дзяк, Н. В. Ліхолотова, П. О. Неруш // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фар-

мацевтичних навчальних закладах України : тези доп. навч.-метод. конфер. – Луганськ, 2000. – С. 104.
 5. Неруш П. О. Виховна роль студентських наукових гуртків в підготовці фахівців / П. О. Неруш, О. Г. Родинський // Сучасні аспекти виховного процесу у вищих навчальних закладах України : тези доп. міжрегіональної наук.-практ. конфер. – Львів, 2000. – С. 84.
 6. Міждисциплінарна інтеграція як один з методів поліпшення самостійної роботи студентів на кафедрі нормальної фізіології / П. О. Неруш, Є. А. Макій, О. Г. Родинський [та ін.] // Роль самостійної роботи у становленні майбутнього фахівця : тези доп. наук.-мед. конфер. – Тернопіль, 2004. – С. 100–103.

УДК 616–053.2–07:378.147

ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

К. А. Калашнікова, О. О. Старець, Н. О. Нікітіна

Одеський національний медичний університет

PROBLEMS OF FORMING THE PRACTICAL SKILLS AT THE CHAIR OF PROPEDEUTICS OF PEDIATRICS IN TERMS OF USING THE CREDIT- MODULAR SYSTEM

K. A. Kalashnikova, O. O. Starets, N. O. Nikitina

Odesa National Medical University

У статті проаналізовано викладання пропедевтики педіатрії за останні тридцять років. Окреслені проблеми формування навчальної діяльності на сучасному етапі.

The article analyzed the teaching of Pediatrics Propedeutics for the last thirty years. The problems of forming of the educational activity at contemporary stage are considered.

Присвячується пам'яті лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки, професора, доктора медичних наук І. Л. Бабія, завідувача кафедри пропедевтики педіатрії з 1991 до 2011 р.

Вступ. Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в нашій країні, успішна реалізація реформ у сфері охорони здоров'я можливі лише за умови забезпечення якісної практичної підготовки спеціалістів [1, 2]. Основною метою викладання у вищих медичних навчальних закладах є набуття студентами вмінь, які складаються з отриманих теоретичних знань та практичних навичок, відповідних вимогам освітньо-кваліфікаційної характеристики і освітньо-професійної програми підготовки фахівців. Питанням набуття студентами практичних навичок, вмінь надається значна увага [3]. У документах міжнародних семінарів і матеріалах проекту “Налаштування освітніх структур у Європі” (Tuning Educational Structures in Europe – TUNING) експерти визначають пріоритетними принципи орієнтації на результати навчання, поширення соціального партнерства освіти зі сферою праці [4]. Розвиток сімейної медицини в Україні потребує якісної підготовки студентів з питань педіатрії.

Основна частина. Аналіз результатів навчання при організації навчального процесу за кредитно-модульною системою на нашій кафедрі протягом 5 років висвітлює деякі проблеми, протиріччя та недоліки.

Нами зроблено аналіз структури академічних годин з пропедевтики педіатрії за останні 30 років, з 1981 по 2011 рік. На рисунку 1 представлена динаміка аудиторних академічних годин, що виділені для проведення практичних занять та лекцій з пропедевтики педіатрії. Згідно з графіком, кількість аудиторних годин поступово збільшувалась з 140 годин (1981 р.) до 240 годин (1993 р.), потім знову зменшилась до 140 в 2011 р. При цьому кількість годин з практичних занять в 2011 р. значно знизилась – до 100 годин.

Якщо кількість лекцій скоротилась з 72 годин (1993 р.) до 40 годин (2011 р.), тобто на 56 %, і, за нашою думкою, тепер достатня, то зниження годин по практичних заняттях є дуже проблематичним, тому що кількість годин, відведених на проведення

практичних занять, зменшилась на 60 % (з 1993 по 2011 р. відмічається скорочення з 168 годин до 100 годин).

При кредитно-модульній системі навчання велике значення надається самостійній роботі студентів

(СРС). На рисунку 2 видно, що програми з пропедевтики педіатрії у 1981, 1983, 1993 роках не регламентували кількість годин на самостійну роботу студентів. В 1988 р. на СРС виділялося 46 годин (22,6 % загальної кількості академічних годин). З 1996 до

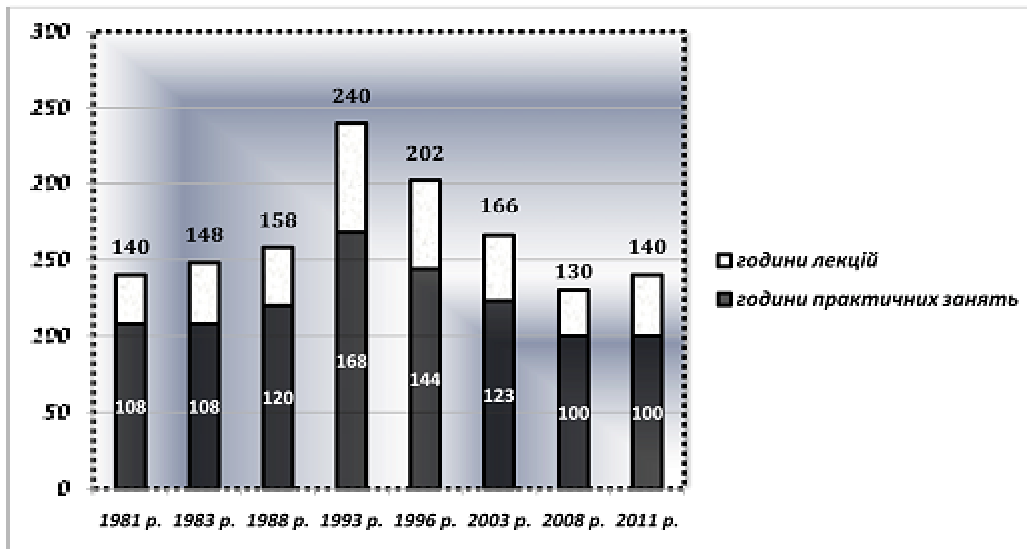


Рис. 1. Динаміка академічних годин (практичні заняття + лекції), години.

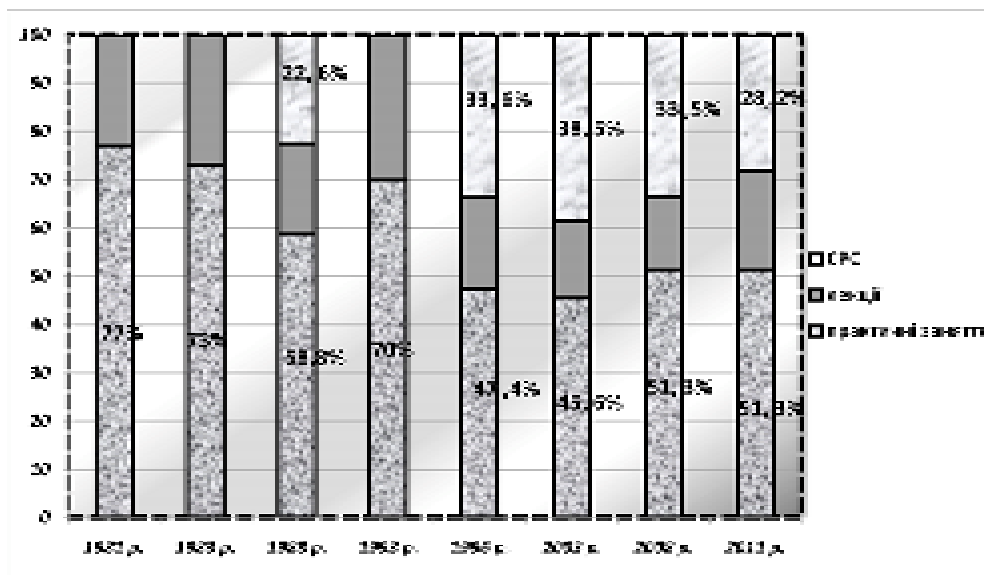


Рис. 2. Динаміка структури академічних годин на кафедрі пропедевтики педіатрії, %.

2003 р. кількість годин СРС збільшується з 33,6 % (1996 р.) до 38,5 % (2003 р.). При цьому на практичні заняття відведено в 2003 р. 45,6 % годин, тобто практичних занять – 123 години, СРС – 104 години.

Неможливо недооцінювати значення СРС в освіті. Однак зменшення кількості годин по практичних заняттях призводить до значного збільшення об'єму навчального матеріалу (і це не з однієї дисципліни!), необхідного для підготовки до одного практичного

заняття. На занятті, тривалість якого 2 академічні години, недостатньо часу для обговорення збільшеного об'єму навчального матеріалу, для опанування студентами збільшеного об'єму практичних навичок по клінічному дослідженню хворого. Наприклад, в 2003 р. для вивчення серцево-судинної системи надавалося 16 академічних годин, тепер – 8 годин.

Відомо, що “повторення – мати навчання”. Багаторазове повторення – один з педагогічних прийомів,

що дозволяє підвищити опанування вивченого матеріалу. Раніше студент систематично працював з кожною темою: на практичному занятті, при підготовці до тематичного заліку, при підготовці до семестрового заліку, при підготовці до заліку з практичних навичок та при підготовці до екзамену. В теперішній час студент має змогу засвоїти кожен тему, яка включає збільшений об'єм, лише на практичному занятті та при підготовці до модульного контролю. На жаль, на практичних заняттях, у зв'язку зі збільшеним об'ємом кожної теми, не тільки не вдається додатково організувати повторення, додаючи ряд питань з раніше вивченого матеріалу (внутрішньодисциплінарні та міждисциплінарні зв'язки), але іноді не достатньо часу на розбір запланованої теми.

В той час, коли кількість годин по СРС збільшується, викладачу не виділено достатнього часу для її контролю, сумісного зі студентами аналізу та обговорення результатів протоколів клінічного дослідження хворих, підготовки рефератів та інших сучасних інтерактивних форм організації занять.

У порівнянні з 1993 р. кількість аудиторних годин (практичні заняття та лекції) у 2011 р. зменшилась на 46 % (майже на половину). На сьогодні у студента звільнилась значна кількість часу. Чи доцільно використовується час студентами? На жаль, недостатньо відпрацьовано механізм, що забезпечує здорову конкуренцію та дозволяє відсіювати невстигаючих студентів.

Коли викладач працює на клінічній кафедрі з 10–13 студентами, а в час проведення медсестринської виробничої практики з 20 – 30 вітчизняними студентами у групі, ефективність навчального процесу значно знижується. Особливо це стосується іноземних студентів, котрі вимагають більшої уваги та індивідуальної роботи з викладачем.

Література

1. Інтеграція додипломної та післядипломної підготовки лікарів та провізорів – вимога успішної реалізації реформ у сфері охорони здоров'я / Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов, В. В. Вороненко [та ін.] // Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 6–10.

2. Попередні підсумки запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах та шляхи подальшого удосконалення його організації / В. В. Вороненко, О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький [та ін.] // Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 18–22.

Для підготовки до модульного контролю студентам не виділяється жодного дня, звільненого від занять. У зв'язку з цим знижується рівень підготовки до поточних занять, бо студент змушений готуватися і до модуля з однієї дисципліни, і до практичних занять з інших предметів.

Характеризуючи виробничу практику, особливо медсестринську, необхідно відмітити, що протягом 3 днів її проходження не уявляється можливим опанувати ті практичні навички, які передбачені програмою.

Висновки. У зв'язку з вищезазначеним, на нашу думку, для кращого опанування студентами вищих медичних навчальних закладів практичних навичок та вмій доцільно ставити питання про можливість збільшення кількості академічних годин для проведення практичних занять, що крім того дозволить більш ретельно контролювати самостійну роботу студентів.

Необхідно зменшити кількість студентів в академічній групі, що працюють з одним викладачем, для підготовки до модульного контролю (екзамену) виділити хоч би один день, вільний від занять, згрупувати модульні контролю (екзамени) у модульні тижні і проводити їх наприкінці кожного семестру, а не у середині навчального року.

Терміни переддипломної виробничої практичної підготовки, як і навчальної, необхідно переглянути та збільшити з метою підвищення її якості.

Відповідно до Болонської декларації, раціонально та конструктивно використовуючи її принципи, кожна країна має право на збереження національних пріоритетів у системі освіти. Ми, викладачі, зобов'язані спрямувати зусилля щодо збереження та примноження престижу ВНЗ України та вітчизняної педіатричної школи.

3. Особливості впровадження кредитно-модульної системи / В. М. Запорожан, В. М. Міщенко, В. Г. Марічерда [та ін.] // Проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу : м-ли навч.-метод. конф., присвяченої 110-й річниці університету. – Одеса, 2010. – С. 26–27.

4. UK Bologna Seminar: Using Learning Outcomes. – Edinburg, 1-2 July 2004 // [www.bologna-bergen2005.no](http://www.bologna-bergen2005.no/Tuning Education Structures in Europe); Tuning Education Structures in Europe // tuning.unideusto.org/tuningeu.

УДК 378:001.891.5:54:61

ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ “МЕДИЧНА ХІМІЯ”

М. В. Кирилів

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

THE USAGE OF STUDENTS’ KNOWLEDGE TEST CONTROL IN THE STUDY OF DISCIPLINE “MEDICAL CHEMISTRY”

M. V. Kyryliv

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

У статті викладено особливості застосування тестового контролю знань при вивченні дисципліни “Медична хімія”. Тестовий контроль сприяє активізації пізнавальної діяльності, формує у студентів навички самостійної роботи, розвиває вміння логічно мислити тощо. Застосування тестового контролю знань потрібно використовувати у комплексі з іншими методами, лише тоді він буде повним і об’єктивним.

The article adduces the features of knowledge control testing in the studying the discipline “Medical Chemistry”. Test control is one of the most optimal and resultive method of controlling of students’ knowledge and test control is used for development skills of mental activity, forms the ability of logical thinking. The usage of test control in the combination with other methods can give good results in education of the students.

Вступ. Європейський освітній простір вимагає від вищих навчальних закладів постійного забезпечення якості освіти [6]. Впровадження тестових методів контролю у навчальний процес сприяє процесам реформування вищої медичної освіти, її демократизації, виконанню заходів МОЗ України щодо боротьби з проявами зловживань та корупції [2].

Основна мета навчального процесу – передача знань і умінь від викладача до студента, а засобами досягнення цієї мети є, по-перше, регулярна робота студента протягом всього семестру і, по-друге, систематичний контроль, отриманих ним, знань. Виходячи з цієї передумови, стає очевидною важливість і актуальність дослідження методів обліку і контролю знань студентів у процесі навчання у вищій школі. Мета дослідження – вивчення особливостей тестового контролю знань студентів при вивченні дисципліни “Медична хімія”.

Основна частина. Контроль результатів навчання – важлива частина навчального процесу. Його завдання полягає в тому, щоб визначити, якою мірою досягнуті цілі навчання. Контроль результатів виконує всі три функції, притаманні процесу навчання в цілому, і має чітко виражене освітнє, виховне і розвиваюче значення [1]. Навчальне значення його виражено в тому, що дозволяє студентові коригувати свої

знання та вміння. Виховне значення контролю велике. Постійна перевірка привчає студентів систематично працювати, звітувати перед одногрупниками про якість набутих знань і умінь. У студентів виробляється почуття відповідальності, прагнення досягти кращих результатів. Контроль виховує цілеспрямованість, наполегливість і працьовитість, вміння долати труднощі, тобто сприяє формуванню моральних якостей особистості. Систематичний контроль сприяє розвитку самостійності, формуванню навичок самоконтролю. Головна вимога до контролю – його систематичність.

Звичайно, вся діяльність викладача вищого навчального закладу має бути спрямована на гуманізацію та активізацію навчально-пізнавальної діяльності студентів і оволодіння ними необхідним комплексом знань, умінь, навичок. Удосконаленням ефективності контролю, під час якого виявляють якість засвоєння знань, вимірюють її величину, присвоюють оцінку, – це головна умова підвищення якості навчально-виховного процесу, а значить і підготовка висококваліфікованого і конкурентоспроможного медичного працівника [3].

Оцінка знань студента, отриманих ним з тієї чи іншої навчальної дисципліни, не тільки підводить підсумок його успішності, але найчастіше визначає і його

здатність до подальшого навчання чи самостійної діяльності, тобто значним чином впливає на долю людини. Тому немає сумнівів у тому, що така оцінка має бути максимально об'єктивною, запорукою чого, зазвичай, служать досвід та інтуїція екзаменатора. Насправді ж не тільки між різними дисциплінами, але і в межах однієї – між різними викладачами не існує уніфікованого підходу до вимог на іспиті, оскільки досі не знайдені або не вибрані кількісні параметри, навіть, для проведення науково обгрунтованої межі між незадовільною і задовільною оцінками. Тому до контролю висувуються певні вимоги, а саме: він має бути з яскраво вираженою освітньою, розвиваючою, професійно і особистісно зорієнтованою спрямованістю, адже завдяки контролю встановлюється зворотний зв'язок на занятті. На думку переважної більшості викладачів, таким вимогам у повній мірі відповідає тестовий контроль.

На сучасному етапі розвитку освіти в Україні тестовий контроль інтенсивно розвивається і поширюється, а використання тестових технологій посідає особливе місце у розробці та впровадженні у навчальний процес нових підходів до оцінювання досягнень студентів і виявлення рівня знань.

У свою чергу тестування має позитивні і негативні сторони.

Позитивні сторони:

- а) об'єктивність оцінки (незалежно від симпатій і антипатій викладача);
- б) можливість істотно знизити напруженість між викладачем і студентом, а також значною мірою зняти емоційне (стресове) навантаження на викладача;
- в) швидкість контролю знань студентів (одночасно тестується вся група);
- г) широке охоплення матеріалу, оскільки включаються питання з усієї пройденної теми;
- д) неможливість користуватися шпаргалкою;
- е) необхідність для студентів запам'ятовувати не тільки тему в цілому, але й багато деталей, які при звичайній підготовці не були сприйняті увагою.

Негативні сторони:

- а) формальність. Іноді буває важко сформулювати питання, що вимагають роздумів;
- б) залежність тестового контролю від загальної системи оцінки, тобто якщо за тестовий контроль студенти отримують невелику кількість балів, то вони менше до нього готуються;
- в) відсутність безпосереднього контакту між викладачем і студентом [4].

Таким чином, кожен викладач може зробити висновки про прийнятність або неприйнятність цього

методу оцінювання.

Дисципліна “Медична хімія” вивчається студентами першого курсу медичного та стоматологічного факультетів і базується на вивченні біоорганічної хімії, біофізики, медичної біології та інтегрується з цими дисциплінами. Засвоєння даної дисципліни закладає основи вивчення студентами фізіології, біологічної хімії, загальної та молекулярної фармакології та токсикології, гігієнічних дисциплін. У процесі вивчення медичної хімії студенти стикаються з певними труднощами, оскільки дисципліна вимагає певної бази знань зі шкільного курсу хімії, яка не у всіх однакова. Тому, з боку викладачів, вимагається особлива увага до виявлення прогалин у знаннях студентів та контролю засвоєного матеріалу. Поточний контроль – найголовніший зі всіх перевірок. Його мета – регулярно керувати діяльністю студентів та її коректувати. Він дозволяє мати безперервну інформацію про хід і якість засвоєння навчального матеріалу, оперативно вносити зміни до навчання. Поточна перевірка – не стільки інспекція, скільки навчання, оскільки вона пов'язана із закріпленням, повторенням і аналізом навчального матеріалу. Поточний контроль повинен проводитися регулярно, що, у свою чергу, підвищить якість вивчення студентами розділів дисципліни [8].

Використання тестів на заняттях з медичної хімії займає чільне місце в процесі впровадження нових освітніх технологій. У процесі проведення тестового контролю з даної дисципліни використовуються тестові завдання з варіантами відповідей за принципом “множинності вибору”. В якості правильної відповіді найчастіше вказується один із запропонованих варіантів. Зрозуміло, що чим більше пропонується різних відповідей, тим менша ймовірність “вгадування” правильної відповіді. Найбільш ефективно включати питання з 4-5-ма відповідями. Завдання такого типу розроблені викладачами кафедри до кожної теми і успішно використовуються на заняттях. Однак недоліком такого типу завдань є те, що студент під час тестування, на відміну від усного або письмового контролю, не має достатньо часу для глибокого аналізу теми. А для того щоб студенту-медику розвинуватися, дуже важливо вміти самостійно формулювати власну думку. Цих недоліків частково можна уникнути, якщо використовувати тести різного вибору: альтернативного чи множинного, тести на розрізнення, ґрунтування, систематизацію та класифікацію елементів [7].

Для виявлення кінцевих результатів навчання з окремої дисципліни необхідний підсумковий контроль. Підсумковий контроль – інтегруючий контроль, за

його результатами судять про загальні досягнення студентів. Починаючи з 2006–2007 навчального року, в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського підсумковий контроль з дисципліни проводиться у вигляді комплексного семестрового тестового іспиту. Форма проведення такого заключного етапу перевірки знань органічно ввійшла в навчальний процес. З досвіду викладання дисципліни “Медична хімія” на початкових етапах впровадження комплексного семестрового іспиту спостерігалася деяка відмінність між оцінками, які отримують студенти на іспиті, від оцінок поточної успішності, що можна пояснити неадаптованістю студентів до такої форми контролю. Однак за останні навчальні семестри, використання комплексного семестрового тестового контролю відповідає об’єктивному оцінюванню знань студентів. Це підтверджується відповідністю показників середнього бала за семестр до середнього бала за екзаменаційний тестовий контроль. Проте деякі відмінності спостерігаються між студентами державної і контрактної форм навчання, а також студентами-іноземцями [5].

Тож при виборі методу контролю знань необхідно врахувати як переваги, так і недоліки того чи іншого методу. Дисципліни, які вивчають студенти вищих медичних навчальних закладів, закладають важливу базу функціональних знань майбутніх фахівців. Ці

знання настільки складні і багатогранні, що оцінити їх якимось одним способом – неможливо. Тому тестовий контроль це, безперечно, один із сучасних і оптимальних методів контролю знань, проте не можна зосереджуватися лише на ньому, слід користуватися різними методами оцінки знань і умінь студентів – усними і письмовими відповідями, спостереженням і оцінкою виконуваної лабораторної роботи на заняттях. Тобто необхідно оцінювати знання і уміння не лише за допомогою тестів, а й у комплексі з іншими методами, що має створити атмосферу для постійної, систематичної, наполегливої роботи студентів.

Висновки. Розвиток і удосконалення форм і методів контролю якості викладання і навчальних досягнень студентів є важливою умовою підвищення якості підготовки фахівців. Навчальний процес, як складна багатогранна система, здійснюється тільки при надійній діагностиці рівня знань студентів у вигляді зворотного зв’язку – через контроль за ходом і результатами навчального процесу. Саме такий зворотний зв’язок здатні забезпечити тести. Тестування, як один із методів контролю, є зручним, надійним, оперативним і об’єктивним. Але є певні недоліки, через які тестування не можна застосовувати як єдиний та ідеальний метод об’єктивного діагностування знань і умінь. У навчальному процесі тестування обов’язково має поєднуватися з іншими формами і методами контролю.

Література

1. Аванесов В. С. Методологическое и теоретическое обоснование тестового педагогического контроля : дис. на соискание учёной степени доктора пед. наук / В. С. Аванесов. – С.Пб. : Госуниверситет, 1994. – С. 205–214.
2. Кадрова політика у галузі охорони здоров’я та рух вищої медичної освіти України до європейського освітнього простору / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко [та ін.] // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 6–14.
3. Кордон Ю. В. Тестовий контроль як один з методів перевірки знань, умінь студентів у вищих медичних навчальних закладах / Ю. В. Кордон, Г. С. Керницька // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми : XI міжн. наук. прак. конф., 14–16 трав. 2012 р. – Київ-Вінниця, 2012. – С. 255–258.
4. Контроль знаний студентів / Н. Павлов [и др.] // Выс-

шее образование в России. – 2000. – № 1. – С. 116–122.

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.

6. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (Європейська асоціація із забезпечення якості вищої освіти). – К. : Вид-во “Ленвіт”, 2006. – С. 11–18.

7. Тестування як основа кредитно-модульного контролю / С. М. Геряк, І. В. Корда, Н. І. Багній [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 1. – С. 77–79.

8. Унгурян Л. М. Застосування тестової системи оцінки знань у навчальному процесі / Л. М. Унгурян, М. С. Образенко // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 20–22.

УДК 378.1:37.02

ОСОБЛИВОСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ З ДИСЦИПЛІНИ “КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА”

I. М. Кліщ, М. І. Марущак, І. Я. Криницька

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

PECULIARITIES OF THE CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM FOR STUDENTS OF STOMATOLOGICAL FACULTY ON THE DISCIPLINE “CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS”

I. M. Klishch, M. I. Marushchak, I. Ya. Krynytska

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

У статті висвітлено особливості викладання клінічної лабораторної діагностики для студентів стоматологічного факультету відповідно до кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

The article adduces the peculiarities of the Clinical Laboratory Diagnostics teaching for students of stomatological faculty, according to the norms of the credit-modular educational system.

Вступ. На сучасному етапі розвитку національної системи освіти України важливого значення набуває процес підготовки майбутніх фахівців у галузі медицини. Враховуючи те, що у вищому навчальному закладі завершується формування спеціаліста, зростають і основні вимоги до підготовки сучасного фахівця. Глибокі фундаментальні знання, професійна компетентність, вміння працювати в колективі, швидко оволодівати інноваційними технологіями, мати навички самоосвіти та здібності до творчої і дослідницької роботи дозволяють майбутнім спеціалістам бути конкурентоспроможними не тільки в Україні, але й на світовому рівні. Ці якості спеціаліста стають головними орієнтирами для побудови сучасної системи вищої освіти, яка б сприяла створенню знань, доступу до них, управлінню ними, їх розповсюдженню і контролю їх засвоєння [1, 2]. Враховуючи це, впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу за стандартами ECTS є дуже важливим в умовах конкуренції на світовому ринку праці та інноваційного розвитку суспільства. У вищих медичних навчальних закладах України запроваджено кредитно-модульну систему організації навчального процесу України, впроваджено в університетську медичну освіту принципи Болонської декларації [3].

У сучасних умовах помітна тенденція до зростання ролі медико-біологічних дисциплін у системі підго-

товки майбутнього лікаря-стоматолога як фундаментальної бази клінічного мислення. Тому знання біохімічних процесів обміну речовин, біологічно активних сполук та механізму їхнього впливу на організм людини, розуміння взаємозв'язку між внутрішньоклітинними молекулярними процесами і фізіологічними функціями організму необхідні для підготовки кваліфікованого фахівця.

Метою нашої роботи було проаналізувати на досвіді використання кредитно-модульної системи організації навчального процесу студентів-стоматологів на кафедрі клініко-лабораторної діагностики у Тернопільському державному медичному університеті, ефективність її впровадження.

Основна частина. На сучасному етапі клінічну лабораторну діагностику варто розглядати як широку медичну наукову дисципліну, що включає такі розділи, як: лабораторна гематологія, клінічна цитологія, загальноклінічні дослідження, паразитологія, клінічна біохімія, лабораторна імунологія, гемостазіологія, лабораторний контроль лікарської терапії, медичні лабораторні технології, забезпечення якості лабораторних досліджень.

Треба визнати, що викладання клінічної лабораторної діагностики на стоматологічному факультеті має свою специфіку, яка пов'язана з тим, що студенти-стоматологи вважають клінічну лабораторну діаг-

ностику не профілюючою дисципліною, тому приділяють її вивченню недостатньо уваги. В зв'язку з цим наш колектив одним з пріоритетних завдань вважає, що з перших днів перебування на кафедрі у студентів-стоматологів повинна бути чітко аргументована мотивація необхідності вивчення клінічної лабораторної діагностики.

Формами організації навчального процесу для стоматологів на кафедрі клініко-лабораторної діагностики в умовах кредитно-модульної системи є: практичні та семінарські заняття, виконання індивідуальних та інших завдань викладача, самостійна робота, тестовий контроль успішності студентів.

У процесі навчання клінічної лабораторної діагностики студенти стоматологічного факультету формують системні знання про сучасні біохімічні методи дослідження і можливості їх використання в практичній діяльності, засвоюють загальні принципи інтерпретації результатів біохімічного обстеження хворого та основні принципи лабораторної діагностики захворювань слизової оболонки порожнини рота та пародонта, набувають навичок проведення найбільш поширених клінічних аналізів.

Кредитно-модульна система навчання – це модель організації навчального процесу, в якій поєднано модульну технологію навчання і залікові кредити – одиниці виміру обсягу навчального матеріалу, засвоєного інтерном. Модуль – це задокументована завершена частина освітньо-професійної програми, що реалізується відповідними формами навчального процесу і завершується підсумковим контролем [1]. Дисципліна “Клінічна лабораторна діагностика” є курсом за вибором для студентів 3-го курсу стоматологічного факультету. Структура навчального плану включає 60 годин (2,0 кредити, 1 модуль). Модуль “Загальні та спеціальні питання клініко-лабораторної діагностики” складається з таких 5 змістових модулів, як: клінічне тлумачення лабораторних показників у гематології, ураження слизової оболонки ротової порожнини при захворюваннях крові, лабораторна діагностика захворювань слизової оболонки порожнини рота та пародонта, клінічна лабораторна діагностика в нефрології, лабораторна діагностика патологічних процесів у легенях.

На семінарських заняттях студенти стоматологічного факультету вивчають основні методи, об'єкти та специфіку клініко-лабораторних досліджень для проведення раціональної діагностики захворювань внутрішніх органів, специфіку лабораторної діагностики уражень слизової оболонки порожнини рота при патології крові, застосування дослідження слини в

практичній стоматології. На практичній частині заняття студенти самостійно під керівництвом викладача проводять дослідження мазків крові, складають схеми для диференційної діагностики різних видів анемії та лейкозів з допомогою лабораторних обстежень та змін слизової оболонки порожнини рота, досліджують ясенну рідину та фізико-хімічні властивості слини для проведення диференційної діагностики в пародонтології.

Внаслідок впровадження в навчальний процес кредитно-модульної системи значно активізувалась самостійна робота студентів із навчальними матеріалами й літературою, оскільки зріс їх стимул до навчання. Самостійна робота студентів є основою вищої освіти, оскільки лише ті знання, які студент набув самостійно, є справжнім його досягненням. Тому освіта у вищих навчальних закладах поступово переходить від “передачі” студентам знань у готовому вигляді до контролю їх самостійної навчально-пізнавальної роботи [4, 5]. Студенти стоматологічного факультету опрацьовують застосування новітніх лабораторних технологій у практиці лікаря-стоматолога, ознайомлюються з клінічною лабораторною діагностикою таких важливих захворювань, як інфаркт міокарда, цукровий діабет, вірусні гепатити, синдром набутого імунodefіциту. Завдяки систематичній роботі протягом усього періоду навчання студенти опрацьовують увесь обсяг навчального матеріалу, рівень якого контролюється кожного заняття тестовим контролем системи “MOODLE” (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment), яка орієнтована на організацію взаємодії між викладачем і студентом. Тестовий контроль проводиться напередодні практичного заняття з виставленням відповідної оцінки. Результати оцінювання можна переглядати як по усіх студентах, так і по кожному зокрема. При цьому формуються гістограми успішності для кожного заняття. База даних тестових завдань для щоденного тестового контролю нараховує більше 150 тисяч тестів [6, 7].

Вагоме місце серед інформаційних технологій, що використовуються студентами стоматологічного факультету в самостійній роботі з дисципліни “Клінічна лабораторна діагностика”, займають Internet-технології. Серед Internet-ресурсів, що найбільш часто використовуються студентами в самостійній роботі, слід відмітити Web-сторінку нашого медичного університету, яка була створена з метою оптимізації навчального процесу. На Web-сторінці студент може знайти: робочу програму, методичні вказівки, розклад занять, графік чергувань викладачів

на кафедрі, матеріали для підготовки до практичних занять: текстовий матеріал, малюнки. Тут викладачами розміщується найцінніша інформація до проведення заняття [6–8].

Висновок. Отже, кредитно-модульна система

організації навчального процесу є цілком новою філософією організації навчального процесу, яка об'єднує викладачів і студентів модулем інформації, встановлює між ними суб'єкт-суб'єктні відносини, забезпечує надійне виконання дидактичних функцій.

Література

1. Про особливості впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу : наказ Мін. осв. і науки України від 20.10.2004 р.

2. Чміль А. І. Принципи формування системи управління якістю вищої освіти в умовах реформування / А. І. Чміль // Післядипломна освіта в Україні. – 2006. – № 2 (9). – С. 75–76.

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

4. Антошук С. В. Керована самостійна робота слухачів на дистанційному етапі підвищення кваліфікації за очно-дистанційною формою навчання. Перспективи впровадження інформаційних та комунікаційних технологій у навчально-виховний процес / С. В. Антошук // Матеріали науково-практичної Інтернет-конференції. – Вінниця : ВОІ-

ПОП, 2009. – С. 6–14.

5. Олійник В. В. Діагностика підвищення кваліфікації керівних і педагогічних кадрів освіти за очно-дистанційною формою навчання : метод. рек. / В. В. Олійник, В. О. Гравіт, А. Л. Кліменко ; АПН України, Ун-т менедж. освіти. – К., 2007. – 24 с.

6. Ковальчук Л. Я. Комп'ютерні технології в медичній освіті / Л. Я. Ковальчук, В. П. Марценюк // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 1. – С. 14–16.

7. Марценюк В. П. Розробка і впровадження системи електронного навчання в Тернопільському державному медичному університеті ім. І. Я. Горбачевського / В. П. Марценюк // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 74–75.

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

УДК 378.1.616-053.2(076.5)

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ СТУДЕНТІВ ТА ЇХ УСПІШНІСТЮ ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ

С. О. Коноваленко, Р. М. Гнатюк, Л. В. Татарчук

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

CORRELLATION BETWEEN PSYCHOPHYSIOLOGICAL PECULIARITIES OF STUDENTS AND THEIR PROGRESS IN STUDIES AT DISTANCE EDUCATIONAL PROGRAM

S. O. Konovalenko, R. M. Hnatiuk, L. V. Tatarchuk

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

Досліджена успішність студентів медичного університету з нормальної фізіології, мікробіології, вірусології та імунології, клінічної фармакології з рецептурою при дистанційній формі навчання. Встановлено, що особам з домінуванням правої півкулі головного мозку (ліворуки) важче дасться засвоєння навчального матеріалу порівняно з праворукими.

The article presents the analysis of medical students' progress in studies of Normal Physiology, Microbiology, Virology and Immunology, and Clinical Pharmacology in distance educational program. It was found out that individuals with the dominance of the right hemisphere of the brain (left-handed) demonstrate difficulties in mastering the study materials if compared to the right-handed ones.

Вступ. Відомо, що процеси інтеграції в сучасному світі розширюються та охоплюють все більше сфер життєдіяльності людини. Освіта в Україні в цілому і особливо медична освіта не можуть існувати поза межами європейської інтеграції. Останньому сприяє Болонська система, яка передбачає забезпечення якісної освіти та підготовку висококваліфікованих спеціалістів. Світовий процес переходу до інформаційного суспільства, а також економічні, політичні і соціальні зміни, які відбуваються в Україні, зумовлюють необхідність прискорення реформування системи освіти. Перш за все це стосується задоволення освітніх потреб громадян протягом всього життя, забезпечення доступу до освітньої і професійної підготовки всіх, хто має необхідні здібності і адекватну підготовку. З іншого боку, завдяки мережі Internet потік інформації звідусіль настільки великий, що освоїти її неможливо. На допомогу приходять on-line-освіта (дистанційне навчання), яка концентрує у собі найголовніше з тієї чи іншої сфери життя суспільства [1]. Широке розповсюдження та впровадження комп'ютерних технологій у навчальний процес суттєво його інтенсифікує, розвиває ініціативність, елементи творчості, самостійності у студентів при вирішенні

нестандартних завдань та виконанні науково-дослідних робіт, дає можливість систематично звертатися за додатковою і необхідною для навчання інформацією, не перериваючи виконання основного завдання. Варто також вказати, що при цьому не завжди враховуються психофізіологічні особливості студентів, які відіграють важливу роль у повноцінному засвоєнні матеріалу [2, 3]. Враховуючи наведене, метою даної роботи стало вивчення взаємозв'язку між психофізіологічними особливостями студентів та їх успішністю при дистанційній формі навчання.

Основна частина. Для оцінки ефективності засвоєння навчального матеріалу з нормальної фізіології, мікробіології, вірусології та імунології, клінічної фармакології з рецептурою проведений педагогічний експеримент, в якому взяли участь 192 студенти, які освоювали вказані предмети дистанційно. Вони були розділені на 2 групи. В 1-шу групу ввійшли праворукі студенти (“правші”), у 2-гу – студенти, у яких домінуючою була ліва рука (“лівші”). Більшість дослідників стверджує, що у праворуких людей домінує ліва півкуля головного мозку, а у ліворуких – права. При визначенні праворукості або ліворукукості використаний Луганський сенсibilізований опитувальник для

© С. О. Коноваленко, Р. М. Гнатюк, Л. В. Татарчук

визначення ліворукокі у дітей [4, 5, 6]. Серед досліджених студентів праворуких виявилось 167, що склало 87,0 %, а ліворуких – 25 (13,0 %).

Ефективність засвоєння навчального матеріалу оцінювали за результатами поточної успішності студентів. Оцінювання проводили за дванадцятибальною системою. При цьому аналізували середній бал, питому вагу відмінних, добрих, задовільних та незадовільних оцінок, а також загальну та якісну

успішність. Отримані цифрові величини обробляли статистично. Різницю між порівнювальними величинами визначали за коефіцієнтом Стьюдента [7]. Отримані результати представлені в таблиці 1. Усестороннім аналізом представлених даних встановлено, що середній бал поточної успішності з мікробіології, вірусології та імунології у 1-й групі студентів (студенти з домінуванням лівої півкулі головного мозку – “правші”) дорівнював (7,20±0,05), а у 2-й групі (сту-

Таблиця 1. Успішність студентів при дистанційній формі навчання (M±m)

№ за/п	Навчальний предмет	1-ша група (12-бальне оцінювання)	2-га група (12-бальне оцінювання)
1	Мікробіологія, вірусологія та імунологія	7,20±0,05	6,80±0,03**
2	Нормальна фізіологія	7,00±0,04	6,70±0,03**
3	Клінічна фармакологія з рецептурою	7,40±0,06	7,10±0,05*

Примітка. Зірочкою позначені величини, що статистично достовірно відрізняються від аналогічних 1-ї групи (* – P<0,05; ** – P<0,01).

денти з домінуванням правої півкулі головного мозку – “лівші”) – (6,80±0,03). Наведені цифрові величини статистично достовірно (P<0,01) відрізнялися між собою, і останній показник виявився меншим за попередній на 5,55 %. Встановлено також, що у студентів 1-ї групи при аналізі поточної успішності більшою була питома вага відмінних та добрих оцінок порівняно з аналогічними показниками 2-ї групи. Так, у 1-й групі студентів кількість відмінних та добрих оцінок складала (85,00±0,45) %, а у 2-й групі (лівші) – (76,0±1,2) %. Між наведеними показниками виявлена статистично достовірна різниця (P<0,01). При цьому перша цифрова величина перевищувала останню на 9,0 %. Варто також зазначити, що кількість негативних оцінок у 1-й групі спостережень була на 12,4 % меншою порівняно із студентами, у яких домінувала права півкуля головного мозку. Отримані показники свідчать, що успішність студентів з домінуванням лівої півкулі головного мозку значно краща порівняно із студентами, у яких спостерігалося переважання правої півкулі головного мозку.

Майже аналогічні дані отримані при порівнянні успішності 1-ї та 2-ї груп студентів при вивченні та засвоєнні навчального матеріалу з нормальної фізіології та клінічної фармакології з рецептурою. Так, середній бал з нормальної фізіології у праворуких студентів дорівнював (7,00±0,04), а у ліворуких – (6,70±0,03). При цьому останній показник виявився меншим за попередній на 4,3 % і статистично достовірно (P<0,01) від нього відрізнявся. Середній бал поточної успішності з клінічної фармакології з рецептурою у 1-й групі спостережень складав (7,40±0,06), а у 2-й групі сту-

дентів – (7,10±0,05). Між наведеними цифровими величинами існувала статистично достовірна (P<0,05) різниця і останній показник був меншим за попередній на 4,05 %. Отже, отримані результати проведеного дослідження свідчать, що у студентів, де домінувала ліва півкуля головного мозку, поточна успішність виявилася кращою порівняно з ліворукими студентами, тобто останні гірше засвоювали вказані навчальні дисципліни.

Варто також вказати, що в останні роки сучасна педагогіка все частіше звертає увагу на особливості навчання та якості засвоєння навчальних предметів студентами з різними психофізіологічними особливостями, тобто з різним домінуванням півкуль головного мозку. Сьогодні відомо, що психофізіологічні відмінності право- і ліворуких осіб обумовлені різними функціями та домінуванням лівої та правої півкуль головного мозку. Так, ліва півкуля головного мозку, яка домінує у праворуких, відповідає за знакову інформацію (рахунок, читання, мови, ремесло), за здатність аналізувати предмети та явища (розкласти їх на окремі елементи і формувати логічні ланцюжки). Права півкуля мозку, яка домінує у ліворуких осіб, замість наведеного вище аналізу, більш до узагальнення та синтезу, забезпечуючи цілісність сприйняття. Безумовно, що ліва та права півкулі головного мозку функціонують в тісному взаємозв'язку, проте відносно домінування правої чи лівої півкуль обумовлює тип мислення людини, визначає її характер, темперамент, тривожність, ступінь невротизації, швидкість мислення, пам'ять, здатність концентруватися та інші психофізіологічні особливості [6, 10].

Слід також вказати, що особи з домінуванням лівої руки більш вразливі, збудливі, чутливі порівняно з праворукими, проте вони часто невпевнені у собі, схильні до різких змін настрою, у стресових ситуаціях впадають до песимізму та смутку. Для них характерна слабкість вольового контролю і контролю поведінки, їм часто важко стримувати свої емоції, у тому числі й агресивні. Більшість дослідників також вважає, що у ліворуких осіб сигнал для здійснення вирішення тих чи інших завдань, пов'язаних з розумовою діяльністю, є більш пролонгованим [8, 10].

Дистанційне навчання, здійснюване на основі сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій, сприяє ефективному рішенню багатьох проблем навчального процесу. Залишаючись удома, учасник навчального процесу має змогу контактувати з викладачем-модератором, перебуваючи з ним на значній відстані. Іншими перевагами є індивідуальний підхід до кожного "учня", залежно від рівня засвоєння ним програми, та майже повна відсутність особистісного фактора й можливість швидкого доповнення навчального матеріалу новою інформацією. Дистанційна освіта дозволяє безліч нових способів навчання. Студенти мають право вибирати, в числі іншого, як навчатимуться, які матеріали вони використовуватимуть – друкарські чи електронні. Час для вивчення матеріалу вибирається студентом самостійно, що дозволяє людині гнучкіше використовувати свій час, значно економити його для інших важливих справ і роботи. При дистанційному навчанні відсутні обмеження відносно часу складання заліків та іспитів. Навчальні матеріали, тести доступні студентів у будь-який час. Він може самостійно вибирати час і об'єм матеріалів, що вивчаються, і за два-три дні інтенсивних занять вивчити і здати дисципліну і навіть скласти іспити за весь семестр. Це особливо вигідно для людей, що вже мають базовий рівень освіти і що вирішили розширити свої знання. Дистанційному навчанню характерна свобода вибору стилю вивчення навчального матеріалу. Зв'язок викладача із студентом відбувається через мережу Інтернет на порталі університету двома основними способами: перший спосіб – обмін інформацією через поштові скриньки, розміщені на Web-порталі університету; другий спосіб – зв'язок через Інтернет у системі "Skype".

Отримані результати проведеного педагогічного експерименту та проаналізовані дані літератури свідчать, що ефективно та адекватно засвоєння навчального матеріалу залежить від психофізіологічних особливостей студентів, тобто право-чи ліворукості, що необхідно враховувати при дистанційній формі навчання. Особам з домінуючою лівою рукою нелегко дається те, що пов'язане з необхідністю швидкого переключення з одного процесу на інший. У ліворуких тривалий час спостерігаються дисграфія та дислексія. Останнє слово означає порушення читання, або більш детально – часткове порушення процесу читання, яке проявляється у регулярних та систематичних помилках при читанні, що зумовлене несформованістю вищих психічних функцій, які беруть участь у процесах читання. Наведене вище стверджує, що особам з домінуванням правої півкулі головного мозку або нестійкою латералізацією (ліворукі) важче дається засвоєння навчального матеріалу порівняно з праворукими (домінування лівої півкулі головного мозку) та вимагає індивідуальних підходів до студентів для повноцінного засвоєння навчальної дисципліни. Це вимагає від викладачів знати психофізіологічні особливості студентів і враховувати їх при подачі та представленні навчального матеріалу, складанні тестів та екзаменаційних питань і при цьому більше уваги приділяючи ліворуким студентам.

Висновок. Отримані результати проведеного дослідження свідчать, що для адекватного та повноцінного засвоєння навчальної дисципліни при дистанційній формі навчання необхідно враховувати психофізіологічні особливості студентів, тобто право- і ліворукість, створюючи для них відповідну подачу навчального матеріалу на сайтах, адекватні тести та запитання і більше працювати над освоєнням навчальної програми із особами з домінуванням правої півкулі головного мозку. В майбутньому подальше вивчення психофізіологічних особливостей студентів та врахування їх при засвоєнні навчального матеріалу допомагають більш повноцінно опанувати його.

Література

1. Бут В. Дистанційне навчання – вимога часу / В. Бут // Директор школи. – 2004. – № 1. – С. 28 – 29.
2. Бизюк А. П. Основы нейропсихологии / А. П. Бизюк. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – 294 с.
3. Fliesher W. Wartbildung der deutschen Gegenwartssprache / W. Fliesher, I. Barz. – Tubingen : Max Neimeyer Verlag, 1995.

– 382 р.

4. Кочерга О. Психофізіологічні особливості діяльності мозку дитини / О. Кочерга // Початкова школа. – 2005. – № 5. – С. 6 – 8.

5. Смернова О. А. Таємниця рукості / О. А. Смернова // Гуманітарні науки. – 2001. – № 2. – С. 105 – 109.

6. Чуприков А. П. Проблеми ліворукості / А. П. Чуприков, Е. А. Волков. – Николаев : Атолла, 2004. – 188 с.
7. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях Excel / С. Н. Лапач, А. В. Губенко, П. Н. Бабич. – К. : Морион, 2001. – 410 с.
8. Саввін А. О. Дистанційне навчання : сутність та зміст // Педагогіка та психологія : зб. наук. праць Харківського держ. пед. ун-ту ім. Г. С. Сковороди. – Харків, 2001. – Вип. 17. – С. 21–27.
9. Чуприков А. П. Асиметрія мозку та ліворукість / А. П. Чуприков, Р. М. Гнатюк, М. А. Чуприкова. – Київ : СММ, 2011. – 140 с.
10. Yane M. Loving lefties [How to raise your left-handed child in a right-handed world] / M. Yane. – New York : Pocket Books, 2007. – 178 p.

УДК 37.091.313:61

ОСВІТНЯ ТЕХНОЛОГІЯ “МЕТОД ПРОЕКТІВ”: СТАН РОЗРОБКИ В НАУКОВО-МЕТОДИЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

О. П. Корнійчук, Л. М. Бурова

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

EDUCATIONAL TECHNOLOGY “THE METHOD OF PROJECTS”: STATE OF DEVELOPMENT IN SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL LITERATURE

O. P. Korniychuk, L. M. Burova

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

Стаття розкриває становлення освітньої технології, а саме “метод проектів” як один із методів інтерактивного навчання.

The article adduces the formation of educational technology, especially “The method of projects” as one of the methods of interactive learning.

Вступ. Основною вимогою, яка висувається сьогодні до якості медичної освіти в умовах конкуренції на світовому ринку медичних послуг, є необхідність навчити майбутніх лікарів реалізувати отримані знання з використанням набутих упродовж років навчання теоретичних і практичних знань з клінічних дисциплін на базі глибоких медико-біологічних знань. Зростання обсягу інформації, яку має засвоїти студент, потребує застосування якісно нових технологій навчання, які, з одного боку, мають сприяти інтенсифікації праці студентів, а з іншого – підвищувати ефективність засвоєння цієї інформації без переобтяження інтелектуальних можливостей.

Професійна спрямованість сучасної освіти, особливо у вищій медичній школі, повинна мати особистісно-орієнтований підхід. Важко створити переконливий алгоритм для виявлення тієї особистості, яка у майбутньому стане справжнім фахівцем, лікарем за покликанням, дослідником, науковцем. Одним із способів, який дасть змогу розпізнати, розкрити, підтримати і створити оптимальні умови для розвитку такого фахівця, є метод проектів (від латинського *proiectus* – “кинутий вперед”).

Основна частина. Метод проектів уперше був запропонований американським філософом і педагогом Дж. Дьюї, а також його учнем В. Х. Кілпатріком на початку ХХ сторіччя. Метод є особливим видом інтелектуальної діяльності, характерні риси якої – самостійний пошук необхідної інформації, її творче пе-

ретворення в матеріальний продукт. Цей метод має на меті надання можливості самостійного отримання знань. У проектній методиці завдання викладача полягає у консультації та коригуванні діяльності студентів [1]. В. Х. Кілпатрік дав йому таке визначення: “Метод проектів – це метод планування доцільної (цілеспрямованої) діяльності у зв’язку з вирішенням певного навчально-виховного завдання в реальній життєвій обстановці”.

Метод проектів – це багатовекторна методика, котру можна характеризувати як: 1) спосіб організації пізнавально-трудової діяльності з метою вирішення проблем, пов’язаних із проектуванням, створенням і виготовленням реального об’єкта (продукту праці) [2]; 2) спосіб організації педагогічного процесу, основою якого є взаємодія педагога з вихованцем і оточуючим середовищем під час реалізації проекту – поетапної практичної діяльності для досягнення поставлених завдань [3]; 3) спосіб організації пізнавально-трудової діяльності, який передбачає визначення потреб людей, проектування продукту праці відповідно до цих потреб, виготовлення виробів чи надання послуг, оцінку якості, визначення реального попиту на ринку послуг [4]; 4) особистісно-орієнтований метод навчання, заснований на самостійній діяльності щодо розробки проблеми й оформлення її практичного результату [5]; 5) самостійна творча праця (від пропонування ідеї до втілення її у готовому виробі), яка виконується під контролем і за

безпосередньої консультативної допомоги викладача [6]; 6) сукупність навчально-пізнавальних прийомів, які дають змогу вирішити ту чи іншу проблему в результаті самостійних дій з обов'язковою презентацією [7]; 7) оволодіння певними практичними або теоретичними знаннями, тісно чи іншою діяльністю [3]; 8) комплексний узагальнюючий процес раціонального сполучення репродуктивної та продуктивної діяльності, який дає змогу комбінувати і поєднувати формальні знання з практичним досвідом [8]; 9) система навчання, за якої знання набуваються у процесі планування та виконання завдань-проектів, які поступово ускладнюються [9]; 10) гнучка модель організації навчального процесу, орієнтована на творчу самореалізацію особистості, завдяки розвитку її інтелектуальних і фізичних можливостей, вольових якостей і творчих здібностей у процесі створення під контролем викладача нових товарів і послуг, які мають суб'єктивну або ж об'єктивну новизну, а також практичну значущість [10]; 11) форма організації навчання, яка полягає в тому, що самі студенти визначають собі певні практичні завдання (проекти) і у процесі їх виконання здобувають знання та набувають навичок (Н. Нічкало) і яка передбачає комплексний характер діяльності всіх учасників з метою отримання освітнього продукту за певний проміжок часу [11]; 12) знання і навички набуваються у процесі планування й використання практичних завдань-проектів [12]; 13) спеціально організований комплекс дій для самостійного виконання, самостійного прийняття рішення і відповідальність за свій вибір, результат праці та створення продукту [13]; 14) організований викладачем підхід до навчання у співробітництві, за умов якого студенти набувають і використовують набуті знання та вміння для вирішення реалістичних проблем у процесі ґрунтовного дослідження [14]; 15) педагогічна технологія, орієнтована не на інтеграцію фактичних знань, а на їх застосування для набуття нових (інколи і шляхом самоосвіти) [15], що передбачає певну сукупність навчально-пізнавальних прийомів, які дають змогу розв'язати ту чи іншу проблему в результаті самостійних дій з обов'язковою презентацією цих результатів [16]; 16) сукупність педагогічних прийомів і операцій, які здійснюються викладачем і студентами у процесі особисто значущої діяльності з метою активізації пізнавальних інтересів студентів, що спрямовані на отримання та закріплення нових знань, умінь і навичок, розвиток творчих здібностей і набуття досвіду практичного розв'язання самостійно поставлених завдань [16]; 17) спільна діяльність викладача та студентів, яка спря-

мована на пошук вирішення проблеми, проблемної ситуації [17]; 18) комплексний метод навчання, який дає змогу будувати навчальний процес, виходячи з інтересів студентів, що дає можливість студенту виявити самостійність у плануванні, організації та контролі своєї навчально-пізнавальної діяльності, результатом якої є створення певного продукту чи явища (Г. Сазоненко); 19) цілеспрямована самостійна діяльність, здійснювана під гнучким керівництвом викладача, націлена на розв'язання творчої, дослідницької, соціально значущої проблеми і на отримання конкретного результату у вигляді матеріального і/або ідеального продукту (В. Коханова).

Розрізняють велику кількість різних типів проектів за низкою кваліфікаційних ознак відповідно до мети, ступеня комплексування із суміжними галузями, кількістю виконавців, тривалості тощо. До таких, що можуть використовуватись у медичних навчальних закладах, можна віднести: дослідницькі, пошукові, прикладні, рольові, інформаційні, монопроекти (у межах однієї галузі знань), особистісні, групові, коротко-, середньо-, довготривалі.

Основним завданням цього методу є: передати певний обсяг знань, навчити здобувати інформацію самостійним пошуком, аналізувати з різних точок зору та різні точки зору на цю проблему, систематизувати, робити висновки. Якщо проект колективний, студенти набувають ще і певних комунікативних навичок, вчать працювати в команді.

Обов'язкові вимоги до такої форми роботи: проект розробляється з ініціативи студентів, які працюють над однією темою, а реалізують по-різному (чи за різними напрямками); необхідна чітко продумана структура, мета (початкова, проміжна, кінцева).

Роль викладача є особливою, оскільки він виступає координатором, тому повинен розробити послідовну концепцію, добре орієнтуватись в інформаційному матеріалі, мати високий професійний рівень.

Проектна робота тісно пов'язана з аудиторними заняттями, на яких студенти вивчають граматичний матеріал, засвоюють медичну термінологію, передбачену навчальною програмою, навчаються працювати з оригінальними англомовними медичними джерелами, формують навички мовлення, навчаються брати участь у бесіді. Тільки після такої підготовки студент може розпочати працювати над проектом.

При застосуванні методу проектів, особливо у студентів старших курсів медичного навчального закладу, існує також необхідність в інтеграції різних предметів. Міждисциплінарні зв'язки вирішують наявне протиріччя між розрізним засвоєнням знань і необ-

хідністю їх синтезу, комплексного запровадження у практиці, професійній діяльності лікаря. З позицій сучасних вимог до змісту освіти, спеціаліст повинен володіти вміннями і професійною мобільністю, оперативно реагувати на постійні зміни у практичній діяльності.

Серед численних форм проблемного навчання можна запропонувати студентам форму міждисциплінарного семінару. Семінари належать до активних форм навчання, сприяють формуванню вміння самостійно засвоювати знання, аналізувати, синтезувати, абстрагувати, конкретизувати, узагальнювати; розвивають увагу, мислення, інтерес до навчального предмета. Семінари складаються з двох взаємопов'язаних ланок – самостійного вивчення студентами матеріалу та обговорення результатів їх самостійної пізнавальної діяльності [18]. Міждисциплінарний семінар є найскладнішим типом семінару, головне завдання якого – забезпечити усвідомлення студентами міжпредметних зв'язків, систематизувати знання, навички та вміння, підбити підсумки роботи. Міжпредметні зв'язки, структурно-логічні схеми спеціальностей, тобто зв'язки з іншими науками, дають змогу краще пізнати факти, явища та процеси, значною мірою сприяють усвідомленню місця того чи іншого навчального курсу в системі наук, спектри його розвивального впливу на підготовку лікаря. При цьому ставляться освітні цілі:

– навчальні цілі: а) набути нових вмінь, використовуючи міжпредметну інтеграцію й отримані теоретичні знання на різних кафедрах у процесі самостійної підготовки інформаційно-пошукового проекту; б) шляхом вирішення теоретичних і практичних проблем вдосконалити навички студентів при роботі з хворими з урахуванням особливостей перебігу хвороби, наявної супутньої патології та можливих ускладнень; в) на основі усвідомлення значення міжпредметних зв'язків для ефективної та успішної роботи, особливо лікаря-початківця, поглибити вміння студентів надавати адекватну допомогу хворим на різних етапах лікувального процесу;

– розвивальні цілі: а) розвинути здатність студентів до логічного мислення у вирішенні проблемних завдань; б) сприяти формуванню у студентів вміння самостійно засвоювати знання, аналізувати, синтезувати, абстрагувати, конкретизувати, узагальнювати набуті знання; в) спонукати студентів до колективного творчого обговорення найбільш складних питань, активізувати їх до самостійного вивчення наукової та методичної літератури; г) сприяти формуванню у студентів комунікативних навичок;

– виховні цілі: а) розвинути у студентів професійну ініціативність, самостійність і відповідальність за

якість надання допомоги хворим залежно від умов та етапу лікування; б) підготувати студентів до самостійної роботи з хворими;

– діагностично-корекційна мета: виявити й подолати можливі недоліки у засвоєнні студентами отриманих раніше знань, навичок і вмінь.

Висновок щодо педагогічної ефективності даної інтерактивної технології навчання. Ми вважаємо, що міждисциплінарний проект, будучи інтерактивним методом навчання, має позитивні та негативні сторони.

Переваги методу проектів: 1. Студенти активно набувають нових вмінь, використовуючи міжпредметну інтеграцію та отримані теоретичні знання на різних кафедрах у процесі самостійної підготовки інформаційно-пошукового проекту. 2. Студенти повністю занурюються у процес навчання згідно з їхніми потребами, інтересами і можливостями та шляхом вирішення теоретичних і практичних проблем вдосконалюють навички роботи з хворими. 3. Студенти навчаються надавати адекватну допомогу хворим на різних етапах лікувального процесу як у стандартних випадках, так і в унікальних, нестандартних ситуаціях. 4. Студенти набувають здатності самостійно розв'язувати проблему, та незалежно приймати рішення. 5. Студенти мають змогу поділитися власним досвідом з іншими студентами. 6. Ще під час навчання студентів цей метод розвиває професійний досвід, який полягає у професійній ініціативності, самостійності й відповідальності за якість надання допомоги хворим залежно від умов та етапу лікування. 7. Метод розвиває соціальні якості студентів, виховує відповідальність.

Проте даний метод має низку обмежень у застосуванні: 1. Потребує багато часу. 2. Важко завершити проектну програму в обмежений проміжок часу. 3. Не всі теми предмета можливо вивчати, використовуючи дану технологію. 4. Потребує великої кількості різноманітних матеріалів для виконання.

Тому ми вважаємо, що даний метод більш доречний для використання у середовищі студентів-старшокурсників, субординаторів, лікарів-інтернів. Практично орієнтований випускний іспит повною мірою є відображенням методу проектів. Однією із мотиваційних складових могла б бути рекомендація проведення таких семінарів, як конкурсні для визначення претендентів у магістратуру чи резидентуру. Саме застосування методу проектів, який ґрунтується на міждисциплінарній інтеграції, сприяє засвоєнню одразу комплексу знань, які мають ступінчастий скріплений зв'язок, сприяє формуванню фахівця, здатного швидко реалізувати набуті знання на практиці.

Література

1. Демчук О. Метод проектів як особистісно-зорієнтована технологія розвитку життєвої компетентності / О. Демчук // Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації. – 2011. – № 2. – С. 287–290.
2. Ящук С. М. Розвиток творчого потенціалу учнів у процесі проектно-технологічної діяльності / С. М. Ящук // Рідна школа. – 2004. – № 4. – С. 9–11.
3. Башинська Т. Проектувальна діяльність – основа взаємодії вчителя та учнів / Т. Башинська // Дайджест педагогічних ідей та технологій. – 2003. – № 3. – С. 49–52.
4. Сасова И. Через проблему – к практическому результату / И. Сасова // Учитель. – 2001. – № 5. – С. 35–38.
5. Пилюгина С. Метод проектной деятельности в Интернете и его развивающие возможности / С. Пилюгина // Школьные технологии. – 2002. – № 2. – С. 196–199.
6. Васин Е. К. Подготовка учащихся к выполнению проекта / Е. К. Васин // Школа и производство. – 2003. – № 7. – С. 68–71.
7. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования / [Е. Полат, М. Бухаркина, М. Моисеева, А. Петров]; под ред. Е. Полат. – М. : Академия, 2000. – 271 с.
8. Леонтьева М. Р. Об использовании метода проектов в образовательной области “Технология” / М. Р. Леонтьева // Школа и производство. – 2000. – № 6. – С. 6–8.
9. Методика трудового навчання : проектно-технологічний підхід. Навчальний посібник / за заг. ред. О. М. Коберника, В. К. Сидоренко. – Умань : СПД Жовтий, 2008. – 216 с.
10. Галустов Р. А. Творческие проекты студентов ТЭФ / Р. А. Галустов, Н. И. Зубов ; под ред. Р. А. Галустова. – Брянск : Издательство БГПУ, НМЦ “Технология”, 1999. – 152 с.
11. Хуторской А. В. Современная дидактика : учебник для вузов / А. В. Хуторской. – СПб. : Питер, 2001. – 544 с.
12. Баханов К. О. Інноваційні системи, технології та моделі навчання історії в школі : монографія / К. О. Баханов. – Запоріжжя : Просвіта, 2004. – 328 с.
13. Мацкевич Т. А. Педагогические технологии в развитии детей / Т. А. Мацкевич, Л. Г. Лукоянова // Негосударственное образовательное учреждение школа “Творчество” : опыт становления и тенденции развития / сост. Т. А. Мацкевич, А. П. Шевченко. – Самара, 2001. – С. 61–69.
14. Robert T. Howell. The Importance of the Project Method in Technology Education / Robert T. Howell // Journal of Industrial Teacher Education. – 2003. – Vol. 40, № 3.
15. Чечель И. Д. Метод проектов : субъективная и объективная оценка результатов / И. Д. Чечель // Директор школы. – 1998. – № 4. – С. 3–10.
16. Рогачева Е. Ю. Педагогика Дж. Дьюи в контексте разных культур / Е. Ю. Рогачева // Педагогика. – 2003. – № 8.
17. Полат Е. С. Метод проектов : история и теория вопроса / Е. С. Полат // Школьные технологии. – 2006. – № 6. – С. 43–47.

УДК 378.147.88-057.87

ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ – НЕОБХІДНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО СПЕЦІАЛІСТА В ГАЛУЗІ ФАРМАЦІЇ

Д. Б. Коробко, О. Б. Поляк

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

INDUSTRIAL PRACTICE ON PHARMACEUTICAL CHEMISTRY – CONSTITUENT OF PREPARATION OF FUTURE SPECIALIST IN THE FIELD OF PHARMACY

D. B. Korobko, O. B. Poliak

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

Узагальнено досвід проведення виробничої практики з фармацевтичної хімії для студентів фармацевтичного факультету. Акцентовано увагу на важливості даної форми навчання у процесі підготовки спеціалістів в галузі фармації.

Experience of realization of industrial practice is generalized on Pharmaceutical Chemistry for the students of Pharmaceutical Faculty. Attention is focused on the importance of this form of studies in the process of preparation of specialists in the field of pharmacy.

Вступ. Наш час ставить перед вищою школою завдання підготовки спеціалістів нового типу – прогресивно думачих, соціально активних, спроможних до науково-практичної діяльності та сприйняття нової інформації, а також таких, що зможуть реалізувати свої надбання в усіх галузях фармації.

Виробнича практика – одна із форм навчання, невід’ємна складова процесу підготовки фахівців, основним завданням якої є якість практичної підготовки випускників за освітньо-кваліфікаційним рівнем “спеціаліст”. Вона проводиться на оснащених відповідним чином сучасних підприємствах, в організаціях різних галузей фармацевтичної промисловості. Від якості виконання завдань у період практики залежить професійне становлення майбутнього фахівця [1].

Основна частина. У відповідності з робочим навчальним планом фармацевтичного факультету Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського виробнича практика з фармацевтичної хімії проводиться для студентів V курсу стаціонарної форми навчання та VI курсу заочної форми навчання в 10-му та 11-му семестрах відповідно. Дана практика є завершальним етапом у формуванні професійних знань та практичних навичок майбутнього провізора-аналітика і проводиться на базі

аптечних установ, які мають право, згідно з відповідною ліцензією, займатися виготовленням екстемпоральних лікарських форм.

Метою виробничої практики є закріплення теоретичних знань, які були отримані в процесі навчання, формування професійного вміння приймати самостійні рішення в певних виробничих ситуаціях, оволодіння сучасними методами, формами організації, зняттями праці в галузі майбутньої спеціальності, виховання потреби систематично поновлювати свої знання та творчо їх застосовувати на практиці.

Під час виробничої практики з фармацевтичної хімії студенти детально знайомляться з екстемпоральним виробництвом лікарських форм, необхідними заходами щодо підвищення якості кінцевої продукції, виконують обов’язки провізора-аналітика на робочому місці при безпосередньому керівництві з боку висококваліфікованих фахівців баз практики.

Загальне керівництво виробничою практикою з фармацевтичної хімії здійснює кафедра фармацевтичної хімії спільно з відділом виробничої практики Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

Керівництво практикою на базах здійснюють:
– керівник від навчального закладу;

- загальний керівник від бази;
- безпосередній керівник від бази.

Керівниками виробничої практики від навчального закладу наказом ректора призначаються досвідчені доценти та асистенти кафедр, які безпосередньо брали участь у навчальному процесі з фармацевтичної хімії. Вони виконують такі функції:

- перед початком практики контролюють підготовленість баз практики та вважають за потребу до прибуття студентів-практикантів проведення відповідних заходів;
- забезпечують проведення всіх організаційних заходів перед від'їздом студентів на практику: інструктаж про порядок проходження практики та з техніки безпеки, надання студентам-практикантам необхідних документів (направлення, програма, тематичний план, методичні рекомендації тощо), перелік яких встановлює навчальний заклад;
- повідомляють студентів про систему звітності з практики, прийняту на кафедрі;
- у тісному контакті з керівником практики від бази практики забезпечують високу якість її проходження згідно з програмою;
- контролюють забезпечення нормальних умов праці й побуту студентів та проведення з ними обов'язкових інструктажів з охорони праці і техніки безпеки;
- контролюють виконання студентами-практикантами правил внутрішнього трудового розпорядку;
- у складі комісії приймають заліки з практики;
- подають завідувачу кафедрою письмовий звіт про проведення практики із зауваженнями і пропозиціями щодо поліпшення практики студентів.

Загальний керівник від бази призначається наказом керівника аптечної установи, яка є базою практики, він:

- добирає досвідчених фахівців, які безпосередньо керуватимуть практикою студентів;
- разом з керівником від навчального закладу доводить до відома студентів програму практики, організовує і контролює її відповідність програмі і затвердженим графікам проведення практики;
- проводить інструктаж студентів з охорони праці і техніки безпеки, контролює їх дотримання;
- спільно з керівниками практики від вищого навчального закладу відповідно до програми практики організовує читання провідними спеціалістами аптечної установи лекцій і доповідей студентам, проведення консультацій з найновіших напрямів науки і техніки, при потребі організовує екскурсії в межах відповідної аптечної установи;

– спільно з керівником практики від навчального закладу організовує переміщення студентів на робочих місцях;

– звітує перед керівником організації, підприємства, закладу про хід і підсумки проходження практики студентами.

Безпосередні керівники практики студентів призначаються наказом керівника аптечної установи, яка є базою практики, і вони:

- забезпечують безпосереднє керівництво практикою студентів на робочих місцях;
- забезпечують необхідні умови на кожному робочому місці для оволодіння студентами навичками, уміннями, знаннями відповідно до програми практики;
- організовують роботу студентів на робочих місцях;
- контролюють дотримання студентами правил внутрішнього трудового розпорядку, техніки безпеки, виконання програми практики;
- негайно доповідають загальному керівнику практики від бази і керівнику від навчального закладу про всі порушення студентами правил внутрішнього трудового розпорядку, техніки безпеки, невиконання програми;
- ведуть облік присутності студентів на робочих місцях під час практики;
- дають письмові об'єктивні характеристики виробничої діяльності кожного студента під час практики [2].

За період проходження практики студент повинен:

- повністю виконати завдання, передбачені програмою з практики;

- виконувати діючі в організації, підприємстві, закладі правила внутрішнього трудового розпорядку;
- вивчити і суворо дотримуватись правил охорони праці, техніки безпеки і виробничої санітарії;
- нести відповідальність за доручену роботу, її результати нарівні зі штатними працівниками;
- вести щоденник практики, іншу звітну документацію, передбачену програмою з практики;
- подати керівнику практики письмовий звіт про виконання всіх завдань, передбачених програмою;
- своєчасно скласти залік з практики.

Підведення підсумків практики здійснюється при наявності всіх звітних документів, передбачених програмою з практики, і характеристики виробничої діяльності студента під час практики, підписаної безпосереднім і загальним керівниками від бази практики.

Диференційований залік з виробничої практики з фармацевтичної хімії складається студентами в останній день практики комісії, до складу якої входять керівник практики від навчального закладу і керівни-

ки (загальний і безпосередній) від бази практики. Приймання заліку може здійснюватись як на робочих місцях в базових аптечних установах, так і на базі кафедри фармацевтичної хімії.

Критерієм якості проходження практики є засвоєння практичних навичок, вмінь, знань, передбачених програмою з виробничої практики.

Оцінка результатів проходження практики заноситься до залікової книжки студента і заліково-екзаменаційної відомості її керівником від навчального закладу. Протягом трьох днів після закінчення практики керівник від навчального закладу подає відомість до деканату фармацевтичного факультету, а звіт про проведення практики – відповідальному за організацію та проведення практик на фармацевтичному факультеті.

Оцінка за виробничу практику враховується при розгляді питань про призначення стипендії нарівні з оцінками за іспити та інші диференційовані заліки.

Література

1. <http://www.pharmacycyclopedia.com.ua/article/1721/virobnicha-praktika>.
2. Наказ МОН України від 08.04.1993 № 93 “Про затвердження Положення про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України”. – К., 1993. – 11 с.
3. Наказ МОЗ України від 03.10.1995 № 179 “Про затверд-

ження Інструкції про виробничу практику студентів медичного, лікувального, педіатричного, медико-профілактичного, стоматологічного і фармацевтичного факультетів медичних і фармацевтичного вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації”. – К., 1995. – 5 с.

Студенти, які не виконали програму практики без поважних причин, отримали незадовільну оцінку на заліку і не ліквідували академічну заборгованість до початку наступного семестру, з навчального закладу відраховуються.

Підсумки виробничої практики щорічно заслуховуються і обговорюються цикловою методичною комісією й вченою радою фармацевтичного факультету [3].

Висновок. Виробнича практика з фармацевтичної хімії є однією з провідних ланок у підготовці провізорів-аналітиків, спеціалістів контрольно-аналітичної фармації, складає безперервну і дуже важливу частину навчального процесу, застосовується для розширення та закріплення теоретичних знань і необхідна для оволодіння студентами професійною майстерністю, організаторською та виховною роботою в колективах аптечних установ.

УДК 378:371.333

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ – НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

Т. М. Косовська

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

DISTANCE EDUCATION – NEW OPPORTUNITIES FOR PROFESSIONAL DEVELOPMENT

T. M. Kosovska

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

У статті представлено основні технології, характерні особливості дистанційної освіти та розвиток дистанційного навчання в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського.

The paper presents the basic technologies, characteristics of distance education, development of distance education in Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky.

Вступ. Основою професійної діяльності лікаря будь-якої спеціальності є безперервний, самовідданий процес постійного розвитку та вдосконалення відповідно до потреб сучасного суспільства, а також підвищення рівня знань і відточення практичних навичок. Сьогодні, у ХХІ ст., завдяки впровадженню та стрімкому розвитку сучасних глобальних інноваційних та інформаційних Інтернет-технологій лікар має можливість підвищувати професійну кваліфікацію в зручний для нього час, без припинення робочого процесу, дистанційно, в тому числі в режимі on-line, що значною мірою сприяє загальному прогресу суспільства. З кожним роком саме дистанційна форма навчання надає численні переваги, порівняно з іншими формами, є максимально доступною для кожного спеціаліста і набуває великої кількості прихильників з усіх країн – від мегаполісів до найвіддаленіших куточків. Безсумнівні переваги навчання на відстані підтвержені багаторічним успішним досвідом його застосування за кордоном [3].

На сьогодні дистанційно навчаються люди віком від 25 до 45 років. Оскільки їх перша освіта нерідко стала недоступною для успішної майбутньої кар'єри, тому це змушує їх навчатись на відстані для того, щоб отримати більш авторитетну і престижну посаду. Враховуючи те, що в сучасному суспільстві, при інтенсивному інформаційному рості, спеціалісту необхідно навчатись практично протягом всього життя, це дає можливість навчатись дистанційно. Раніше можна було дозволити собі навчатись один раз і

назавжди і цього запасу знань вистарчало на все життя.

Основна частина. Дистанційна форма навчання – це один із найбільш швидких, зручних, доступних та економічно вигідних способів отримання майже будь-якої інформації в усьому світі.

Дистанційне навчання (ДН) у сфері освіти – це особлива форма заочного навчання, при якому дисципліни вивчають за допомогою комп'ютерних і телекомунікаційних засобів, інформаційної мережі Internet та особистого складання в університеті заліків, іспитів і проходження інших форм підсумкового контролю, передбачених навчальним планом. Це процес створення і забезпечення доступу до навчання для студентів, які фізично не присутні в традиційному освітньому закладі, коли джерело інформації та студенти розділені в часі або відстані, або і в часі, і у відстані. Навчатись за цією формою можна знаходячись в будь-якій точці світу [4].

Історія розвитку дистанційного навчання. На сьогодні практично неможливо відповісти точно на запитання “Коли вперше виникло дистанційне навчання?” Ймовірно, як тільки у людини виникла необхідність в отриманні знань, а головне, виникла можливість їх передачі в тому чи іншому вигляді, тим чи іншим способом, тоді і виникла потреба в передачі інформації незалежно від місця і часу її виникнення, тобто виникла потреба в дистанційному навчанні. Навіть малюнки на скелях, які залишили первісні люди, можна вважати першими елементами дистанційного навчання.

© Т. М. Косовська

Вважається, що перша спроба створення дистанційної форми навчання була прийнята Яном Коменським 350 років тому, коли він ввів у широку навчальну практику ілюстровані підручники. Він також створив базу для використання системного підходу в навчанні, написавши свою “Велику дидактику”, яка вважається родоначальником дистанційного навчання.

Поява перших даних про дистанційну освіту датується початком 1728 року, коли з’явилась реклама учителя Калеба Філіпса в “Boston Gazette”, який шукав студентів для проведення навчання на відстані. У той час цей новий метод отримав назву “коротких рук” [3].

У XIX столітті дистанційне навчання спиралося на послуги поштового зв’язку. У Великобританії Ісааком Пітманом з 1840 року практикувалося навчання за листуванням. В 1858 році Лондонський університет вперше створив і запропонував зовнішні програми для дистанційного навчання. Ця програма діє і в даний час в Лондонському університеті як програма з міжнародних зв’язків, включає в себе програми для післядипломної освіти, використовується в коледжах, таких, як Лондонська школа економіки, Royal Holloway та інших [3]. У США перший президент Чиказького університету Вільям Рейні Харпер розробив концепцію додаткової освіти, в результаті чого дослідницький університет став супутником коледжу. В 1892 році він також заклав концепції курсу заочної школи для подальшого розвитку освіти, які були введені в практику Колумбійським університетом. У 1911 році в Австралії в Університеті Квінсленда створений відділ заочного навчання [3].

Зовсім недавно Чарльз Відемеср з Університету Вісконсін-Медісон в Америці започаткував методи, відмінні від поштових послуг для проведення дистанційної освіти. З 1964 по 1968 рік Фонд Карнегі почав фінансувати навчальні комунікаційні технології Відемесра, спрямовані на забезпечення навчання поза університетськими корпусами. В 1969 році Великобританія імпортувала ці ідеї при створенні Відкритого університету, який спочатку в своїй роботі спирався на радіо і телебачення в доставці навчальної інформації до студентів дистанційної освіти. 25 червня 1970 року в Канаді в місті Атабаска провінції Альберта був створений традиційний університет з кампусом, який у 1972 році запустив пілотний проект відкритого університету з дистанційним навчанням. У даний час – це величезний університет дистанційної освіти, в якому займаються більше ніж 37 тисяч студентів. Наслідуючи напрацьовані здобутки і методику проведення навчання на відстані,

в 1974 році Німеччина створила Відкритий університет в місті Хаген, де проводилося навчання англійською і місцевою мовами. На даний час всі університети активно використовують технології дистанційного навчання і деякі університети стали “мега-університетами”, в яких навчається більш ніж 100 тисяч студентів [3].

З 1996 року в США почав роботу перший повністю он-лайн університет, акредитований по регіональній асоціації акредитації. В 2005 році близько 3,2 млн студентів використовували, принаймні, один курс дисципліни в режимі он-лайн. У дослідженні, опублікованому в 2011 році Департаментом освіти США, показано, “...що з 2000 по 2008 рік частка студентів, що навчалися хоч би в одному класі дистанційного навчання, розширена з 8 до 20 %, а частка тих, хто навчається в ступені дистанційної освітньої програми, збільшилася з 2 до 4 %” [3].

Для прикладу наведемо цікаві цифри: бюджет Відкритого університету Великобританії – 400 млн фунтів, в Турецькому дистанційному університеті навчається близько половини зареєстрованих студентів країни, Національний відкритий університет Індіри Ганді нараховує більше 1 млн студентів. 81 % всіх вищих навчальних закладів США пропонують як мінімум один курс дистанційної освіти. 67 % навчальних закладів США вважають дистанційне навчання стратегічно важливим напрямком свого розвитку, де навчається більше 100 млн слухачів [3].

Порівняння ефективності дистанційного і аудиторного навчання на основі опитування викладачів США показало, що, на думку 57 % викладачів, результати дистанційного навчання не поступаються чи навіть перевищують результати традиційних занять. 33,3 % опитаних викладачів вважають, що в найближчі роки результати дистанційного навчання перевищать результати аудиторного [3].

У Росії датою офіційного розвитку дистанційного навчання можна вважати 30 травня 1997 року, коли вийшов наказ № 1050 Міносвіти Росії, що дозволив проводити експеримент у галузі дистанційного навчання [7].

В Україні розроблене Положення про дистанційне навчання, яке затверджене наказом Міністерства освіти і науки України № 40 від 21.01.2004 р. [2].

Основні технології дистанційного навчання. На сьогодні в ДН використовують такі технології [5, 6]:

– синхронні, педагогічні – це технології безпосереднього активного спілкування зі студентами за допомогою використання телекомунікаційного зв’язку і методології індивідуальної роботи студентів з

структурованим навчальним матеріалом, який представлений в електронному вигляді; нагадує традиційні методи навчання в класі, де були б присутні всі студенти, вимагає застосування відповідного графіка (веб-конференція, відеоконференція, навчальне телебачення, інтернет-радіо);

– асинхронні, інформаційні – це технології створення, передачі і збереження навчальних матеріалів, орга-

нізації і супроводження навчального процесу дистанційного навчання за допомогою телекомунікаційного зв'язку (електронна пошта, аудіо- та відеозаписи, голосова пошта, факс, форуми та інші). Найсучаснішими технологіями є: інтерактивне навчання, радіо, інтерактивні аудіоінструкції, он-лайн тривимірний віртуальний світ, цифрові ігри тощо), студенти мають власний графік. Це є більш гнучка система навчання (фото 1).



Фото 1. Дистанційна освіта – найзручніша форма навчання.

Характерні особливості дистанційної освіти [6, 7]:

– гнучкість: студенти, які отримують дистанційну освіту, не відвідують регулярних занять, а вчаться у зручний для себе час і в зручному місці;

– модульність: в основу програми дистанційного навчання закладений модульний принцип, кожний окреми курс має набір незалежних модулів, які входять у відповідну навчальну програму, яка відповідає індивідуальним чи груповим потребам;

– паралельність: навчання здійснюється одночасно з професійною діяльністю, без відриву від основного місця роботи, не покидаючи свій дім, без спеціальних відряджень, відпусток. При цьому перевага надається навчанню у зручний для студента час: ввечері, а також у вихідні дні та навіть виробити для себе індивідуальний графік навчання. Можна навчатись у декількох місцях одночасно, порівнюючи їх по кваліфікації викладачів;

– велика аудиторія: одночасне звернення до багатьох джерел навчальної інформації великої кількості студентів, слухачів, спілкування за допомогою телекомунікаційного зв'язку студентів між собою і з викладачами;

– економічність: ефективне використання навчальних приміщень і технічних засобів, концентроване і уніфіковане представлення інформації, використання і розвиток комп'ютерного моделювання повинні привести до зниження витрат на підготовку спеціалістів. При цьому відсутні формальні обмеження для початку навчання: необхідно лише зареєструватись на сайті, заплатити через банк вартість навчання, що є значно дешевшим. ДН дає можливість значно збільшити кількість студентів у вузі саме за рахунок іноземних студентів;

– технологічність: використання в навчальному процесі сучасних програмних досягнень інформацій-

них технологій, які надають можливість людині увійти в світовий інформаційний простір. Нові технології дають можливість зробити візуальну інформацію яскравою та динамічною, при цьому студент активно взаємодіє з навчальною системою. Розвиток мережі Інтернет, використання мультимедіа технологій, звуку, відео роблять курси дистанційного навчання повноцінними та цікавими;

– соціальна рівність: однакові можливості отримання освіти незалежно від місця проживання, стану здоров'я, соціального статусу;

– інтернаціональність: можливість отримати освіту в закладах іноземних держав, не виїжджаючи з країни;

– нова роль викладача: дистанційна освіта розширює і оновлює роль викладача, робить його наставником-консультантом, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно удосконалювати ту дисципліну, яку він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій;

– позитивний вплив на студента: підвищення творчого та інтелектуального потенціалу людини, яка отримує дистанційну освіту, за рахунок самоорганізації, прагнення до знань, студент стає більш самостійним, мобільним, вчиться самостійно приймати рішення, що робить студента більш відповідальним і є необхідним для опанування майбутньої професії;

– якість: не поступається якістю очної форми навчання, оскільки у підготовці дидактичних засобів задіяний найкращий професорсько-викладацький склад та використовуються найбільш сучасні навчально-методичні матеріали, проводиться спеціалізований контроль якості ДО щодо відповідності навчальним стандартам.

Недоліки дистанційного навчання. Недостатній досвід і комп'ютерна грамотність студентів у застосуванні технологій навчання, висока вартість створення системи ДН і придбання відповідного технічного оснащення, недостатня кількість практичних занять, де проходить безпосереднє пряме спілкування між викладачем і студентом, відсутній постійний контроль знань та навиків студентів, що є відповідним стимулом у навчанні, необхідність дотримання суворої дисципліни студентами, які навчаються [1, 2].

Створення ДН в Тернопільському державному медичному університеті ім. І. Я. Горбачевського. Головною складовою ступеневої освіти в медицині є

забезпечення безперервності підготовки фахівців, а це, в свою чергу, передбачає запровадження суттєвих методологічних змін у навчанні. В сучасних умовах при різкому зростанні обсягу інформації та утрудненості перебування осіб на очному циклі одним з можливих виходів у забезпеченні професійної підготовки спеціалістів є запровадження дистанційної форми навчання. Така форма дозволить розкрити пріоритети медсестринства в реформуванні галузі охорони здоров'я України.

Вивчивши світовий досвід роботи дистанційної форми навчання на детальному прикладі медсестринської школи Мері Блек (Південна Кароліна, США) та заручившись підтримкою Міністерства охорони здоров'я України, Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського вперше в державі з 2008–2009 н. р. запровадив дану форму навчання щодо підготовки медсестер-бакалаврів. У 2011–2012 н. р. контингент іноземних студентів становить 288 осіб, які навчаються за денною та дистанційною формами навчання. Студенти мають можливість отримати всі необхідні навчальні матеріали через сформовану університетську комп'ютерну мережу і впровадження сучасних інформаційних технологій, що відповідають світовим стандартам.

Висновки. Дистанційне навчання виникло як наслідок процесу інформатизації суспільства та освіти, як найбільш перспективна, гуманістична, інтегральна форма освіти, орієнтована на індивідуалізацію навчання. Це нова організація освітнього процесу, що ґрунтується на використанні як кращих традиційних методів навчання, так і нових інформаційних та телекомунікаційних технологій, а також на принципах самостійного навчання, призначена для широких верств населення незалежно від місця проживання. Передумовами розвитку дистанційного навчання є: бурхливий розвиток інформаційних технологій, використання глобальної мережі Інтернет, її ресурсів, суттєве поглиблення процесів впровадження інформаційних технологій в освітню практику.

Сьогодні ідея “освіти через все життя” веде до необхідності пошуку нових методів передачі знань і технологій навчання. Отримання ступеня бакалавра та магістра медсестринства забезпечить успішну медсестринську кар'єру в сучасному світі, допоможе поліпшити практичні навички, забезпечить професійну вдосконалість, дохід і кар'єрський злет.

Література

1. Достоинства и недостатки дистанционного обучения // Образование : путь к успеху. – Уфа, 2010.
2. Мазур М. П. Розвиток дистанційного навчання в Україні як складової інформатизації сучасного суспільства / М. П. Мазур // Інформатика та інформаційні технології в навчальних закладах. – 2007. – № 1. – С. 71–75.
3. Greg Kearsley. Дистанційна освіта : системи View / Greg Kearsley. – [2-е изд.]. – Belmont, CA : Wadsworth, 2005. – С. 33–36.
4. Полат Е. С. Педагогические технологии дистанционного обучения / Е. С. Полат, М. В. Моисеева, А. Е. Петров ; под ред. Е. С. Полат. – М. : Академия, 2006.
5. Теория и практика дистанционного обучения / под ред. Е. С. Полат. – М. : Академия, 2004.
6. Хуторской А. В. Дистанционное обучение и его технологии / А. В. Хуторской // Компьютер. – 2002. – № 36. – С. 26–30.
7. Хуторской А. В. Научно-практические предпосылки дистанционной педагогики / А. В. Хуторской // Открытое образование. – 2001. – № 2. – С. 30–35.

УДК 378.1:811

ОБГРУНТУВАННЯ ЗНАЧЕННЯ МЕТОДИКИ “ЄДИНОГО ДНЯ” ДЛЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У ВИВЧЕННІ ІНОЗЕМНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ЛЕКСИКИ

Р. Б. Коцюба

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

THE SIGNIFICANCE SUBSTANTIATION OF THE “ONE DAY” EDUCATIONAL METHODS FOR THE THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING OF STUDENTS IN LEARNING THE FOREIGN PROFESSIONAL MEDICAL TERMINOLOGY

R. B. Kotsyuba

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

У статті обґрунтовується ефективність використання методики “Єдиного дня” для теоретичної та практичної підготовки студентів у вивченні іноземної професійної медичної лексики.

The article adduces the significance of the “One Day” educational methods for the theoretical and practical training of foreign students in learning the foreign professional medical terminology.

Вступ. Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується виведенням освіти в Україні на рівень розвинутих країн світу. А це передбачає впровадження у навчальний процес сучасних педагогічних та наукових інновацій відповідно до світових стандартів.

Навчання іноземної мови було й залишається невід’ємною складовою процесу формування сучасного фахівця. Щодо значимості виконання соціального замовлення свідчить той факт, що показник рівня володіння іноземною мовою включений у кваліфікаційну характеристику випускника вузу.

Більш того, новітня європейська мовна політика орієнтує громадян Європи на багатомовність. Без цього успішна інтеграція в сучасному світі просто неможлива. Вивчення в навчальних закладах більш ніж однієї іноземної мови, безумовно, знаходиться в інтересах загальної національної політики України.

Формування сучасної моделі підготовки спеціалістів вимагає нового підходу до організації навчального процесу.

Починаючи з 2006 року, у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського була запроваджена методика “Єдиного дня”. Оскільки дана методика як експериментальна застосовується на території України тільки у ТДМУ, і є

запозиченою на основі вивчення досвіду європейської та американської медичної освіти у чотирьох вищих навчальних закладах Європи: Віденському, Братиславському, Празькому університетах, у Шльонській медичній академії та двох університетах США у штатах Південна Кароліна та Каліфорнія [5], то можна зробити висновок, що проблема організації навчального процесу в аспекті його часо-просторового виміру недостатньо вивчена, і не тільки в медичній освіті.

Мета даної роботи – обґрунтувати ефективність використання методики “Єдиного дня” для теоретичної та практичної підготовки студентів-іноземців у вивченні іноземної професійної термінології.

Основна частина. При обґрунтуванні ефективності методик, які стосуються часо-просторової організації занять, ми виділяємо ряд таких факторів, як: психологічний, лінгвістично-педагогічний, методико-педагогічний та економічний.

Психологічний фактор. При дослідженні помічено, що ефективність проведення занять та опанування студентами мовних дисциплін на заняттях, які йдуть безпосередньо після клінічних дисциплін, суттєво втрачається. Оскільки студентам дуже важко перелаштуватися з медичної дисципліни на мовну, втрачається ефективність запам’ятовування та

відтворення пройденого матеріалу, дуже важко відбувається переключення уваги з одного матеріалу на інший, адже медичні дисципліни кардинально відрізняються від мовних. При швидкій зміні предметів з різних галузей знань знижується рівень зосередження на зорових, слухових та інших видах подразників. Також знижується довільність і стійкість уваги, а, як наслідок, і пізнавальна активність студентів [3]. Методика “Єдиного дня” сприяє активній роботі студента на заняттях, підвищує увагу та покращує навчальну діяльність студента.

Дана методика за рахунок наявності більшої кількості часу підвищує довільність запам’ятовування, формує навички осмисленого запам’ятовування словесного матеріалу, розвиває вміння відтворювати вивчений матеріал, розвиває короткочасну оперативну пам’ять і формує у студентів моторно-слуховий тип запам’ятовування.

Внаслідок системно проведених занять і активної участі студентів можна досягнути максимального ефекту, тобто покращити рівень розвитку пам’яті, що сприятиме ефективності навчальної діяльності і успішному відтворенню вивченого матеріалу на іспитах.

Завдяки даній методиці відсутнє розсіювання уваги, студенти зосереджуються на одному виді діяльності, при якому знижується рівень зовнішніх подразників [4].

При проведенні як мовних, так і клінічних дисциплін з’являється можливість проведення тренінгових занять у колі, в комфортному для студентів середовищі, де долаються комунікативні бар’єри, розвивається перцепція, комунікабельність та інтеракція. Також відбувається розвиток мовної комунікабельності [3].

Лінгвістично-педагогічний фактор

У той же час проблеми, пов’язані з викладанням іноземної медичної мови для студентів у медичному вузі, вимагають новітнього оптимізаційного підходу до часово-просторової організації навчального процесу зі структурними змінами в робочій програмі, що передбачають інтегроване вивчення споріднених тем і розділів.

Долати вищенаведені проблеми допомагає методика “Єдиного дня”. Протягом одного навчального дня студенти мають можливість не просто ґрунтовно оволодіти матеріалом, що стосується окремої теми, а можуть опрацювати, вдосконалити знання з вивченого матеріалу в різних ігрових ситуаціях, що дає можливість сформувати у студентів уміння та навички, які дадуть їм змогу взяти участь у професійному мовленнєвому спілкуванні: звернутись до молодшого медичного персоналу, медсестри, хворо-

го, уміти запитати про скарги, дати відповідні рекомендації [2].

Методико-педагогічний фактор

Дана методика передбачає повну злагодженість діяльності студента та форм роботи викладача, вони повинні мати чітку, логічну комплексну схему, доповнювати одна одну. З’являється можливість впровадження різних педагогічних методик і підходів: використання ділових, імітаційних ігор, ситуаційних задач, проблемних ситуацій, тренінгів, комп’ютерних навчально-контролюючих тестових завдань, що є необхідно під час практичної підготовки майбутніх фахівців, і що не вдається реалізувати протягом короткочасних занять (2 академічні години).

Протягом єдиного навчального дня викладач має можливість постійно відслідковувати та контролювати засвоєння матеріалу студентами. Завдяки цьому покращується можливість безпосереднього контакту “викладач-студент”, з’являється можливість постійного безпосереднього консультування, також викладач може здійснювати регулярний контроль за виконанням поставлених завдань, тобто з’являється можливість стійкішого зворотного зв’язку. Як наслідок, вирішується проблема втрати часу на контроль знань – у відсотковому вираженні час скорочується приблизно втричі [6, 7].

В університеті запроваджено щоденний електронний контроль знань студентів в системі “Moodle”, який проводиться напередодні практичного заняття з виставленням відповідної оцінки. Результати оцінювання студент може побачити відразу ж після закінчення тестового контролю [5].

При використанні методики “Єдиного дня” спрощується та оптимізується підготовка студентів до заняття, оскільки студентам потрібно підготувати одну навчальну дисципліну, замість двох-трьох, а це також підвищує рівень запам’ятовування і відтворення пройденого матеріалу як на практичних заняттях, так і на іспитах.

Не можна залишити поза увагою і *економічний фактор*, адже заняття у кожній групі студентів протягом всього робочого дня проводяться на одній кафедрі, що не вимагає переїздив між корпусами, а це зменшує транспортні витрати та економить час.

До впровадження методики “Єдиного дня” у 2006 році заняття проводились традиційно (2 академічні години) і завершувались о 17 годині, тривалість перерви між заняттями була 40 хвилин, оскільки студентам потрібно було переїжджати з кафедри на кафедру, які розташовані в різних частинах міста, що часто було причиною запізнення студентів на занят-

тя, а завдяки методиці “Єдиного дня” навчальний день у студентів розпочинається о 9 годині і закінчується о 15.00, отже економиться 2 години, які можна використати на самопідготовку або відпочинок.

З метою обґрунтування даної методики було проведено статистичні дослідження. Для оцінки ефективності використання методики “Єдиного дня” для теоретичної та практичної підготовки студентів у вивченні іноземної мови ми провели анкетування серед студентів 2 курсу Тернопільського державного медичного університету. В анкетуванні брали участь 204 студенти, найстаршому з яких 26 років, наймолодшому – 17, переважній кількості студентів 20–22 роки. Кількість осіб жіночої статі складала 44 %.

Психологічний фактор

Питання анкети	так	ні	на 50 %
Чи легко Вам сприймати та відтворювати протягом 6–7-годинного заняття матеріал, що стосується одного предмета?	47,2 %	6,7 %	46,1 %
Чи легко Вам запам’ятовувати та відтворювати отри-маний протягом одного навчального дня матеріал?	58,3 %	4,2 %	37,5 %
Як Ви вважаєте, чи підвищується ефективність запам’ятовування та відтворення матеріалу, поданого протягом 6–7-годинного заняття?	53,4 %	7,4 %	39,2 %
Чи комфортно Ви себе відчуваєте протягом 6–7-годинного заняття?	43,3 %	23,6 %	33,2 %

Лінгвістично-педагогічний фактор

Питання анкети	так	ні	на 50 %
Чи допомагає Вам методика “Єдиного дня” ефективно отримувати мовні навички у професійному спілкуванні?	72 %	–	28 %
Чи допомагає Вам методика “Єдиного дня” ефективно готуватися до усного спілкування з хворим?	69 %	2,8 %	28,2 %
Чи вдається Вам ґрунтовно оволодіти матеріалом, отриманим за допомогою методики “Єдиного дня”?	41,6 %	14,2 %	44,2 %
Чи цікаво Вам вивчати один предмет протягом 6-7 годин?	46,7 %	12,1 %	41,2 %

Питання самопідготовки

Питання анкети	так	ні	на 50 %
Чи допомагає Вам методика “Єдиного дня” ефективно готуватися до занять?	82 %	–	18 %
Чи допомагають Вам у підготовці до занять матеріали, викладені на веб-порталі університету?	64,1%	33 %	2,9 %
Чи складною для Вас була інформація, викладена у навчально-методичних матеріалах?	9,2 %	55,8 %	35 %
Чи вважаєте Ви ефективним контроль знань за системою “Moodle”?	68 %	17,2 %	14,8 %

Методико-педагогічний фактор

При використанні методики “Єдиного дня” важливими є доступність і якість навчальної інформації. Для того щоб вдосконалити викладання, в університеті впроваджено електронне навчання. Щоб допомогти студентам у підготовці до занять з іноземної або латинської мови, на веб-порталі університету подано велику кількість допоміжних матеріалів. Серед них: “Календарно-тематичний план проведення практичних занять”, “Матеріали для підготовки до практичних занять”, “Методичні рекомендації для студентів”, аудіо- та відеоматеріали. Завдяки такому доробку студент завчасно ознайомлений з темою наступного заняття та має достатньо матеріалу для самостійної підготовки, що допоможе йому простіше і глибше засвоїти матеріал, який буде подаватися викладачем на занятті.

Під час проведення практичних занять використовується мультимедійне забезпечення. Це дає змогу викладачеві повноцінно проілюструвати навчальний матеріал.

Методика “Єдиного дня” передбачає 6-7-годинні заняття, що включають практичну роботу, семінарське обговорення вивченого матеріалу (на клінічних кафедрах, а оскільки іноземна мова є новою для будь-кого і опанувати її самостійно дуже важко, то це вимагає постійної практичної роботи і присутності викладача для допомоги студентам в опануванні мовних навичок) та тестовий контроль знань. Контроль може проводитися в трьох формах: оцінювання усної, письмової відповідей та практичної роботи. Напередодні практичного заняття студент має можливість пройти тестування в системі “Moodle”, база якої включає по 150 (на спеціалізованих клінічних кафедрах – 250) завдань до кожного заняття, з них 60 %

тестів, 24 % ситуаційних задач, 16 % запитань до малюнків [2].

Студенти починають заняття з виконання практичної роботи.

1. Організаційна частина заняття – до 5 хв.
2. Інструктаж студентів і розподіл груп для практичної роботи – до 10 хв.
3. Практична робота студентів – 120 хв.
4. Перерва – 30 хв.
5. Семінарське обговорення – 90 хв.
6. Перерва – 15 хв.
7. Письмовий контроль знань – 30 хв.
8. Підведення підсумків заняття з оцінкою діяльності кожного студента – 15 хв [9,10].

Якщо студент не пройшов тестовий контроль напередодні заняття, то він проходить його у письмовій формі після семінару. Завдання включає 24 тести, з них 5 ситуаційних задач та 5 питань до рисунків. Для тестового контролю знань розроблені критерії оцінки відповідей за 12-бальною шкалою, що дозволяє об'єктивно оцінювати результати [7, 8].

Питання анкети	так	ні	на 50 %
Чи вважаєте Ви ефективним постійний контроль викладача для опанування іноземної мови професійного спрямування?	73,7 %	2,3 %	24 %
Чи отримуєте Ви під час заняття належну допомогу викладача, яка б сприяла опануванню практичними мовними навичками?	69,1 %	16,1 %	14,8 %

Література

1. Бігуняк Т. В. Використання інформаційних технологій у викладанні медичної біології / Т. В. Бігуняк, Л. Т. Котляренко. – http://www.confcontact.com/20110225/pe4_bigunyak.php
2. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / за ред. Л. Я. Ковальчука. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 290 с.
3. Зимова І. А. Педагогічна психологія : підручник / І. А. Зимова. – М. : Логос, 2004. – 384 с.
4. Інтерактивні технології навчання / [авт.-упор. І. І. Дівакова]. – Тернопіль : Мандрівець, 2009. – С. 23 – 27.
5. Ковальчук Л. Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16–20.
6. Марценюк В. П. Впровадження в навчальний процес комп'ютерних технологій / В. П. Марценюк // Впровадження засад Болонської системи освіти : український і зарубіжний

Питання анкети	так	ні	на 50 %
Чи отримуєте Ви належну допомогу викладача в процесі виконання практичної письмової роботи?	73 %	12,8 %	85,8 %
Чи допомагає Вам постійне керівництво викладача у засвоєнні та застосуванні професійної лексики?	63,6 %	8,4 %	28 %

Висновки. Досвід впровадження методики “Єдиного дня” показує його певні переваги. За час перебування на одній кафедрі протягом 6-7-ми годин студенти мають можливість виконати великий об'єм практичної роботи, виконати більш складні завдання, ґрунтовніше опанувати практичні мовні навички, більше часу приділити самостійній роботі та закріпленню навчального матеріалу.

При використанні методики “Єдиного дня” та дотриманні в процесі навчання певних умов, а саме: забезпечення позитивної та комфортної атмосфери в колективі для досягнення спільних цілей, усвідомлення учасниками важливості та цінності колективно зроблених умовиводів, можливості вільно висловити свою думку та вислухати свого товариша, сприйманні викладача як радника або старшого товариша, відбувається формування та становлення студента як особистості.

Покращуються можливості безпосереднього контакту викладач-студент, краще консультування, стійкіший зворотний зв'язок.

Під час економічної кризи суттєвою перевагою для студентів є зменшення транспортних витрат та економія часу.

досвід : матер. Всеукр. навч.-наук. конф., 14–15 травня 2007р., м. Тернопіль. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2007. – С. 35–37.

7. Марценюк В. П. Концептуальні підходи к структурі інформаційної системи перевірки знань в медичному освітанстві / В. П. Марценюк // Кибернетика и вычислительная техника. – 2009. – Вып. 156. – С. 18–27.

8. Мастеров Ю. І. Інтерактивні технології та їх впровадження в практичне навчання студентів медичного коледжу / Ю. І. Мастеров, В. О. Марциненко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. X, № 3 (37). – С. 30–33.

9. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2006. – 86 с.

10. Попадинець Г. О. Впровадження інноваційних технологій навчання в процес викладання гуманітарних дисциплін / Г. О. Попадинець // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 47–51.

УДК 614.88–083.98:614.23

КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТА “МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ” У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

I. В. Кочін¹, О. М. Акулова¹, П. І. Сидоренко²

¹Державний заклад “Запорізька медична академія післядипломної освіти
МОЗ України”, ²Кіровоградський базовий медичний коледж імені Є. Й. Мухіна

KEY QUESTIONS OF THE TEACHING THE DISCIPLINE “DISASTER MEDICINE” IN THE SYSTEM OF POST-GRADUATE EDUCATION OF DOCTORS

I. V. Kochin¹, O. M. Akulova¹, P. I. Sydorenko²

¹State Institution “Zaporizhian Medical Academy of Post-Graduate Education
of MPH of Ukraine”, ²Kirovohrad Base Medical College by Ye. Y. Mukhin

Обґрунтовані пріоритетні цільові контингенти навчання, програма предмета “Медицина катастроф” у системі післядипломної підготовки лікарів у контексті реформування галузі охорони здоров’я України та потреб Державної служби медицини катастроф України.

There were analyzed the priority purpose-oriented area of training of the discipline «Disaster Medicine» in the post-graduate medical education in the context of health reform of Ukraine and the needs of the Government Disaster Medicine Service.

Вступ. Останні десятиліття характеризуються збільшенням в усьому світі, в тому числі й в Україні, кількості техногенних, природних та соціально-політичних надзвичайних ситуацій (НС). Складна обстановка, що виникає в районах НС, вимагає організації цілеспрямованих, грамотних і оперативних заходів щодо медико-санітарного обслуговування постраждалого населення. Ефективне рішення завдань, що виникають при ліквідації медико-санітарних наслідків НС, можливо тільки при стратегічному плануванні розвитку системи екстреної медичної допомоги (ЕМД), сучасному, відповідному вимогам суспільства, рівню її організації. Особливо гострим розв’язання цих проблем постає в умовах реорганізації і розвитку галузі охорони здоров’я України та формування кваліфікованого кадрового потенціалу, спроможного вирішувати поставлені завдання, що, у свою чергу, потребує реорганізації освітніх моделей та запровадження нових інформаційних технологій у підготовці та перепідготовці спеціалістів, а також реформування післядипломної медичної освіти.

Проблеми реформування післядипломної медичної освіти та шляхи їх вирішення законодавчо регла-

ментовані [6, 7, 8, 11], широко висвітлені у науково-методичній літературі [1, 4, 12], однак якісна підготовка медичних працівників Державної служби медицини катастроф (ДСМК) України, як провідних виконавців надання ЕМД постраждалим при НС, є однією з важливих складових у реформі та розбудові вітчизняної медицини, яка потребує якісно нових підходів до організації й здійснення освітнього процесу на кафедрах медицини катастроф (МК) вищих навчальних закладах (ВНЗ) післядипломної підготовки лікарів.

Основна частина. На основі системного підходу з використанням методів структурно-логічного аналізу, аналогії та порівнювання, інформаційно-аналітичного методу проаналізовано: законодавчі та нормативно-правові акти України у сфері освіти; законодавчу та нормативно-правову базу діяльності ДСМК як особливого виду державної аварійно-рятувальної служби України за період 2001–2012 рр.; багаторічний досвід професорсько-викладацького складу кафедри цивільного захисту та медицини катастроф (ЦЗ та МК) Державного закладу “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України” (ДЗ

© I. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко

“ЗМАПО МОЗ України”) з питань кадрового забезпечення та підготовки лікарів з організації надання ЕМД при НС.

Важливою умовою розвитку та вдосконалення галузі охорони здоров'я України є забезпечення його фахівцями, професійно спроможними до рішення нових завдань щодо охорони здоров'я громадян України як у повсякденній життєдіяльності, так і при НС. Стратегія готовності і своєчасного чіткого виконання екстрених медичних та медико-санітарних заходів при НС повинна забезпечуватися оптимальною організацією додипломної та післядипломної підготовки лікарів. Післядипломна підготовка лікарів з питань ЕМД та МК при НС здійснюється на кафедрах МК ВНЗ. Стратегічний напрям організаційно-кадрового розвитку державної системи надання ЕМД визначено законодавчо [5, 10]. Згідно з цими законодавчими актами суб'єктами навчання з предметної галузі “Медицина катастроф” є медичні працівники будь-якого фаху, які повинні організовувати та надавати постраждалому населенню ЕМД при НС. На нашу думку, основними контингентами навчання насамперед повинні бути лікарі служби швидкої медичної допомоги, як основного оперативного підрозділу ДСМК України, та лікарі первинної ланки медико-санітарної допомоги (лікарі сімейної практики). Оптимальним варіантом надання ЕМД у перші години виникнення НС слід вважати можливість залучення саме лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги, спроможних надавати ЕМД різним категоріям населення (діти, дорослі, особи похилого віку) із різноманітними ураженнями. Лікарі сімейної практики повинні бути пріоритетними цільовими контингентами навчання на кафедрах МК, виходячи також з потреб сучасного реформування галузі охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини та виконання державного замовлення із забезпеченням активної кадрової політики у цьому напрямку. Однак, враховуючи негативні тенденції до зростання всіх видів НС, тяжкі медико-санітарні їх наслідки, ми вважаємо, що для сучасного суспільства України є нагальною потребою запровадження окремої лікарської спеціальності “лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф”. Постановою КМ України “Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року” № 1290 від 05 листопада 2007 р., п. 9.2 [9] передбачалось запровадження цього нового фаху, але цього не сталося. Доповнення номенклатури лікарських спеціальностей новим фахом “лікар медицини невідкладних станів та медици-

ни катастроф” задовольнить потреби суспільства та ДСМК України у цих фахівцях та створить пріоритетні цільові контингенти навчання на кафедрах МК. Наявність специфічних контингентів навчання також змістовно визначить коло питань з предмета “Медицина катастроф”, тому що професійні обов'язки лікарів медицини невідкладних станів та медицини катастроф набагато ширші та специфічніші, ніж у лікарів екстреної і невідкладної медичної допомоги або лікарів сімейної практики, тому й викладання предмета “Медицина катастроф” на кафедрах МК не повинно дублювати викладання предмета “Екстрена і невідкладна медична допомога” на кафедрах медицини невідкладних станів ВНЗ. Вищеперелічені обставини визначають необхідність обов'язкового включення наступних питань до програми викладання предмета “Медицина катастроф”:

1. Правові та законодавчі основи роботи медичних формувань в осередках НС.
2. Законодавчі, організаційні, матеріально-технічні та поточні основи охорони праці медичних працівників ДСМК в осередках НС.
3. Планування фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення ЕМД у різні фази НС.
4. Організаційно-управлінська діяльність лікаря при НС. Ще М. І. Пирогов визначив та обгрунтував вирішальне значення організаційної діяльності лікарського складу: “Если врач не предложит себе главной целью, прежде всего, действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется, и ни голова его, ни руки не окажут помощи”.
5. Специфіка лікувально-евакуаційного забезпечення при сучасних видах НС, у тому числі терористичних актах, масових скупченнях людей, соціально-політичних акціях тощо.
6. Роль та місце служби крові, специфіка трансфузійних заходів при НС.
7. Сучасні дезінфекційні заходи та особливості їх проведення при НС.
8. Медична документація ДСМК.
9. Формування професійної компетенції лікаря ДСМК за рахунок збільшення годин практичних занять та ретельного відпрацювання практичних навичок надання різних видів ЕМД, тому що на перший план у сучасній системі післядипломної підготовки набуває пріоритету категорія “здатності до дії” як уміння використовувати знання у практичній діяльності [1, 6]. У медицині катастроф компетентність характеризує здатність медичних працівників якісно та своєчасно реалізовувати свій професійний потенціал щодо організації та надання ЕМД в умовах НС

техногенного, природного та соціально - політичного характеру [3,13,14].

Вказані актуальні питання повинні бути в об'язковому порядку включені до сучасної програми навчальної дисципліни "Медицина катастроф". На сучасному етапі освітня діяльність кафедр МК ВНЗ базується на дещо застарілій уніфікованій програмі післядипломного навчання лікарів (провізорів), яка не відповідає потребам практичної охорони здоров'я. Роботу зі створення нової навчальної програми потрібно розпочати негайно, проводити планомірно, вивірено та обґрунтовано.

Таким чином, концептуальним підходом до реалізації цілей післядипломного навчання на кафедрах МК ВНЗ з предмета "Медицина катастроф" є досягнення кінцевої мети – підготовки компетентних кваліфікованих лікарів, спроможних до організації та надання ЕМД при НС.

Висновки: 1. Негативні тенденції до зростання кількості всіх видів надзвичайних ситуацій, тяжкі медико-санітарні їх наслідки вимагають істотних змін у завданнях та функціях післядипломного навчання лікарів з навчальної дисципліни "Медицина катастроф".

Література

1. Вороненко Ю. В. Стан медичної освіти – очевидності глибокого реформування й неочевидність шляхів вирішення проблем / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 63–65.
2. Концепція розвитку Запорізької медичної академії післядипломної освіти (інтеграція у світовий медичний освітній простір). – Запоріжжя, 2007. – 100 с.
3. Кочін І. В. Медицина катастроф : виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко ; за ред. І. В. Кочіна. – К. : Здоров'я, 2008. – 724 с.
4. Левківський К. М. Про стан і перспективи розвитку вищої освіти в Україні / К. М. Левківський. – К. : Парлам. вид-во, 2004. – 184 с.
5. Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф : Постанова Кабінету Міністрів України № 827 від 11.07.2001 р.
6. Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України : Указ Президента України № 199 від 17.02.2004 р.
7. Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти : наказ МОЗ України № 148 від 22.03.2004 р.
8. Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти України : Указ Президента України № 1013 від 04.07.2005 р.

2. Законодавче запровадження окремої лікарської спеціальності "лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф" є потребою суспільства та особливої медичної аварійно-рятувальної служби Державної служби медицини катастроф України.

3. Навчальна програма дисципліни "Медицина катастроф" повинна містити актуальні питання з організації діяльності Державної служби медицини катастроф України та надання екстреної медичної допомоги з акцентом на відпрацювання практичних навичок лікарів.

4. Розробку навчальної програми дисципліни "Медицина катастроф" потрібно розпочати негайно, створивши для цього координаційну робочу групу із провідних викладачів вищих навчальних закладів та з наступним затвердженням її МОЗ України.

Перспективи подальшого розвитку. Підготовка лікарів з навчальної дисципліни "Медицина катастроф" потребує подальшого розвитку в науковій, юридично-правовій та нормативній сфері реформування галузі охорони здоров'я України, реформування післядипломної медичної освіти України, відповідно до практичних потреб суспільства і Державної служби медицини катастроф України.

9. Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України № 1290 від 05.11.2007 р.

10. Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги : наказ МОЗ України № 283 від 28.04.2009 р.

11. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ МОЗ України № 484 від 07.07.2009 р.

12. Сучасний стан кадрової політики у галузі охорони здоров'я / З. М. Митник, М. В. Банчук, І. І. Фещенко [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 7–10.

13. Шляхи удосконалення якості освіти лікарів України у контексті Болонського процесу (Повідомлення I) / І. В. Кочін, О. М. Акулова, О. О. Гайволя [та ін.] // Запорізький медичний журнал. – 2009. – Т. 11, № 3. – С. 141–144.

14. Шляхи удосконалення якості підготовки лікарів України на кафедрі цивільного захисту та медицини катастроф у контексті Болонського процесу (Повідомлення II) / І. В. Кочін, О. М. Акулова, О. О. Гайволя [та ін.] // Запорізький медичний журнал. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 132–135.

УДК 615:378.1

ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ ТА ОСНОВ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

М. М. Лебедюк, І. В. Ашаніна

Одеський національний медичний університет

QUESTIONS OF FORMING MOTIVATION TO STUDYING AND BASES OF MEDICAL THINKING IN THE FOREIGN STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

M. M. Lebediuk, I. V. Ashanina

Odesa National Medical University

У статті представлений погляд на питання формування мотивації до навчання та необхідність створення лікарського мислення – як кінцеве завдання вивчення клінічної дисципліни.

This article adduces point of view to questions of the forming of motivation for learning and essential for the clinical thinking – as top of the studying for clinical subject.

Вступ. На сучасному етапі в умовах існування високих технологій та жорсткої конкуренції пріоритетним є надавання професійних медичних послуг, що стає можливим за умов якісної медичної освіти, яка передбачає в першу чергу формування у студентів – майбутніх лікарів лікарського мислення, вміння розмовляти з пацієнтом, визначати всі види діагнозів, проводити диференційний діагноз, трактувати дані лабораторних та інструментальних досліджень, призначати адекватне лікування і навчальний процес повинен забезпечити виконання цих завдань.

Основна частина. Посилення інтересу до навчання повинно включати такі параметри щодо заохочення і формування мотивації до навчання: по-перше, викладач повинен бути особистістю, всебічно розвинутою, по-друге, знання іноземної мови повинно бути на достатньо високому рівні, вміти формувати не тільки багаж професійно важливих знань та умінь, але й науково-культурний кругозір, розвиток духовних потреб, комунікативних, мовних (за Н. Л. Коломінським).

Особливо важливе формування мовних здібностей. Було відмічено, що висловлювання студентів з приводу причин захворювання, вміння вибудувати логічний ланцюг, з якого виходить майбутній діагноз, диференційний діагноз та ін., залишають бажати кращого. Мабуть, надмірне застосування тестів, зменшення

частки “живого” спілкування, збільшення частки самостійної роботи студента – це є тому причина.

Ми аналізували навчання студентів на кафедрі дерматології та венерології, дисципліни, яка, як і всі клінічні дисципліни, ставить перед майбутніми лікарями практичні завдання діагностики та лікування. Важливим фактором є розуміння студентами, що дисципліна є глибоко інтегрованою в інші медичні науки, без знання таких предметів, як гістологія, патоморфологія, фізіологія та ін., не можливе розуміння процесів, які йдуть у шкірі, без розуміння внутрішньої медицини, зокрема ендокринології, інфекційних хвороб та ін., не можливе проведення диференційної діагностики, без знання фармакології, зокрема клінічної фармакології – неможливо призначити адекватне лікування. Складається враження, що деякі студенти сприймають кожний новий предмет як окрему ситуацію і не прагнуть всебічно роздивлятися її.

Таким чином, основним завданням є формування лікарського, клінічного мислення, яке базується на багаторічному досвіді української дерматовенерологічної школи, яка, як відомо, вийшла з європейської науки і бере свій початок з 1869 р. (становлення київської дерматовенерологічної школи), з 1904 р. кафедра дерматовенерології створена в м. Одесі. Основним постулатом старої клінічної школи було: “Роби, як я, засвоюй все, що було до тебе, та йди далі”.

© М. М. Лебедюк, І. В. Ашаніна

Безумовно, необхідно гармонійно поєднувати теорію та практику. Останнім часом достатньо успішно використовують тестові завдання. Ситуаційні, клінічні задачі, які багато ілюстровані на нашій кафедрі, крім цього використовуються навчальні фільми, але незамінним залишається спілкування з пацієнтом “коло ліжка хворого”, збір анамнезу, об’єктивне та суб’єктивне дослідження, вміння спілкуватися з хворим, задавати правильні питання, оскільки лікар – це ще й психолог. Тому на курацію виділено достатню кількість годин. Дуже важливо засвоїти і донести до студентів найважливіші етапи клінічного мислення, наприклад, що діагностика – це наукова дисципліна, яка складається з двох основних розділів:

- 1) вивчення методів спостереження за хворим;
- 2) вивчення діагностичного значення симптомів хвороб, особливостей клінічного мислення при розпізнаванні захворювання – методика діагнозу.

Діагнози за методами побудови бувають:

- 1) прямий;
- 2) диференційний;
- 3) синтетичний (повний);
- 4) шляхом спостереження;
- 5) за лікувальним ефектом.

За часом виявлення:

- 1) ранній;
- 2) клінічний;
- 3) ретроспективний;
- 4) посмертний.

За ступенем обґрунтування:

- 1) попередній;
- 2) кінцевий;
- 3) під питанням – до верифікації.

Студентів навчають різних діагностичних прийомів і методів, семіотики, фізичних методів обстеження, клінічної інтерпретації результатів лабораторних та

інструментальних досліджень, методики проведення диференційного діагнозу. Це процес діагностичного творчого пошуку [3–5].

Також мотивація до навчання формується за рахунок спільної праці викладача та студента, за рахунок опитування на кожному занятті, можливості та прагнення отримати найвищий бал. Додатково на кафедрі працює студентське наукове товариство, є електронна бібліотека з методичними посібниками, навчальною літературою, тестовими завданнями, в тому числі й англійською мовою.

При виконанні тестових завдань дуже шкодять мобільні телефони, які студенти використовують для пошуку правильної відповіді, особливо англомовні, тому що ресурс Internet заохочує, одна із переваг ресурсу – широке використання англійської мови. У відношенні до англомовних студентів методи навчання майже не відрізняються, питання лише в удосконаленні знань викладачами іноземної мови, та створенні методичних посібників англійською мовою, які відповідають міжнародним стандартам. Серед переваг викладання англійською мовою можна визначити такі:

– англійська мова є міжнародною мовою спілкування;

– англійська мова підвищує “конвертованість освіти”, відкриваючи можливості продовження освіти в інших країнах;

– переважна більшість інформаційних ресурсів – англомовні [1, 2].

Висновок. Кінцевою метою навчального процесу при вивченні клінічних дисциплін є формування у студентів творчого підходу, лікарського, клінічного мислення, якому передують свідомі мотивації до вивчення навчального матеріалу та інтересу до медицини в цілому.

Література

1. 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.

2. Особливості викладання теоретичних дисциплін студентам факультету підготовки іноземних громадян у вищих навчальних закладах / Т. В. Князевич-Чорна, М. І. Гришук, О. Г. Попадинець, О. В. Бойко // Медична освіта. –

2011. – № 4. – С. 17–19.

3. Билибин А. Ф. О клиническом мышлении / А. Ф. Билибин, Г. И. Царегородцев. – М. : Мед., 1973. – 150 с.

4. Матльований А. Організм і особистість. Діагностика та керування / А. Матльований, В. Белов, А. Котова. – Львів : Вид. Мед. газ. України, 1998. – 147 с.

5. Щербатий А. Й. Медична діагностика / А. Й. Щербатий, В. М. Поліщук. – Рівне, 1996. – 127 с.

УДК 614.253

МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ

С. С. Левенець

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

MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY: REALITIES AND PROSPECTS IN THE WORK OF A DOCTOR

S. S. Levenets

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

Висвітлені поняття медичної етики і деонтології, історична довідка їхнього формування і розвитку у світі та в Україні. Показані основні положення Етичного кодексу українського лікаря.

There are adduced the concepts of medical ethics and deontology historical background of their formation and development in the world and in Ukraine. The main provisions of the Code of Ethics of the Ukrainian doctor are shown.

Вступ. З стародавніх часів і до сьогодні професія лікаря є однією з найбільш гуманних. Це лежить в основі ставлення суспільства до представників цієї професії. Кожна людина впродовж життя хоча б раз мала необхідність звернутися до лікаря і має право сподіватися на гідне, шанобливе ставлення до себе. Проблемами стосунків між лікарями і пацієнтами займається така наука, як лікарська етика і деонтологія [1, 4].

Основна частина. Етика – це вчення про мораль, її походження і розвиток, правила і норми поведінки людей, їх обов'язки під час стосунків одного з іншим, з суспільством, ставлення до праці, держави. Етика – це філософське вчення про моральність як одну з форм ідеології, про її сутність, закони історичного розвитку, роль у суспільстві. Це система норм моральної поведінки людей, їх обов'язків щодо суспільства, батьківщини. Медична етика – це вчення про мораль медпрацівників, їх поведінку, взаємозв'язки з хворими, з колегами, із суспільством [4, 5].

Засновником лікарської етики заслужено вважається Гіппократ, який на підставі багатовікового досвіду медицини систематизував правила медичної етики, що існували на той час. Кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто вибрав своєю професією лікування людей, містився в його працях “Клятва”, “Про лікаря”, “Про благопристойну поведінку”. Гіппократу належить відомий вислів: “Медицина є найбагородніше зі всіх мистецтв”.

Основними принципами медичної етики є такі [7]:

1. Гуманне ставлення до хворого.

2. Не брати участі в діях проти здоров'я хворого.

3. Надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності.

4. Солідарність усіх лікарів у повазі гідності людей, їх боротьбі за мир.

5. Збереження лікарської таємниці.

6. Участь в охороні життя людей від тих чи інших ексцесів, що загрожують їм (наприклад, від забруднення зовнішнього середовища).

7. Недопущення експериментів над людьми.

8. Утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря.

З позицій соціального регулювання медичної діяльності лікарська (медична) етика – це різновид професійної етики, що включає сукупність морально-етичних правил і принципів надання медичної допомоги. Медична етика слугує своєрідною теоретичною основою, обґрунтуванням морально-етичної поведінки медичних працівників [4, 5, 7]. Медична етика вивчає і визначає вирішення різних проблем міжособистісних взаємовідносин з трьох основних напрямів:

– медичний працівник – хворий;

– медичний працівник – здорова людина (родичі);

– медичний працівник – медичний працівник.

Біоетика – це важливе поняття філософського знання [2]. Формування і розвиток біоетики пов'язані з процесами трансформації традиційної етики взагалі, медичної і біологічної етики зокрема. Цей процес

зумовлений, перш за все, різко підсиленою увагою до прав людини (в медицині – це права пацієнта, досліджуваного і т. д.) і створенням нових медичних технологій, які призводять до багатьох проблем, що потребують вирішення, як з точки зору права, так і моралі [2].

Складовою частиною медичної етики є деонтологія (від грецьк. *deon, deontos* – належне; належне + *logos* – вчення). Медична деонтологія – це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. Деонтологія – це практичне застосування медичної етики. Вона займається проблемами належної поведінки медика при безпосередньому виконанні своїх професійних обов'язків. Термін “деонтологія” ввів в ужиток англійський філософ І. Бентам у своїй книзі “Деонтологія, або наука про мораль”, де деонтологія розумілась як особиста поведінка індивіда і дещо протиставлялася етиці, яка в загальновизнаному тоді розумінні була соціальним інститутом, що вивчав правильну поведінку людей у суспільстві. Порушення правил деонтології може призвести до виникнення такої патології, як ятрогенія – психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника.

Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила – не зашкодити при діагностиці або лікуванні.

Проблеми деонтології в медицині вперше були висвітлені в роботах відомого хірурга-онколога М. М. Петрова, що розкрив зміст деонтології і показав шляхи її розвитку. Пріоритет серед лікарів у питаннях лікарської етики належить видатному клініцистові С. П. Боткіну, який вперше в практиці російської медицини обґрунтував необхідність створення етичного кодексу російського лікаря. Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Н. П. Сокольський, О. Т. Михайленко, Г. К. Степанівська та інші [4].

Нині з огляду на попередні і сучасні напрацювання у сфері медичної етики і деонтології є неприпустимим швидке ухвалення нових правових актів без врахувань питань медичної етики і деонтології. Поверхневий, недостатньо відпрацьований, створений без урахування етичних і деонтологічних передумов правовий акт, без сумніву, більш шкідливий, ніж корисний. Адже велика кількість положень сучасної медичної етики сформована на основі стародавніх постулатів, які і тепер не втратили актуальності. Широке розповсюдження у медицині має вислів: “*Salus aegroti suprema lex*” (“Благо хворого – вищий закон”). Цей

вислів, без сумніву, містить одну з головних складових, основний принцип медичної діяльності всього етичного напрямку в медицині. Відповідно до нього головним правилом, “вищим законом” для лікаря при виконанні ним професійних обов'язків є і повинен бути пріоритет хворого – його благо, його здоров'я. На сьогодні цей принцип повинен бути затребуваний у процесі медичної законотворчості: правові акти в системі охорони здоров'я мають містити орієнтацію на хворого, на його права та дотримання його законних інтересів.

Впродовж тривалого часу етичні положення існували або у вигляді окремих положень і висловів, або у вигляді перекладених і адаптованих праць стародавніх мислителів: Гіппократа, Галена та інших. На сьогодні лікарі орієнтуються на документи, прийняті в епоху світових інтеграційних процесів у другій половині ХХ – на початку ХХІ ст. До них відноситься Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації, прийнята в 1948 р., із змінами і доповненнями 1968 і 1983 рр., орієнтована на майбутніх лікарів - випускників медичних вузів. Декларація є своєрідною клятвою лікаря, містить ряд положень щодо правового регулювання медичної діяльності: “Я виконуватиму свій професійний обов'язок чесно і з гідністю”, або “Я не дозволю з міркувань релігії, національності, раси, політичних переконань або соціального походження перешкодити виконанню мого обов'язку і по-статі між мною і моїм пацієнтом”. В обов'язок лікаря входить надання пацієнту допомоги, незалежно від соціальних та інших ознак. У разі ненадання медичної допомоги лікарем йдеться про юридичну кримінальну відповідальність. Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації у 1949 р., із змінами і доповненнями 1968, 1983, 1994 рр. – документ, що визначає критерії неетичності в поведінці медичного працівника, а також – обов'язку лікаря у відношенні до хворого і один до одного. Даний кодекс містить положення, при якому завжди, коли обстеження або лікування вимагають знань, що перевищують здібності лікаря, він повинен запросити інших лікарів, що мають відповідну кваліфікацію. Лікарська таємниця, як поняття, що знайшло своє віддзеркалення у правових документах з охорони здоров'я, також представлена в Міжнародному кодексі медичної етики. Йдеться про положення Кодексу: “Лікар повинен зберігати абсолютну конфіденційність у всьому, що стосується пацієнтів, які йому довіряються”. Дане положення містить зв'язок морально-етичних і правових норм у регулюванні медичної діяльності [8].

До основних акцій Всесвітньої медичної асоціації також відносяться Хельсінська декларація прав людини (1964), Хельсінсько-Токійська декларація (1975), Міжнародна декларація про права людини (1983).

Пріоритети професійної незалежності лікаря викладені в Декларації про незалежність і професійну свободу лікаря, прийнятій Всесвітньою медичною асоціацією у 1986 р.: “Професійна свобода лікаря передбачає свободу від стороннього втручання у лікувальний процес. Завжди і всюди слід охороняти і захищати незалежність професійних медичних й етичних рішень лікаря”. Так у Декларації проголошується незалежність лікаря при виконанні своїх професійних обов’язків. Це не стосується питань адміністративної підлеглості. Це стосується свободи ухвалення рішень щодо користі хворого – тактики і схеми лікування, застосування тих або інших методів, іншими словами, всього, що спрямоване на благо хворого.

Період демократичних перетворень в Україні характеризується прийняттям низки документів, присвячених морально-етичному і деонтологічному регулюванню медицини: “Присяга лікаря” – стаття 76 Основ законодавства України про охорону здоров’я та Клятва лікаря, що затверджена наказом Президента України 15 червня 1992 року [3, 8]. Цю клятву повинні давати усі випускники вищих навчальних закладів України. Отримуючи звання лікаря, випускник присягається “усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров’я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, надавати медичну допомогу всім, хто її потребує, зберігати лікарську таємницю, додержуватись правил професійної етики”. Цей акт відповідає нормам медичної етики і деонтологічним принципам, враховує міжнародний досвід та етичні норми клятви Гіппократа. Обов’язки, закріплені у присязі, є моральними вимогами до професії.

В Україні на Всеукраїнському з’їзді лікарських організацій та X З’їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 року прийнято та підписано Етичний кодекс українського лікаря [8]. Головними фундаментальними цінностями, названими в Кодексі, є життя та здоров’я людини. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодушності та милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Лікар повинен пам’ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це, насамперед, совість. Ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України з

урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини. Цей Кодекс призначений для застосування у професійній діяльності лікарів і науковців, сфера професійної діяльності яких охоплює пренатальне та постнатальне життя та здоров’я людини, її народження та смерть.

Структура Кодексу має такий вигляд:

РОЗДІЛ 1. ДІЯ КОДЕКСУ

Відмічено, що положення Кодексу необхідно виконувати лікарям, адміністративному персоналу і науковцям, які мають безпосереднє відношення до лікувально-профілактичної та наукової діяльності у галузі охорони здоров’я.

РОЗДІЛ 2. ЛІКАР ТА СУСПІЛЬСТВО

Вказано, що головна мета професійної діяльності лікаря (практика і вченого) — збереження та захист життя й здоров’я людини в пренатальному і постнатальному періоді, профілактика захворювань і відновлення здоров’я, а також зменшення страждань при невиліковних хворобах, при народженні і настанні смерті. Лікар виконує свої обов’язки з повагою до життя, гідності і особистості кожного пацієнта на основі морально-етичних принципів суспільства, виходячи з Клятви лікаря України та цього Кодексу

РОЗДІЛ 3. ЛІКАР і ПАЦІЄНТ

– Лікар і пацієнт, де висвітлюються права пацієнтів, регламентується реалізація цих прав через обов’язки лікарів.

– Лікар і права членів сім’ї, законних представників.

РОЗДІЛ 4. КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ

Окреслені взаємодія і відносини з колегами та іншими працівниками системи охорони здоров’я: лікар зобов’язаний охороняти честь і шляхетні традиції медичного співтовариства, з повагою і доброзичливістю ставитися до колег. Протягом усього життя лікар зобов’язаний зберігати повагу і почуття подяки до тих, хто навчав його мистецтва лікування тощо.

РОЗДІЛ 5. НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА УЧАСТЮ ПАЦІЄНТА

Детально описані умови наукових досліджень з участю пацієнтів, що проводяться лікарем. Лікар може поєднувати дослідження з наданням медичної допомоги лише у випадках, коли дослідження обґрунтоване профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою.

РОЗДІЛ 6. НОВІТНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Описані вимоги до дій лікаря при застосуванні новітніх медичних технологій (трансплантація людсь-

ких органів і тканин, втручання в геном людини, у репродуктивну функцію тощо) визначаються етико-правовими і законодавчо-нормативними актами України, рекомендаціями та вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Біоетичного комітету ЮНЕСКО та Комісії з питань біоетики.

РОЗДІЛ 7. ІНФОРМАЦІЯ

Лікар зобов'язаний постійно підвищувати свою кваліфікацію, бути поінформованим стосовно найновіших досягнень у сфері професійної діяльності. Він повинен активно протистояти будь-якій недостовірній інформації у наукових виданнях та засобах масової інформації.

РОЗДІЛ 8. ПОВАГА ДО ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ

Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній тощо. Кожний лікар повинен утримуватися від будь-яких дій чи висловлювань, які підривають повагу до медичної спеціальності. Своєю діяльністю він повинен сприяти збереженню та підвищенню престижності професії, до якої належить, а також дієвості цього Кодексу.

Література

1. Макеєва Л. А. Теоретичні проблеми лікарської етики і медичної деонтології в умовах сучасної НТР : автореф. дис. к.ф.н. / Л. А. Макеєва. – Л., 1985. – 21 с.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради (ВВР) : Стаття 76. Присяга лікаря України. – 1993. – № 4. – С. 19.
3. Петровский Б. В. Вопросы врачебной этики и современность / Б. В. Петровский // Вестн. Рос. АМН. – 1996. – № 11. – С. 3–5.
4. Петровский Б. В. Деонтология в медицине / Б. В. Пет-

На думку авторів, цей Кодекс повинен бути затверджений Указом Президента України, на зразок Клятви лікаря України, і, відповідно, має стати підзаконним нормативно-правовим актом.

Висновки. Дотримання норм і принципів, прописаних у Кодексі, сприятиме налагодженню конструктивного діалогу між лікарем та пацієнтом. Прийняття Кодексу дає можливість зрозуміти, що професія лікаря залишається тим моральним орієнтиром, який сприятиме підвищенню довіри суспільства до лікаря. Якою б актуальною не була сьогодні проблема прискореного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику охорони здоров'я, розширення й укріплення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, і надалі продовжує мати важливе значення питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого фахового об'язку й професійної підготовки. Особистість медичного персоналу, їх моральний вигляд і персональна підготовка – це у кінцевому результаті й визначає значний успіх охорони здоров'я в державному масштабі.

ровский. – М. : Медицина, 1988.

5. Седова Н. Конфликты в этической экспертизе / Н. Седова // Международный журнал медицинской практики. – 2006. – № 3. – С. 13–15.
6. Углов Б. Г. О врачебном долге / Б. Г. Углов. – К. : Здоров'я, 1987. – 104 с.
7. Про Клятву лікаря : Указ Президента України № 349 від 15 червня 1992 року.
8. www.nmu.edu.ua/files/etichnij_kodeks.pdf

УДК 371.322+378.147

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ВИКЛАДАННЯ НЕВРОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Л. Т. Максимчук, О. О. Дорошенко, В. А. Гриб

Івано-Франківський національний медичний університет

THE ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS OF TEACHING OF NEUROLOGY FOR STUDENTS OF STOMATOLOGICAL DEPARTMENT

L. T. Maksymchuk, O. O. Doroshenko, V. A. Hryb

Ivano-Frankivsk National Medical University

У статті наводиться досвід кафедри неврології Івано-Франківського національного медичного університету з підготовки студентів IV курсу стоматологічного факультету за кредитно-модульною системою організації навчального процесу для підвищення якості їх навчання.

This article shows the experience of the Neurological Department in Ivano-Frankivsk National Medical University for students of Stomatological Department under credit-modular system of educational process for improving the quality of their learning.

Вступ. Основою підготовки студентів з неврології за кредитно-модульною системою організації навчального процесу є формування у них професійних вмінь та практичних навичок [1]. На кафедрі неврології Івано-Франківського національного медичного університету вивчення дисципліни студентами VI курсу стоматологічного факультету здійснюється шляхом засвоєння модулів – логічно завершених частин навчальної програми [2], що реалізуються відповідними формами організації навчального процесу і закінчуються підсумковим модульним контролем.

Основна частина. Форма організації практичного заняття, яка передбачає оволодіння систематизованими знаннями та професійними вміннями, представлена на прикладі методичної розробки практичного заняття для студентів IV курсу стоматологічного факультету на тему “Прозопалгії. Гангліоніти віїчастого, вушного, крилопіднебінного, під’язикового та підщелепного вузлів”.

На початку методичної розробки висвітлюється актуальність теми, коротко вказуються теоретичні основи нозології та практична доцільність вивчення теми студентами стоматологічного факультету. Наступним етапом організації навчального процесу є формування навчальних цілей заняття та цілей розвитку особистості [3]:

1) ознайомитись ($\alpha=1$) з поширеністю прозопалгій серед звернень до лікарів-стоматологів та з частотою невірного стоматологічного лікування у таких хворих;

2) знати ($\alpha=2$) функціональну анатомію вегетативної іннервації обличчя, топографічну анатомію гангліїв голови, клінічні прояви, діагностику, методи лікування прозопалгій;

3) вміти ($\alpha=3$) дати топічно-діагностичну оцінку патології вегетативних гангліїв обличчя, правильно провести диференційну діагностику прозопалгій, надати невідкладну допомогу пацієнтам з прозопалгіями, призначити спеціалізоване лікування;

4) сформувати почуття професійної відповідальності за якість життя хворого з гангліонітами, що залежить від проведеної діагностики та вибраної тактики лікування.

Після формування цілей заняття необхідно показати зв’язок теми з предметами, що вивчаються студентами стоматологічного факультету. Для цього формується схема міждисциплінарної інтеграції – вказуються попередньо вивчені забезпечуючі дисципліни та конкретні теми з них для повторення, наступні дисципліни, що забезпечуються вивченням даної теми, та теми з внутрішньо предметної інтеграції, які дозволять студентам скласти чітке уявлення про тему, що вивчається, і її місце серед неврологічних та стоматологічних нозологій.

Зміст теми подається у вигляді схем та таблиць, які дозволяють чітко структурувати матеріал для полегшення його засвоєння. План та організаційна структура заняття представлені у таблиці 1.

Таблиця 1. План та організаційна структура заняття

Етапи заняття, їх функції, зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: контролю, наочності, інструктивні, обладнання		Час
Підготовчий етап					
Організація заняття. Постановка навчальної мети та мотивації. Контроль вхідного рівня знань	II	Індивідуальне усне опитування, тестовий контроль II рівня, типові задачі II рівня, письмова теоретична робота	Тести II рівня, типові задачі II рівня	Схеми гангліїв голови, схеми заняття	15 хв
Основний етап					
Формування практичних навичок і професійних вмінь	III	Практичний тренінг, професійний тренінг з вирішенням нетипових клінічних задач III рівня	Професійний алгоритм формування практичних навичок і професійних вмінь, нетипові клінічні задачі III рівня	Хворі, історії хвороб	65 хв
Підсумковий етап					
Контроль та корекція рівня професійних вмінь та практичних навичок Підведення підсумків заняття (оцінювання). Домашнє завдання	III	Контроль навичок, оцінка результатів клінічної роботи, нетипові задачі III рівня, тестовий контроль III рівня	Нетипові клінічні задачі III рівня, тести III рівня	Муляжі	10 хв

Для забезпечення взаємодії студентів та викладача на занятті й контролю за процесом отримання знань та професійних вмінь у методичній рекомендації подаються матеріали методичного забезпечення, що включають в себе набір методик контролю на всіх етапах заняття [4]:

1) матеріали контролю на підготовчому етапі: питання для усного опитування (функціональна та топографічна анатомія гангліїв голови, клініка, діагностика та лікування прозопалгій), тестові завдання II рівня (тести з кількома відповідями, тести на визначення відповідності, тести на послідовність), типові задачі II рівня з визначенням клінічного діагнозу;

2) матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття подаються у вигляді професійного алгоритму формування навичок та вмінь обстеження хворих з гангліонітами. В алгоритмі вказується послідовність запитань та дій при зборі анамнезу і огляді хворого, даються основні рекомендації щодо формування топічного та клінічного діагнозу, виявлення диференційних рис, які дають можливість за-

підозрити або виключити у хворого стоматологічний чи неврологічний діагноз, складання схеми обстеження та лікування;

3) матеріали контролю заключного етапу: тестові завдання III рівня (тести на заповнення структурно-логічних схем), нетипові задачі III рівня (задачі, які передбачають проблему диференційної діагностики, задачі з недостатніми даними, задачі на пошуки помилок);

4) матеріали методичного забезпечення самопідготовки студента: орієнтовна карта роботи з літературою, в якій викладені основні теми заняття та вказівки щодо складання схем і планів, які дозволять структурувати отриману інформацію і полегшити засвоєння теоретичних знань.

Завершальним елементом методичної розробки є список літератури (навчальної та наукової), що нею можуть скористатися студенти при підготовці до заняття.

Висновок. Чітка організація навчального процесу при викладанні неврології студентам стоматологічного факультету полегшує здобування професій-

них навичок та вмінь і дає можливість контролювати та оперативно коригувати процес навчання. Теоретичне обґрунтування, практичне спрямування та обов'язковий контроль набутих знань при вивченні

курсу неврології дозволяють оволодіти знаннями, які сприятимуть ефективній диференційній діагностиці та вибору вірної тактики лікування у хворих з проявами нейростоматологічних синдромів.

Література

1. Волосовець О. П. Питання якості освіти в контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі / О. П. Волосовець // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 12–16.

2. Вища освіта України і Болонський процес : навчальний посібник / [за ред. В. Г. Кременя]. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.

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

4. Артемчик Л. М. Принципи створення тестових завдань / Л. М. Артемчик // Медична освіта. – 2003. – № 2. – С. 67–68.

УДК 616.12-008.313.2-06:616.127-073.432.19]-085

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ЛІКАРІВ: СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

С. М. Маслій

Обласна клінічна лікарня, м. Рівне

POST-GRADUATE EDUCATION OF DOCTORS: MODERN STRATEGIES OF TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION

S. M. Masliy

Regional Clinical Hospital, Rivne

У статті наведено методологічні особливості сучасних підходів до лікування фібриляції передсердь. У розрізі “upstream”-стратегії продемонстровано ефективність застосування блокатора рецепторів ангіотензину II олмесартану та біофлавоноїду кверцетину у комплексній терапії хворих на фібриляцію передсердь. Означено, що одним із основних чинників реалізації сучасних стратегій лікування повинна стати безперервна післядипломна освіта лікарів.

The article deals with the methodological features of the modern ways of treatment of atrial fibrillation. In the cut of “upstream”-strategy efficiency of application of blokator receptors of angiotensin II Olmesartan and bioflavonoid Quercetin are shown in the complex therapy of patients with atrial fibrillation. It was set, that one of the basic factors of modern strategies realization of treatment must be continuous post-graduate education of doctors.

Вступ. Найбільш поширеним порушенням ритму в клінічній практиці є фібриляція передсердь (ФП) [1]. За останні 20 років частота випадків даної патології виросла на 66 %, а серед госпіталізованих хворих з порушеннями ритму 40 % складають пацієнти із ФП [2]. Згідно з 5-літніми даними дослідження SPRINT, шпитальна летальність у хворих із ФП була в 1,6 раза більшою, а 1-річна і 5-річна летальність при пароксизмальній формі ФП виявилась у 2,4 і 1,7 раза вищою, ніж у хворих із синусним ритмом [3].

Згідно з рекомендаціями 2007 року [4], передбачено дві стратегії ведення хворих на ФП – стратегія контролю ритму і стратегія контролю частоти серцевих скорочень (ЧСС). Однак в умовах коморбідності ФП ефективність даних стратегій не завжди дає бажаний ефект, що нами описано раніше [5]. Тому тактика ведення хворих на ФП залишається однією із ключових проблем аритмології. Сьогодні у світі ініційована найновіша стратегія “upstream” терапії [1], яка передбачає сповільнення або припинення прогресування ФП як шляхом впливу на серцево-судинне захворювання, яке привело до порушення ритму, так і на саму ФП. Ця терапія включає інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), антагоністи альдостерону, статини, омега-3-поліненасичені жирні кислоти. На жаль, в умовах реальної клінічної практики як лікарі загальної

практики, так і спеціалісти-кардіологи недостатньо ознайомлені з цією стратегією і не користуються її очевидними перевагами.

Основна частина. Мета нашого дослідження – продемонструвати клініко-функціональну ефективність “upstream” стратегії на прикладі власного досвіду застосування, розробленого нами, комплексу лікування з включенням БРА олмесартану та біофлавоноїду кверцетину у хворих на ФП.

Для порівняльного дослідження різних методик лікування, з метою стандартизації груп відібрані пацієнти, у яких генез ФП найбільш вірогідно був пов’язаний з атеросклерозом вінцевих судин. Тому оцінювались вікові, статеві характеристики, ведучі фактори ризику атеросклерозу й коморбідні стани.

Усім пацієнтам за відсутності протипоказань призначали рекомендовану чинним протоколом стандартну терапію для контролю ритму – електричну або медикаментозну (пропафенон, кордарон) кардіоверсію з наступним тривалим вживанням кордарону, дронедарону, соталолу або бісопрололу; для контролю частоти серцевих скорочень – β-адреноблокатори (бісопролол), дигоксин. Супровідна терапія включала антиагреганти і антикоагулянти (аспірин, низькомолекулярні гепарини, варфарин). Пацієнти, які отримували стандартну терапію відповідно до протоколу, були включені до групи контролю (n=75).

У групі дослідження (n=28) додатково до комплексної терапії призначався флавоноїд кверцетин (ЗАТ НВЦ “Борщагівський ХФЗ”) по 2 г тричі на день і ольмесартану медоксоміл (Кардосал® 20-40 мг/д, “Berlin-Chemie Menarini group”, Німеччина).

Кардіопротекторні властивості кверцетину пов’язані з підвищенням енергетичного забезпечення кардіоміоцитів завдяки антиоксидантному впливу і поліпшенню кровообігу, що підтверджено експериментально [6]. Тому для підвищення ефективності електричної кардіоверсії, зменшення пошкоджуючого впливу електричної енергії на міокард та пролонгації стабільного ритму використано розчинну форму кверцетину – корвітин за добу до процедури і упродовж трьох діб після кардіоверсії з переходом на пероральну форму.

У процесі комплексної терапії усі дані монітувались тричі: на стаціонарному етапі (1), під час візитів через 6–12 місяців (2 візит) і через 18–24 місяці (3 візит).

Критерієм ефективності контролю ритму вважали утримання стійкого синусового ритму упродовж періоду спостереження. Критерієм ефективності медикаментозного контролю ЧСС при перманентній ФП вважали середньодобову ЧСС не більше 80 уд./хв за даними Холтерівського моніторингу ЕКГ (ХМЕКГ) і відсутність епізодів понад 100 уд./хв у

спокої та збільшення ЧСС не більше 120 уд./хв під час фізичного навантаження.

Використані клінічні, лабораторні, інструментальні дослідження та методики статистичної обробки даних, описані нами раніше [5].

У досліджуваній групі пацієнтів супутня артеріальна гіпертензія (АГ) виявлена у 83,33 %, а індекс маси міокарда перевищував нормальні значення в середньому на 10,00 %. Крім цього в обстежених нами хворих спостерігали порушення скоротливої здатності міокарда переважно у вигляді діастолічної дисфункції у 68,25 %. Загальна характеристика хворих на початковому етапі лікування представлена в таблиці 1.

Як видно, за віковим складом і статеву ознакою хворі групи були аутентичними. За основними ФР атеросклерозу у 1 групі отримано статистично вірогідну різницю в індексі маси тіла ($p=0,025$), на перший погляд переважала частка хворих із супутньою АГ, ХОЗЛ, проте як за цими коморбідними станами, так і відсотком курців різниця виявилась статистично недостовірною. Метаболічні порушення у вигляді гіперурикемії, метаболічного синдрому та наявності цукрового діабету були притаманні для хворих, які були відібрані у групу комплексної терапії. У цю же групу попали пацієнти з перенесеним в анамнезі мозковим інсультом (16,67 %).

Таблиця 1. Загальна характеристика хворих, яким було призначено комплексне лікування (1 група) і з групи базисної терапії (2 група) ($M\pm m$)

Показник	1 група, n=28	2 група, n=75	p
Вік, р.	56,33±3,97	50,27±3,19	нд
Чоловіки, %	75,00	66,67	нд
Жінки, %	25,67	33,33	нд
Індекс Кетле, кг/м ²	35,16±1,99	27,73±1,75	0,025
Куріння, %	49,08	62,54	нд
пачко/роки	15,71±3,39	19,10±6,71	нд
Артеріальна гіпертензія, %	83,33	66,67	нд
Тривалість анамнезу АГ, р.	10,04±3,46	8,24±2,11	нд
Цукровий діабет, %	23,33	8,33	0,04
ХОЗЛ	16,67	8,33	нд
Гіперурикемія, %	28,57	32,00	нд
сечова кислота, ммоль/л	428,50±35,10	435,20±33,30	нд

Примітка. Нд – різниця показників недостовірна.

Зважаючи на значення порушень функціонального стану щитоподібної залози у розвитку ФП, важливим було зіставлення груп лікування за даною ознакою. За середніми показниками концентрації ТТГ, Т₃, Т₄ і антитиреоїдних антитіл достовірної різниці не виявлено. Морфологічні зміни за даними ультразвукового обстеження у вигляді зоба підтверджені в обох групах. Зокрема, об’єми перешийка, правої і лівої часток щитоподібної залози становили, відповідно, у 1 групі – (0,50±0,03), (10,94±1,19) і (10,39±1,32) см³, у

2 групі – (0,38±0,05), (13,34±2,72) і (10,39±1,32) см³, $p>0,05$. При дообстеженні у 16,67 % хворих в обох групах виявлено субклінічний гіпотиреоз.

Класифікаційна структура хворих на ФП суттєво не різнилась, пароксизмальна форма ФП діагностована у 26,57 % у 1 групі і у 24,11 % у 2 групі, персистуюча, відповідно, – у 44,86 і у 50,67 %, постійна – у 28,57 і 25,22 %. Симптомна ФП спостерігалась у 67,00 % пацієнтів 1 групи і у 73,00 % 2 групи, відповідно “німа” ФП – у 33,33 і 27,50 %.

За клінічними проявами у 1 і 2 групах домінували скарги на серцебиття, перебої в роботі серця, задишку і зниження толерантності до фізичного навантаження, відповідно, у 100 і 80 %; 67 і 60 %; 67 і 80 %; 50 і 25 %. За шкалою CHADS₂ ризик тромбоемболічних ускладнень, розрахований на ініціальному етапі, вірогідно був вищим у хворих 1 групи і становив (2,33±0,42) проти (1,29±0,28) у 2 групі.

Вихідна середня ЧСС за даними ХМ ЕКГ у 1 групі становила (98,33±7,92) уд./хв, у 2 групі – (104,00±12,88), $p>0,05$. Серцева недостатність відповідала II ФК NYHA у 16,67 % досліджуваних з групи комплексної терапії і у 12,50 % у контролі, III ФК, відповідно, у 83,33 і 87,50 %, $p>0,05$. Таким чином, за основними клініко-функціональними характеристиками хворі у групах втручання суттєво не різнилися, що дозволило провести зіставлення ефективності методик лікування.

У процесі комплексної терапії усі дані моніторувались тричі: на стаціонарному етапі (1), під час візитів через 6–12 (2 візит) і через 18–24 місяці (3 візит).

На контрольному візиті через 6–12 місяців на фоні комплексної терапії з включенням оптимальних відтитрованих доз ольмесартану і қверцетину стійкий синусовий ритм зберігався у 50,00 % хворих з пароксизмальною формою фібриляції передсердь і у 38,46 % – з персистуючою. У другій групі лише у 25,00 %, а через 18–24 місяці – тільки у 16,67 %, порівняно з третиною хворих у групі комплексної терапії ($p<0,05$). Тільки в контрольній групі до кінця спостереження у 11,10 % спостерігали трансформацію фібриляції передсердь у постійну форму. Тривалість періоду стійкого синусового ритму у хворих 1 групи в середньому становила (9,82±1,03) міс., в групі контролю – (6,48±0,92) міс., $p=0,045$.

Таким чином, на фоні комплексної терапії з додатковим включенням ольмесартану і қверцетину в цілому в 1,7 раза частіше досягався кращий контроль ритму, триваліше (на (3,34±0,97) місяця) утримувався стійкий синусовий ритм та не відбувалось прогресування фібриляції передсердь у перманентну форму упродовж двох років спостереження.

Таблиця 2. Динаміка морфометричних і масометричних показників серця під впливом комплексного лікування за даними парного t-тесту ($M\pm m$)

Показник	Термін спостереження	1 група, n=28	2 група, n=75	p_{1-2}
Ліве передсердя (ЛП), см	стаціонар	4,22±0,09	4,49±0,09	0,024
	2 візит	4,34±0,10	4,51±0,11	нд
	3 візит	4,02±0,09 ^{1,2}	4,47±0,09	0,001
Кінцевий систолічний розмір (КСР), см	стаціонар	4,15±0,11	3,78±0,10	0,024
	2 візит	4,06±0,12	3,67±0,11	0,028
	3 візит	3,98±0,12	4,02±0,13 ²	нд
Кінцевий діастолічний розмір (КДР), см	стаціонар	5,77±0,10	5,56±0,12	нд
	2 візит	5,74±0,11	5,58±0,12	нд
	3 візит	5,75±0,13	5,62±0,13	нд
Правий шлуночок (ПШ), см	стаціонар	2,84±0,08	2,86±0,10	нд
	2 візит	2,90±0,09	3,01±0,11	нд
	3 візит	2,70±0,07	2,88±0,11	нд
Міжшлуночкова перегородка (МШП), см	стаціонар	1,08±0,07	1,09±0,06	нд
	2 візит	1,09±0,08	1,12±0,07	нд
	3 візит	1,13±0,07	1,25±0,07 ¹	нд
Задня стінка лівого шлуночка (ЗСлш), см	стаціонар	1,05±0,03	1,06±0,05	нд
	2 візит	1,07±0,04	1,18±0,06	нд
	3 візит	1,08±0,04	1,27±0,06 ¹	0,018
Передсердно-шлуночкове відношення (ПШВ), од	стаціонар	0,73±0,04	0,81±0,03	0,048
	2 візит	0,76±0,04	0,81±0,03	нд
	3 візит	0,72±0,03	0,79±0,02	0,018
Відносна товщина стінок (ВТС), ум.од	стаціонар	0,38±0,02	0,37±0,02	нд
	2 візит	0,38±0,01	0,42±0,02 ¹	0,028
	3 візит	0,39±0,03	0,41±0,01	нд
Індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММлш), г/м ²	стаціонар	127,17±8,30	127,30±12,50	нд
	2 візит	130,64±6,89	149,53±15,48	нд
	3 візит	135,87±7,11	162,24±13,79 ¹	0,048

Примітки: 1)^{1,2} – різниця у порівнянні із вихідними і повторним дослідженнями достовірна; 2) p_{1-2} – достовірність різниці між 1 і 2 групами; нд – різниця недостовірна.

Динаміка показників морфофункціонального стану міокарда представлена у таблиці 2.

Як видно з таблиці 2, у групі комплексного лікування до кінця терміну спостереження (через 18–24 місяці) достовірно зменшились розміри лівого передсердя, у групі стандартної терапії зберігалась атріомегалія. При цьому в обох групах хворих передсердно-шлуночкове відношення в динаміці суттєво не змінювалось, однак до завершення спостереження спостерігалась достовірна позитивна різниця даного показника у порівнянні з другою групою, що підтверджує факт регресу атріомегалії у першій групі. Власне, на перший погляд, відсутність динаміки передсердно-шлуночкового відношення зумовлена відносним паралелізмом змін розмірів лівих камер серця, тільки в обох групах цей процес мав протилежний характер. Зокрема, кінцевий систолічний розмір у хворих першої групи несуттєво зменшувався, а у хворих другої групи достовірно збільшився, що також свідчить про поступове погіршення в динаміці систолічної функції в останніх.

Також чітко простежується прогресування гіпер-

трофії лівого шлуночка у пацієнтів другої групи: достовірно потовщення стінок міокарда з суттєвим збільшенням індексу маси міокарда ($p=0,048$). Дана динаміка може свідчити про гірший контроль артеріальної гіпертензії в групі стандартної терапії і є одним із вагомих несприятливих проаритмогенних чинників.

Висновок. Включення в комплексну терапію ФП олмесартану та кверцетину супроводжувалось достовірним покращенням показників гемодинаміки, що підтверджено результатами клінічного спостереження, динамічної оцінки добового моніторування АТ та морфофункціональних характеристик серця за даними ехокардіоскопії, що сприяло кращій стабілізації ритму: частіше досягався оптимальний контроль ритму, триваліше утримувався стійкий синусовий ритм та не відбувалось прогресування ФП у перманентну форму упродовж двох років спостереження. Таким чином, використання новітніх стратегій лікування ФП слід активно упроваджувати в клінічну практику. Одним із основних чинників реалізації даної проблеми повинна стати безперервна післядипломна освіта лікарів.

Література

1. Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації робочої групи по порушеннях серцевого ритму Асоціації кардіологів України. – Київ, 2011. – 156 с.
2. Дзяк Г. В. Фибрилляция предсердий / Г. В. Дзяк // Здоров'я України. – 2009. – Темат. номер (Вересень). – С. 15–16.
3. Нарушения ритма сердца : специалисты делятся опытом / [подгот. Д. Молчанов] // Здоров'я України. – 2006. – № 4. – С. 24–25.
4. Сычев О. С. Руководство Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий / О. С. Сычев // Therapia. – 2007. – № 2. – С. 5–12.

5. Маслій С. М. Динаміка клініко-лабораторних і морфофункціональних показників серця у хворих на різні форми фібриляції передсердь в динаміці спостереження при рутинному застосуванні стандартних клінічних протоколів лікування / С. М. Маслій // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2012. – № 1. – С. 91–95.

6. Пархоменко А. Н. Новые возможности в лечении больных с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST : корвитин для инъекций / А. Н. Пархоменко, С. Н. Кожухов // Український медичний часопис. – 2004. – № 2. – С. 33–37.

УДК 614.23:379(05)

СФЕРИ І ФУНКЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ В АВСТРІЇ

І. М. Мельничук

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

FIELDS AND FUNCTIONS OF THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF DOCTORS IN AUSTRIA

I. M. Melnychuk

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

Розглянуто сфери та об'єкти професійної діяльності австрійських лікарів. Охарактеризовано функції діяльності лікарів в Австрії, що виокремлюються залежно від характеру їх праці. Виділено етапи становлення професійної групи лікарів Австрії. Висвітлено основні критерії, що характеризують професійну групу лікарів. Проаналізовано характеристики професійної групи лікарів і чинники, що впливають на її розвиток і зміни у ній. Конкретизовані види діяльності і професійні завдання, у яких мають бути компетентними та обізнаними випускники австрійських вищих медичних навчальних закладів.

Fields and objects of the professional activity of Austrian doctors are considered. Functions of the activity of doctors in Austria that are marked out depending on the nature of their work are characterized. The periods of development of the professional group of doctors in Austria are singled out. The basic criteria that characterize the professional group of doctors are covered. The characteristics of the professional group of doctors and factors influencing its development and changes in it are analyzed. Activities and professional objectives, which the graduates of Austrian medical universities must be competent and knowledgeable in, are singled out.

Вступ. Медичні працівники – це професійна група людей, пов'язаних із складною розумовою працею, що об'єднує осіб із середньою та вищою медичною освітою, зайнятих у сфері охорони здоров'я. Медицина – це система наукових знань і практичної діяльності фахівців з метою зміцнення і збереження здоров'я, продовження життя людей, попередження та лікування хвороб. Лікарі як професійна група – невід'ємна частина будь-якого суспільства. Професійну групу лікарів характеризують за певними критеріями:

– за сферою діяльності, спрямованою на збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм високкваліфікованої медичної допомоги, що потребує фахової підготовки медичних кадрів, управління персоналом лікувально-профілактичних установ, органами системи охорони здоров'я, санітарно-освітньої та наукової роботи;

– за способом організації професійної діяльності, оскільки діяльність фахівців медицини здійснюється у медичних установах, вищих медичних навчальних закладах, органах управління охорони здоров'я [2].

Вивчення функцій професійної медичної діяльності стає все більш актуальним у соціальному аспекті, що зумовлено великим практичним інтересом до ефективної роботи лікарів. Соціально-економічні

зміни в сучасному суспільстві зумовили необхідність перетворень у сфері охорони здоров'я, яка набуває нових функцій під впливом нових економічних відносин, зміни законодавства тощо.

Певні аспекти професійної діяльності лікарів розглядали у своїх працях як вітчизняні, так і зарубіжні науковці, серед яких А. Агаркова, З. Гаппель, Т. Еллігер, Р. Кайзер, З. Кюлер, Р. Райман, Р. Траппл, Б. Шюбер, К. Шпіль та ін.

Метою статті є аналіз сфер і функцій професійної діяльності австрійських лікарів.

Основна частина. Провідним чинником розвитку професійної групи лікарів Австрії виступає їх професійна діяльність, яка знаходить конкретне відображення у змінах, що відбуваються в суспільстві. У цілому стан здоров'я населення та якість надання медичної допомоги досить точно відображають економічний стан держави. Узагальнюючи вищесказане, конкретизуємо кілька етапів у процесі становлення професійної групи австрійських лікарів:

– виділення основних засад медичних знань, викликаних необхідними потребами людей;

– поява осіб, що беруть на себе функції лікування, вироблення певних технологій праці, перетворення їх у необхідні послуги (товар);

© І. М. Мельничук

– формування шляхів відтворення окресленої професійної групи, а також її професійної ідеології;

– поява системи спеціальної освіти, тобто завершення процесу інституалізації професії, що сприяє остаточному формуванню професійної групи;

– створення громадських організацій, що забезпечують життєдіяльність професійної групи і виконують функції контролю за її діяльністю;

– створення професійного об'єднання медиків, що виражає інтереси суспільства в цілому [7].

Отже, в соціальній структурі австрійського суспільства група медичних працівників займає важливе місце. Вона формується як самостійна протягом тривалого історичного періоду. Її ядром є група лікарів. Загалом медичних працівників і, зокрема, лікарів традиційно ідентифікують за певними групуючими ознаками (наявністю спеціальної освіти, способом організації професійної діяльності, наявністю професійної мови, внутрішньої організації) [9], що сприяє їхній професійній ідентифікації.

Оскільки праця лікарів має ознаки інтелектуально-професійної діяльності, отже, це кваліфікована розумова праця. Мінімізація фізичних зусиль, які затрачаються під час розумової праці, досягається в австрійській медицині за допомогою використання сучасної медичної техніки. У результаті розвитку і вдосконалення технічних засобів професійної діяльності фахівців медицини, інформаційних технологій, нових методів діагностики та лікування хвороб, зміст праці лікарів Австрії трансформується. Адже розвиток інформаційних технологій і використання новітньої сучасної техніки у медицині – це один із важливих показників ефективності надання медичних послуг. Зазначені засоби праці лікаря допомагають знизити рівень захворюваності та смертності населення за рахунок поліпшення діагностики, лікування, профілактики та управління мережею охорони здоров'я. Використання телекомунікацій у медичних закладах Австрії допомагає поліпшити зв'язки між периферійними лікувальними установами та провідними клінічними центрами [11].

Розвиток суспільства висуває все більше вимог до медичної професії. Одними з головних є підвищення якості та культури надання спеціалізованої, кваліфікованої медичної допомоги, розробка та впровадження у практику нових науково обґрунтованих технологій в діагностиці та лікуванні захворювань. Усі ці вимоги обумовлені появою нових перспективних методів лікування, вдосконаленням медичних послуг, комп'ютерних технологій, успіхами біологічної науки, генної інженерії, трансплантології, появою нових

лікарських засобів, способів і методів контролю за станом органів людини та їх функцій, вдосконаленням міні-інвазивної хірургії, ендovasкулярної хірургії, анестезіології, реаніматології.

На зміну стандартних методів досліджень прийшли сучасні лабораторні, комп'ютерні томографічні та ангиографічні методи. Під впливом науково-технічної революції в австрійській медицині все ширше застосовується автоматизація, комп'ютерна техніка та інші досягнення сучасної науки. Такі зміни вимагають залучення у сферу охорони здоров'я працівників інженерних та технічних спеціальностей, що істотно впливає на внутрішню структуру медичної професії. У сучасному етапі розвитку медицини лікар повинен володіти різнобічними знаннями з фаху, методами наукових досліджень, вмінням творчо мислити, швидко орієнтуватися в складних професійних ситуаціях, відрізнятися рішучістю дій [10].

Як і в будь-якій сфері інтелектуальної діяльності, в медицині існує свій реєстр спеціальностей, який передбачає наявність певних кваліфікаційних вимог і виконання відповідних функціональних обов'язків. Сфери професійної діяльності лікарів Австрії визначаються набутою ними спеціальністю і включають:

- практичну охорону здоров'я;
- наукову діяльність;
- освітню діяльність;
- управління закладами охорони здоров'я.

Об'єктами професійної діяльності австрійських лікарів є: здоров'я населення Австрії, установи та організації охорони здоров'я різного відомчого підпорядкування та форм власності, науково-дослідні установи, підприємства та організації, пов'язані з наданням медичної допомоги та наданням медичних послуг населенню, військовослужбовцям, а також установи, що забезпечують отримання медичної освіти.

Після закінчення інтернатури випускники медичних університетів Австрії мають бути компетентним у таких видах діяльності, як:

- профілактична допомога;
- медична допомога;
- науково-дослідна діяльність;
- викладацька діяльність;
- організаційно-управлінська діяльність.

Крім того, випускники мають бути обізнаними у вирішенні таких професійних завдань, як:

- профілактика захворювань і поліпшення здоров'я населення;
- діагностика захворювань, лікування і реабілітація хворих;

– інформаційно-аналітична діяльність з метою оцінки і прогнозування стану здоров'я населення;

– планування, організація та управління наданням медичної допомоги населенню в установах та організаціях охорони здоров'я;

– планування та проведення наукових досліджень відповідно до отриманої спеціальності (в установах та організаціях охорони здоров'я, соціального захисту, у вищих та середніх навчальних закладах, у науково-дослідних організаціях за профілем "Охорона здоров'я", у медичних установах, організаціях та їх підрозділах), незалежно від відомчої приналежності.

Після закінчення терміну навчання випускники австрійських медичних університетів набувають:

– сформовану особисту потребу в подальшій безперервній освіті, підвищенні кваліфікації;

– професійну мобільність як можливість подальшого здобуття будь-якої клінічної і наукової медичної спеціальності;

– можливість перепідготовки відповідно до змін ринку праці в охороні здоров'я, особистих потреб [3].

У зв'язку з розвитком австрійського суспільства, впливом конкретних історичних умов відбувається і розвиток медицини як галузі знань. Спочатку медицина була народною. У результаті поділу праці з'явилися люди, які претендували на виконання функцій лікування в суспільстві. Накопичені знання і вміння передавалися з покоління в покоління. Встановлювалися зразки поведінки членів цієї професійної групи. Медицина переживала ремісничий період розвитку (співіснування понять "лікар", "майстер"). Середньовічна медицина носила відбиток церкви і схоластики, мала безліч догматичних підходів до лікування хвороб. Епоха Відродження в Австрії, що базувалася на відкриттях античності, дала поштовх розвитку професійної медичної діяльності. З'явилися перші університети з відкриттям у них медичних факультетів. Подальше накопичення медичних знань пов'язано з численними природно-науковими відкриттями, що, в свою чергу, сприяло спеціалізації медицини. Цей процес зробив свій вплив на професійні функції австрійських лікарів у напрямку їх ускладнення [4].

Важливим об'єктивним фактором, що впливає на виконання професійних функцій лікарів, є територія. Аналіз медичної діяльності лікарів в Австрії дозволяє зробити висновок про те, що на певній території, в силу природно-кліматичних умов, демографічних, статевікових особливостей, розвиток матеріального виробництва має свої риси, що здійснює істотний вплив на надання медичної допомоги населенню. Для всіх територій єдиним є характер медичної діяльності,

але економічна основа існування у всіх різна. Незважаючи на те, що діяльність лікарів спрямована на збереження і зміцнення здоров'я людей, характер діяльності, робоче місце, знаряддя праці у них різні. Економічні характеристики соціально-професійної групи лікарів Австрії відрізняються. Так, система оплати праці та матеріального стимулювання для кожного лікаря визначається кваліфікацією, стажем роботи, специфікою установи, умовами праці [4].

У зв'язку зі спеціалізацією і різким зростанням інструментальних і лабораторних методів обстеження в Австрії інтенсифікується діяльність кожного окремого спеціаліста, а кожного хворого ставлять перед необхідністю звертатися в процесі обстеження і лікування до значної кількості фахівців. Зростає число контактів і зменшується їх тривалість. Втрачає силу принцип "лікувати не хворобу, а хворого", відбувається "деперсоніфікація" хворого як споживача медичної допомоги. Тенденція змін у професійній діяльності австрійських лікарів, пов'язана з розвитком науково-технічного прогресу, новими формами організації медичної допомоги [5].

Складність структури медичної діяльності в Австрії визначається різноманітністю її функцій. Залежно від характеру праці лікарів виділяють такі функції: лікувально-профілактичну, відтворювальну, управлінську, соціально-гуманістичну, виховно-педагогічну, соціально-престижну, культурно-творчу.

Зasadничою для лікарів є *лікувально-профілактична функція*, в основі якої профілактика – головний напрям. На сьогодні ця функція набула особливого значення і стала найбільш адекватним способом реалізації сутності медичної професії. Вона у своєму предметному змісті включає: здійснення прийому хворих, відвідування хворих удома, профілактичну роботу (вакцинація, заходи з попередження інфекційних захворювань), лікування хворих у стаціонарі, надання екстреної допомоги, направлення за показаннями на госпіталізацію, направлення на консультацію до фахівців, проведення експертизи тимчасової непрацездатності, проведення медичних оглядів, обстеження хворих за допомогою сучасного медичного обладнання, ведення облікової та звітної документації тощо. Науковий напрямок цієї функції визначено в силу того, що реалізація медичної діяльності неможлива без наукового фундаменту.

Медична наука покликана вивчати морфо-фізіологічні та психоемоційні умови людського існування в його зв'язку із соціальними і природно-кліматичними умовами життя, прогнозувати динаміку захворюваності тощо. Відновно-оздоровчий напрям має та-

кож профілактичний характер. Його сутність полягає у відновленні здоров'я пацієнта після перенесеного захворювання, підтриманні необхідного рівня якості здоров'я. На сучасному етапі в Австрії більш досконалим став розвиток профілактичної медицини. Структурними підрозділами системи охорони здоров'я (центри медичної профілактики, медичні інформаційно-аналітичні центри, відділення, кабінети профілактики) проводиться:

- добровільна (за ініціативою обстежуваного), планова індивідуальна і масова скринінг-діагностика із визначення рівня і резерву здоров'я населення, оцінка функціональних резервів організму;
- розробка засобів оперативного медичного контролю за особами, що беруть участь в оздоровчих заходах;
- розробка технологій омолодження і активного довголіття;
- розробка нових методів експрес-діагностики;
- створення єдиної системи диспансеризації населення.

Відтворювальна функція. У своєму конкретно-предметному змісті вона передбачає відтворення робочої сили, відіграючи в цьому істотну, хоча й опосередковану роль, і спрямована на економне витрачання живої праці. Особливу соціальну значимість ця функція набуває в сучасних умовах, у зв'язку з тим, що ринок медичних послуг має особливості на різних рівнях надання медичної допомоги. У даному випадку з позицій регульованого ринку одне з основних завдань для організаторів охорони здоров'я – наповнення даного сегмента ринку мінімально необхідним набором медичних послуг. У системі охорони здоров'я повинні домінувати елементи прогнозування і планування, що базуються не тільки на ресурсних показниках, але й на потребах населення в медичній допомозі.

Управлінська функція включає в себе управління процесом формування, підготовки, використання та розподілу кадрів медичної професії, управління системою організації охорони здоров'я, управління підвищенням ефективності медичної праці тощо. Цю функцію можна розподілити на:

- 1) участь в управлінні відтворенням робочої сили;
- 2) експертно-розподільну, оскільки лікар бере участь в ролі експерта у розподілі суспільних фондів споживання;
- 3) регулюючу, оскільки праця по рівноправній охороні здоров'я виступає фактором вирівнювання соціальної нерівності.

Соціально-гуманістична функція включає в себе напрямки з формування здорового способу життя.

Вона охоплює різні сторони людської життєдіяльності: спосіб життя, сім'ю, шлюб, демографію, урбанізацію, екологію тощо. На сьогодні формування здорового способу життя серед населення особливо актуальне і необхідне, оскільки потребують покращення показники якості здоров'я, має місце ведення нездорового способу життя, зневажливе ставлення до свого здоров'я. Зважаючи на погіршення екологічної ситуації, соціально-гуманістична функція активізується у проведенні вторинної профілактичної роботи, коли вже лікарі мають справу з різними недугами, пов'язаними з екологічним середовищем. Реалізація даної функції відбувається шляхом безпосереднього особистого спілкування, виступами в засобах масової інформації, у діяльності різних медичних організацій. Сюди відноситься і система орієнтованих шкіл при конкретних захворюваннях, які створюються для профілактики ускладнень при таких захворюваннях, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, бронхіальна астма.

Педагогічно-виховна функція. Значення її в сучасних умовах зросло в силу появи нових вимог до суб'єкта медичної діяльності, розвитку медичної науки як такої, потреби у формуванні професійної культури фахівця і медичної культури населення. Педагогічно-виховна функція не обмежується лише стінами навчального закладу. Лікарі є тим середовищем, де триває процес формування, підготовки та виховання людини, що вступила у сферу професійної медичної діяльності. Сюди відноситься і постійна самоосвіта, участь у громадському житті лікувального закладу, розробці та впровадженню інноваційних технологій, санітарно-освітній роботі серед населення, видання публікацій, участь у медичних конференціях, конкурсах професійної майстерності, наставництво і робота зі студентами медичних навчальних закладів.

Соціально-престижна функція спрямована на формування професійного авторитету, підвищення престижності медичної професії. Лікар у процесі спілкування з пацієнтами несвідомо чи усвідомлено, своєю розмовою, поведінкою, професійними діями, формує у людей уявлення не тільки про самого себе як фахівця чи особистості, він перш за все створює можливість оцінити свою професію іншими людьми, формує її професійну і соціальну значимість. Ця функція сприяє професійній орієнтації і вибору майбутньої професії серед молодіжної аудиторії.

Культурно-мистецька функція різноманітна у своїх проявах. Вона включає трудову творчість, науково-технічну, соціально-політичну, духовну. Трудова творчість є формою різних трудових починань, в

організації самоврядування, у розробці творчих планів, у діяльності із впровадження новітніх досягнень у медичній науці тощо. Науково-технічна творчість полягає у раціоналізації та винахідництві, які є результатом удосконалення професіоналізму медичних працівників. Соціально-політична творчість проявляється в активізації політичної діяльності, політичної зацікавленості. Духовний напрямок реалізується у формі художньої самодіяльності, образотворчого мистецтва, літературній творчості тощо. Слід відзначити той факт, що в професійних функціях лікарів багато часу займають адміністративні функції (господарські, оформлення медичної документації, управлінські). Лікарі відзначають, що цей факт заважає їм якісно і в строк виконувати свої посадові обов'язки [11].

Зокрема, у професійних функціях хірургів змінилися підходи до хірургічного втручання, оперативного лікування у зв'язку з новим медичним обладнанням, з упровадженням новітніх наукових розробок. У функціях акушерів-гінекологів з'явилися зміни у спостереженні категорії пацієнтів – впроваджена система безперервного спостереження, УЗД-скринінги, виявлення ранньої патології внутрішньоутробного розвитку плода за допомогою новітньої техніки.

Проведення моніторингу здоров'я населення в Австрії теж позначилося на професійній діяльності лікарів. Раннє виявлення захворювань привело до збільшення кількості звертань до лікарів за наданням медичної допомоги. У лікарів-епідеміологів змінилися схеми лікування інфекційних захворювань у бік використання лікарських препаратів нового покоління. Вибір лікарем оптимальних методів діагностики та лікування із зростаючої кількості терапевтичних засобів є складним інформаційним завданням. Розвиток інформаційних технологій в австрійській медицині є необхідністю, обумовленою економічними тенденціями. Провідна роль у медичних інформаційних технологіях відводиться запобіганню медичним помилкам. Телемедицина дозволяє використовувати дуже складні форми передачі інформації. Не можна не відзначити факт передачі медичної інформації туди, де відстань є критичним фактором. На базі телемедичних центрів проводяться консультації хворих і теленавчання лікарів [6].

Проведений аналіз показує, що здебільшого оцінка професійних функцій лікарів визначається підняттям престижу праці медичних працівників, новими організаційними рішеннями з боку держави, значними матеріальними внесками у підтримку і розвиток галузі охорони здоров'я.

Вибір пріоритетів в охороні здоров'я намітився в Австрії в останні десять років. Основним напрямом

удосконалення системи управління в охороні здоров'я стає забезпечення її цілісності за рахунок єдиних систем планування, нормування, стандартизації, ліцензування, сертифікації, єдиної технологічної, технічної і кадрової політики, а також чіткого поділу компетенції між федеральним, земельним, муніципальним рівнями. Перспективи розвитку охорони здоров'я Австрії значною мірою залежать від стану професійного рівня і якості підготовки медичних кадрів, як головного ресурсу охорони здоров'я [2].

Одним із завдань реформи охорони здоров'я Австрії і соціального благополуччя є підвищення громадської задоволеності медичним обслуговуванням. Все це вимагає перетворення моделі професійної діяльності медичних працівників і системи охорони здоров'я. Лікарі в сучасному світі зберігають своє положення і зміст діяльності, роль їх професії анітрохи не зменшується, а швидше зростає. Поява нових хвороб, боротьба медиків з уже наявними, зростаюча увага великої кількості членів суспільства до свого здоров'я сприяють збереженню і зміцненню становища лікаря у суспільстві, в першу чергу, в силу специфіки їх діяльності. Обставини зобов'язують лікарів вирішувати складні питання як професійні, так і етичні, соціальні, психологічні, правові тощо. Причому необхідно враховувати національну специфіку та традиції щодо вирішення багатьох питань у здійсненні професійної лікарської діяльності. Лікар повинен швидко приймати управлінські рішення в межах своєї компетенції в таких питаннях, як застосування апаратів для підтримки життя в критичних ситуаціях, трансплантація органів і проблема донорства. Необдумане застосування медичних досягнень може призвести до зміни рівноваги ціннісних орієнтирів у суспільстві. Отже, до чинників, що зумовлюють необхідність формування нової парадигми організаційно-методичного забезпечення медичної діяльності, доцільно віднести:

- інтенсивний розвиток нових медичних технологій;
- необхідність безперервної медичної освіти, як фактора забезпечення якості медичної допомоги;
- більш оперативне інформаційне забезпечення служби;
- ліцензування медичної і фармацевтичної діяльності;
- інноваційні технології в галузі діагностики й оперативного лікування;
- рекомендації, вироблені з урахуванням кращого досвіду в медичній галузі;
- розвиток відновлювальної медицини шляхом застосування переважно немедикаментозних методів;

– диференційована підготовка медичних кадрів залежно від потреби населення, зростання медичних послуг [8].

Розглядаючи медичну професію в аксіологічному плані, необхідно зазначити, що її структурування відбувається навколо системи моральних цінностей. Медична етика має ряд істотних відмінностей, головними з яких є домінанта деонтологічної проблематики і певне посилення неформальних санкцій, у порівнянні з іншими етичними системами [9].

Зростання уваги до етичної культури лікаря зумовлено як об'єктивними труднощами, з якими стикаються лікарі під час діяльності, так і розвитком теоретичної та практичної медицини. Сьогодні розвиток трансплантології, неонатології, ендоскопії, фармакології тощо забезпечує можливість подолання захворювань та травм, які вважалися смертельними ще кілька десятиліть тому [1]. Аналіз наукових досліджень доводить, що питання нормативної професійної етики і деонтології розглядали у своїх роботах Р. Апрусян, Ю. Шрейдер, Р. Шпеман та ін. Медична етика і деонтологія, що вивчають принципи поведінки медичного персоналу, спрямовані на максимальне підвищення ефективності лікування, проблеми виключення несприятливих чинників у професійній поведінці лікарів, систему взаємовідносин між медпрацівниками в колективі, а також у роботі з пацієнтами, способи усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної допомоги.

Певні вимоги до професійної поведінки лікарів складають предмет вивчення медичної етики. Роз'єднувати зміст терміну “деонтологія” з його тлумаченням в етичній науці недоцільно. Деонтологія є вченням про моральний обов'язок і як така є частиною етики. Деонтологія в медицині – це конкретизація медичної етики у відповідності з різними спеціальностями, різними сферами медичної діяльності, різними ланками медичної праці; це колективний моральний, духовно-практичний досвід медицини, школа професіоналізму в медицині, мистецтва вибору найоптимальніших засобів для затвердження медичного гуманізму; це застосування на практиці принципів і норм медичної етики з метою максимального підвищення суми суспільної корисності і максимального усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної допомоги [2].

Література

1 Агаркова А. О. Деякі аспекти формування професійно-етичної культури майбутнього лікаря / А. О. Агаркова // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2010. – № 7 (194). – С. 10–14.

2. Aertzliches Berufsrecht [Електронний ресурс]. – Режим

Відомо, що науково-технічний прогрес супроводжується впровадженням у практику охорони здоров'я модернізованого медичного обладнання, які змушують по-новому розглядати традиційні норми медичної етики. Наприклад, сучасні можливості реанімації іноді вступають у протиріччя з моральними поняттями, що ставить лікаря в скрутне становище під час виконання ним лікарського обов'язку. Так, за допомогою сучасного обладнання і відкриттів у фармацевтичній галузі можна зберегти людині життя протягом тривалого часу, знаючи, що значні зміни в корі головного мозку спричинять за собою певну соціальну неповноцінність особистості. У даний час є багато випадків, коли люди, не приходячи до тями, живуть в реанімаційних відділеннях тижнями і місяцями. Лікарі впевнені у безперспективності лікування такого хворого, але не мають морально-етичного права відключити апарати штучного дихання і кровообігу, оскільки в протилежному випадку їх дії можуть розглядатися як евтаназія.

Серйозні морально-етичні проблеми виникають у ряді випадків при трансплантації органів і тканин живих осіб і трупів, у роботі медико-генетичних консультацій (штучне запліднення, вибір статі тощо). Зміни відбуваються у морально-етичній свідомості лікарів. Сьогодні медична мораль не здатна виступати в якості регулятора суспільних відносин, із зростанням технічного прогресу в медицині моральні норми трансформуються у правові. Сприяючи гуманізації медицини, етика впливає на формування професійної самосвідомості медиків, формуючи й оновлюючи моральні регулятори когорти медичних працівників, структурує дану професійну групу навколо системи моральних цінностей [11].

Висновки. Отож, ґрунтовний аналіз наведених матеріалів засвідчує, що провідним чинником розвитку професійної групи лікарів Австрії виступає їх професійна діяльність. Лікарі покликані бути кваліфікованими фахівцями, що не лише розуміють свої вузько-професійні завдання, а й обізнаними у питаннях медичної етики, психології, юриспруденції, інформаційних технологій, нових методів діагностики та лікування хвороб, адаптованими до змін, що відбуваються у суспільстві.

доступу: < <http://www.fa-gesundheitsberufe.at/component/content/article/83-lexikon/160-aerztliches-berufsrecht> > – Загол. з екрана. – Мова нім.

3. Die Zielgruppe des FA Gesundheitsberufe [Електронний ресурс]. – Режим доступу : < <http://www.fa->

gesundheitsberufe.at/der-fachausschuss-menu-fa-gesundheitsberufe-130/zielgruppe-menu-fa-gesundheitsberufe-132> – Загол. з екрана. – Мова нім.

4. Elliger T. Die Mediziner Ausbildung in Osterreich. Analyse eines Studiengangs in seinem historischen und sozialen Kontext / Tilman Elliger. – Munchen, 1986. – 250 s.

5. Guidance on CPD [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.gmc-uk.org/education/continuing_professional_development/cpd_guidance.asp – Загол. з екрана. – Мова англ.

6. Happel S. Arzthelferinnen sollen Krankenhausarzte von Verwaltungstatigkeiten entlasten / S. Happel, R. Kaiser // Hessisches Arzteblatt. – 2003. – № 9. – S. 393–394.

7. Kaiser R. Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

von Arzten im Krankenhaus / R. Kaiser // Deutscher Arzte-Verlag. – 2002. – S. 45–48.

8. Kohler S. Junge Arzte – Ausstieg aus der Patientenversorgung? / S. Kohler, R. Kaiser // Hessisches Arzteblatt. – 2003. – № 9. – S. 462–464.

9. Maulen B. Forderung der Arztegesundheit: Es besteht Nachholbedarf / B. Maulen // Dtsch. Arztebl. – 2002. – № 99. – S. 34–39.

10. Schober B. Young physicians' competences from different points of view / B. Schober, C. Spiel, R. Reimann // Med Teach. – 2004. – № 26(5). – P. 451–457.

11. Trappl R. Wissenschaft und Medizin / R. Trappl. – Facultas, 2005. – 192 s.

УДК 615.03:371.3

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

I. В. Мерецька

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

MODERN ASPECTS OF ORGANIZATION OF TEACHING THE CLINICAL PHARMACY FOR STUDENTS OF PHARMACEUTICAL FACULTY

I. V. Meretska

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

Стрімкий розвиток фармацевтичного виробництва, поява значного числа оригінальних та генеричних засобів, розширення меж “самолікування” вимагають підвищення якості підготовки провізорів і передбачають глибокі знання основних питань етіології, патогенезу, симптоматики найважливіших захворювань, фундаментальних понять і проблем загальної та спеціальної фармакології, критеріїв діагностики невідкладних станів, методології вибору найбільш ефективних і безпечних лікарських засобів.

The rapid development of pharmaceutical production, the emergence of large number of original and generic drugs, expanding the limits of “self-treatment” requires improving the quality of training of pharmacists and provides in-depth knowledge of basic issues of etiology, pathogenesis, symptoms of major diseases, the fundamental concepts and problems of general and special pharmacology, diagnostic criteria of emergency conditions and methodology of selecting the most effective and safe medicines.

Вступ. Медикаментозна терапія застосовується в абсолютній більшості хворих і за прогнозами у ХХІ сторіччі очікується збільшення кількості жителів старших вікових груп, що призведе до неминучого зростання захворюваності та необхідності індивідуалізації лікування. Впровадження у клінічну практику великої кількості лікарських засобів (ЛЗ) вимагає вивчення не тільки ефективності і безпеки їх застосування, але й створення єдиної методології для дослідження фармакокінетики, фармакодинаміки, взаємодії і побічної дії ліків у хворих [1]. Це обґрунтовує введення у програму підготовки провізора предмета клінічної фармації, яка являє собою інтегрований досвід багатьох галузей медико-біологічних знань і, перш за все, досвід щодо індивідуалізованого застосування лікарських засобів.

Основна частина. Мета викладання клінічної фармації – навчити майбутнього провізора методології вибору найбільш ефективних і безпечних лікарських засобів або їх комбінацій для інформації лікарів на основі знань фармакокінетики, фармакодинаміки, фармакогенетики, фармакоепідеміології, фармакоеконіміки, взаємодії лікарських засобів, небажаних медикаментозних реакцій, принципів доказової медицини тощо.

Викладання клінічної фармації провізорам проводиться відповідно до діючої навчальної програми, яка структурована на модулі, змістові модулі, теми. Програму поділено на 3 модулі: модуль 1 – загальні питання клінічної фармації, клінічна фармація в кардіології, ревматології, пульмонології, нефрології; модуль 2 – клінічна фармація в гастроентерології, гепатології, гематології, ендокринології, алергології; модуль 3 – фармацевтична опіка під час випуску безрецептурних лікарських препаратів.

Відповідно до навчального плану викладання клінічної фармації для студентів фармацевтичного факультету здійснюється у 8 семестрі (IV курс) і 9 семестрі (V курс) – всього 378 годин (10,5 кредитів).

Засвоєння дисципліни здійснюється за допомогою лекцій, практичних та семінарських занять, самостійної роботи студентів, консультацій. Лекційна програма нерозривно пов'язана з програмою практичних занять. Завдання лекційного курсу полягає в тому, щоб дати орієнтацію у поняттях симптомів і синдромів основних захворювань внутрішньої медицини, у здійсненні принципу вибору ефективних і безпечних груп лікарських засобів, а також вибору конкретного препарату з урахуванням функціонального стану організму хворого.

© I. В. Мерецька

Завдання практичних та семінарських занять – формування вмінь та навичок, необхідних для діяльності провізора у галузі забезпечення лікарів і споживачів лікарських засобів інформацією з клінічної фармакології препарату з метою найбільш раціонального його застосування. Основний акцент робиться на різні форми практичної роботи студента, спрямовані на активізацію навчально-пізнавальної діяльності студентів на основі позааудиторної самопідготовки, роботи на практичних заняттях, знання та вміння виконувати передбачені програмою практичні навички.

Практичні заняття передбачають роботу біля ліжка хворого з визначенням симптомів і синдромів захворювання, збір лікарського анамнезу, ознайомлення з медичною документацією (історією хвороби), аналіз листків лікарських призначень, визначення критеріїв ефективності та безпеки призначеної лікарської терапії.

Оптимальною формою практичної роботи є система клініко-ситуаційних завдань, розроблених на кафедрі, які повинні передбачати проведення інформаційно-пошукової роботи провізора щодо вибору лікарських засобів з оформленням протоколу призначення ефективних і безпечних груп, рекомендації необхідних методів контролю за ефективністю і безпечністю обраного препарату із зазначенням можливих небажаних медикаментозних реакцій і оцінкою вірогідності їх розвитку і способів корекції.

З метою підвищення творчої активності майбутніх спеціалістів усі види роботи студента об'єднуються у виконання курсової роботи (науково-практичної самостійної роботи), що сприяє розвитку у студентів навичок роботи з літературою, вчить узагальнювати та використовувати отримані знання.

На кафедрі розроблені навчально-методичні матеріали у вигляді методичних вказівок для студентів, матеріалів для підготовки студентів до лекцій та практичних занять, створений банк тестових завдань для проведення щоденного альтернативного дистанційного контролю знань студентів за системою "Moodle" та семестрового тестового іспиту.

Заняття складається з таких трьох частин, як: практична частина, семінарське обговорення і контроль знань. За кожен частину студент отримує оцінку, потім всі оцінки додаються і виставляється вже єдиний сумарний бал за конкретне заняття.

У сучасних умовах відбуваються суттєві зміни у функціональних обов'язках провізора. Спеціалісту фармації, особливо зайнятому безпосереднім відпуском ліків, недостатньо вміння вільно орієнтуватися у фундаментальних поняттях і проблемах загальної і

спеціальної фармакології, порівняльній характеристиці нових препаратів, їх ефективності і безпечності, взаємодії між собою і з їжею. Необхідним також є знання основних питань етіології, патогенезу, симптоматики найважливіших захворювань, навичок діагностики невідкладних станів. Це важливо для кваліфікованої консультації пацієнтів, здійснення фармацевтичної опіки. Особливе значення мають препарати безрецептурного відпуску (ОТС-препарати), частка яких становить більше 65 % асортименту ліків; вони являють собою "зону особливої відповідальності" фармацевтичного працівника. Значне збільшення кількості готових лікарських форм, розширення номенклатури лікарських засобів, що відпускаються без рецепта лікаря, самолікування приводять до того, що все більше місце в професійній діяльності провізора набуває консультативно-інформаційна робота, фармацевтична допомога. У зв'язку з цим випускнику фармацевтичного факультету доводиться виступати в ролі консультанта по вибору лікарського препарату, вибору його найбільш придатної лікарської форми, часу і режиму прийому з метою забезпечення максимальної і безпечної фармакотерапії.

Провізор, який є часто єдиним консультантом з лікарського препарату, повинен вияснити, для усунення якого симптому вибирається засіб. Важливо визначити (на основі опитування пацієнта), чи не є даний симптом проявом захворювання, яке вимагає обов'язкового звернення до лікаря; визначити фармакологічну (фармакотерапевтичну) групу ЛЗ для усунення даного симптому; вибрати серед ЛЗ певної групи оптимальний для даного пацієнта. Все це стає можливим при вивченні фармацевтичної опіки як розділу клінічної фармації.

У процесі освіти найбільш важливе завдання – безперервне випереджаюче інформування студентів про останні розробки, які потенційно використовуватимуться у клінічній практиці з урахуванням принципів раціональної фармакотерапії з позицій доказової медицини [2]. Тому кардинальним завданням вищої медичної і фармацевтичної школи є підготовка спеціалістів з фундаментальною професійною освітою, що забезпечує глибоке знання проблеми, професійну компетентність і мобільність спеціалістів [3]. В аптеці знання клінічної фармації допомагає орієнтуватися у величезній масі ЛЗ, щоб не нашкодити хворим і здоровим людям. Ці знання допомагають у спілкуванні зі споживачами, сприянні їм у виборі ЛЗ.

Висновок. Таким чином, теоретичною базою для проведення консультативної роботи серед лікарів і населення з питань раціональної лікарської терапії, а

також для здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів є клінічна фармація.

В умовах стрімкого розвитку фармацевтичного виробництва, появи значного числа оригінальних та генеричних засобів, встановлення ринкових відносин, розвитку тенденції розширення меж “самолікуван-

ня” передбачається підвищення ролі провізора як активного помічника лікаря і консультанта пацієнта. Без знань клінічної фармакології препаратів провізор не зможе реально оцінити ефективність і безпечність засобів, що рекламуються, і протистояти в деяких випадках агресивній рекламній політиці.

Література

1. Крауз В. А. Об опыте преподавания клинической фармакологии на фармацевтическом факультете / В. А. Крауз, Е. В. Коноплева // Мат. научн.-практич. конф. с международным уч. “Подготовка кадров для фармацевтической отрасли : вызовы времени”, посвященной 90-летию СПХФА, 2009. – С. 178–180.

2. Хапалюк А. В. Общие вопросы клинической фармакологии и доказательной медицины : пособие / А. В. Хапалюк. – Мн. : Промпечать, 2007. – 74 с.

3. Вдовиченко Ю. Дискусійні питання безперервного професійного розвитку / Ю. Вдовиченко, О. Вернер, Д. Головань // Ваше здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 8.

УДК 616.053.2:378.147

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

Ю. М. Нечитайло, О. Г. Буряк, Д. Ю. Нечитайло

Буковинський державний медичний університет

EXPERIENCE OF TEACHING FOR FOREIGN STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF PROPAEDEUTICAL PEDIATRICS

Yu. M. Nechytskylo, O. H. Buriak, D. Yu. Nechytskylo

Bukovynian State Medical University

У статті розкривається досвід викладання пропедевтичної педіатрії на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб у Буковинському державному медичному університеті за кредитно-модульною системою студентам з англійською формою навчання. Описані основні методики, що застосовуються в процесі навчання, роль самостійної підготовки.

The article adduces the experience of teaching of Propaedeutic Pediatrics at the Department of Propaedeutic of Child's Diseases in Bukovynian State Medical University by the credit-modular system. Basic methods which are used in the process of studies, role of independent preparation, are described.

Вступ. Вхідження України до єдиного Європейського та світового освітнього простору вимагає модернізації системи вищої освіти України, яка є одним з найважливіших стратегічних завдань забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог [1]. На цьому підґрунті розвиток викладання медичних дисциплін у нашій країні стає адаптованим і узгодженим з процесами, що відбуваються в Європі [2].

Актуальною постає проблема вдосконалення методичних особливостей викладання медичних дисциплін, зокрема пропедевтичної педіатрії, студентам-іноземцям в українських ВНЗ у контексті євроінтеграції освітніх послуг. Важливість зазначеної проблематики пов'язана з впровадженням Болонського процесу в Україні, залученням іноземного досвіду викладання та розширення спектра освітніх послуг, з активною комп'ютеризацією процесу навчання, а також особливостями застосування інноваційних навчальних методик [3].

Основна частина. Основною метою педагогічного процесу у вищому навчальному медичному закладі є підготовка висококваліфікованих медичних кадрів. Тим більше в наш час, коли гостро постає питання підготовки лікаря загальної практики. Це питання повинно вирішуватись всіма ланками навчання. Одна логічна дедуктивна система, яка є результатом об'єднання всіх цих компонентів в єдине ціле і являє собою інтеграцію навчального процесу.

На кафедрі пропедевтики дитячих хвороб Буковинського державного медичного університету існує методичне забезпечення у вигляді матеріалів для підготовки до практичних занять, презентацій лекцій, методичних розробок для студентів, алгоритмів практичних навичок, наборів тестових завдань, методичних розробок для викладачів.

Орієнтуючись на сучасні тенденції, ми повинні розуміти, що інтеграція не може обмежуватись лише навчальним процесом. Самостійна робота студентів є невід'ємною її складовою. В цьому плані велику роль у підготовці до практичного заняття відіграє використання сервера дистанційного навчання університету в системі "Moodle". Наприклад, при вивченні англійськими студентами тематичного модуля "Ріст і розвиток дитини", який має конкретні цілі: 1) знати місце пропедевтики педіатрії в системі загальної медицини; 2) знати принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям; 3) знати правила санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у дитячих лікувально-профілактичних закладах; 4) трактувати критерії здоров'я дитини; 5) аналізувати основні статистичні показники діяльності лікувально-профілактичних закладів; 6) інтерпретувати історичні етапи розвитку педіатрії в Україні; 7) аналізувати особливості різних періодів дитячого віку, ми орієнтували увагу студентів на навчальний сайт, створений на сервері дистанційного навчання університе-

© Ю. М. Нечитайло, О. Г. Буряк, Д. Ю. Нечитайло

ту, який абсолютно повністю відповідає всьому спектру необхідних знань для засвоєння даного модуля.

У системі навчання студентів-іноземців використання комп'ютерних технологій та Інтернет-ресурсів надає можливість займатись професійним саморозвитком у зручний для них час, а не як традиційно "за розкладом". Кожний самостійно визначає для себе місце, тему роботи, що взагалі не впливає на звичайний ритм життя. З цієї позиції ми акцентуємо увагу на переваги широкого використання віртуальних підручників та лекційного матеріалу на сайті віртуальної бібліотеки.

Запитання проміжного та підсумкового тестового контролю знань студентів частково включаються до тем лекцій, та теоретичних курсів. Саме ці питання повинні бути цілеспрямовані на особливості подання теоретичного матеріалу студентам, особливо з англійською формою навчання. Вищеперелічені прийоми вивчення теоретичного матеріалу дають можливість їм максимально застосовувати отримані знання при вирішенні тестових завдань.

Якість результатів навчання, можливість їх застосовувати при вивченні інших дисциплін та в повсякденній професійній діяльності є нашим пріоритетним напрямком по застосуванню тестового контролю. Перевірка рівня знань студентів за допомогою тестів проводиться як по закінченню всього курсу пропедевтичної педіатрії, так і після вивчення окремих розділів дисципліни. Саме така методика дає змогу максимально об'єктивно оцінити рівень теоретичних знань кожного студента.

Проте основна частина студентів, готуючись до занять, користується лише матеріалами, які наведені на сервері дистанційного навчання або підручниками, незважаючи на те, що підготовка передбачає використання наукових статей зі спеціальності і даних з різноманітних сайтів Інтернету. Зокрема, відсоток правильних відповідей різко падає, коли питання складені не на основі підручника або віртуальних навчальних матеріалів, а базуються на лекційному матеріалі.

На кафедрі створено банк тестових завдань з дисципліни "Пропедевтична педіатрія" для оцінки навчальних досягнень студентів-іноземців 3 курсу. Для цього були використані багатовибіркові тестові завдання, що складаються з умови та списку варіантів відповідей, з яких екзаменовані мусить вибрати найбільш правильну відповідь. Тест складається з описання певної проблеми, яка ставиться перед екзаменованим, і відповідно варіантів відповідей, що є правдоподібними і відповідають одній предметній

сфері. У більшості міжнародних тестових системах даний формат є найбільш уживаним, тому що забезпечує найменшу тестову невалідність і достатню діагностичну спроможність. Кафедра проводить періодичну оцінку валідності тестів і замінює тести, на які жоден із студентів не зміг дати відповідь, на легші, на які відповідали практично всі студенти.

Спираючись на те, що основи вивчення навчальної дисципліни "Дитячі хвороби" починаються саме з вивчення пропедевтичної педіатрії, підхід до викладання матеріалу повинен бути по-особливому своєрідним. Пропедевтика є не тільки вступом до педіатрії, а й зв'язуючою ланкою викладання теоретичних і клінічних дисциплін.

Оволодіння практичними навичками, на думку працівників кафедри, є дуже важливими, тому їм приділяється велика увага. Засвоєння знань на практиці розподілені за темами модулів. Для правильного розуміння спочатку методика практичної навички пояснюється, а вже потім демонструється алгоритм її виконання. На практичному занятті весь процес та рівень засвоєння знань пильно контролюється викладачами. Студенти зобов'язані проводити вечірні чергування в стаціонарі клінічної бази кафедри, для більш ретельного засвоєння практичного матеріалу. З'ясування незрозумілих моментів, удосконалення навичок на практиці проводиться під час самостійної роботи студентів, в кількості 55 годин, які передбачені навчальною програмою.

Рівень оволодіння практичними навичками оцінюється не тільки з точки зору теоретичного знання, а й виконання її на практиці безпосередньо біля ліжка хворого під контролем викладача.

Під час написання академічної історії хвороби студенти мають найкращу можливість засвоїти практичні навички. Професійне володіння викладачами англійською є обов'язковим, особливо під час проведення занять з англійськими студентами, які мають змогу отримати вичерпні відповіді на ті чи інші запитання, які в них виникли, зрозумілою для них мовою.

Саме завдяки самостійній роботі студентів, при підготовці до занять в домашніх умовах, активності на практичних заняттях, курації хворих з наступним написанням історії хвороби в майбутнього лікаря формується прагнення до постійного самовдосконалення, розвивається клінічне мислення, стимулюється відновлення знань з фундаментальних дисциплін.

Оскільки відпрацювання пропущених занять на відробках не відповідають повноцінному практичному заняттю, на кафедральних нарадах постійно йде обговорення рівня академічної успішності та вироб-

ничої дисципліни студентів-іноземців. Відповідно, це має свої причини, а саме:

- переважна кількість іноземних студентів з'являються на відробки за 2-3 тижні до складання модульного контролю;
- не в повному обсязі дають відповідь на запитання програми;
- нерідко студенти приходять погано підготовленими;
- якість написання рефератів з пропущених лекцій низька, і не відповідає, в повному обсязі, навчальній програмі;
- найголовніше – на відробітках важко створити умови для повноцінного набуття практичних навичок.

Внаслідок цього студенти, які мають велику кількість пропущених занять, не засвоюють елементарні практичні навички та отримують незадовільні оцінки під час складання модульного контролю.

Однією з найбільших перешкод, яка постає при роботі з студентами-іноземцями, є недостатнє їх володіння українською мовою, що необхідно при роботі з пацієнтами в стаціонарі. Слабкий рівень знань української мови, малий лексичний запас є недостатнім

Література

1. Результати впровадження інноваційних технологій навчання за кредитно-модульною системою у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова / В. М. Мороз, Ю. Й. Гумінський, Т. Л. Полєся, Л. В. Фоміна // Інноваційні методики викладання в сучасній вищій освіті : навч.-метод. конф., 7 квіт. 2011 р. : тези допов. – Вінниця, 2011. – С. 3–8.

2. Бойків А. Б. Досвід впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу з пропедевтики

для спілкування з пацієнтами і засвоєння повною мірою методики збирання анамнезу при самостійній роботі студента.

Висновок. В умовах кредитно-модульної системи організація навчального процесу серед іноземних студентів має свої особливості. Введення кредитно-модульної системи спонукає студентів систематично готуватися до занять, а використання новітніх технологій системи дистанційного навчання дає можливість ефективно підвищити якість навчального процесу, збільшити рівень інформованості та підготовки студентів, оволодіти сучасними комп'ютерними технологіями роботи, індивідуалізувати та систематизувати навчання, підвищити вміння студентів працювати з різними джерелами інформації, що є необхідною умовою для подальшого зростання професійних якостей майбутнього лікаря. Саме підвищення ролі самостійної підготовки дає можливість раціонально організувати та збільшити ефективність навчання іноземних студентів-медиків.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку ми вбачаємо в пошуках нових форм оптимізації практично-орієнтованого викладання пропедевтичної педіатрії.

ортопедичної стоматології / А. Б. Бойків // Медична освіта. – 2011. – № 1. – С. 55–57.

3. Нечитайло Д. Ю. Особливості викладання пропедевтичної педіатрії іноземним студентам на англійській мові / Д. Ю. Нечитайло, О. Г. Буряк // Актуальні питання підготовки медичних та фармацевтичних фахівців у контексті європейської освітньої інтеграції : навч.-метод. конф., 20 квіт. 2011 р. : тези допов. – Чернівці, 2011. – С. 159.

УДК 614.252:374.6+61(07)

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Е. В. Олійник

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

THE MODERN PROBLEMS OF PREPARATION OF PHYSICIANS DURING POST-GRADUATE EDUCATION

E. V. Oliynyk

Bukovynian State Medical University, Chernivtsi

Для України, яка зараз затверджує себе в якості незалежної та рівноправної держави, наявність повноцінної сучасної системи післядипломної медичної освіти, що буде визнана світовим співтовариством, є життєвою необхідністю. Необхідно відмітити, що організація підготовки спеціалістів на етапі післядипломної освіти має суттєві відмінності, які обумовлені, перш за все, нетривалим періодом навчання, багатоканальністю інформації, що потребує її концентрації і адаптації до професійних потреб, необхідністю навиків використання сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій у щоденній професійній роботі.

For Ukraine which presently asserts itself as an independent and equal in rights country, the presence of the reliable modern system of post-graduate medical education which will be acknowledged by the world community is a vital necessity. It is necessary to mark, that the organization of preparation of specialists during post-graduate education has substantial differences which are primarily due to the of short duration of studies, multipathing of information, which requires concentration and adaptation to the professional requirements, by the necessity of skills to use the modern information and telecommunication technologies for everyday professional job.

Вступ. Навчання лікаря-інтерна нерозривно пов'язане з якістю підготовки студента у вищому навчальному закладі: чим якісніша вузівська підготовка, тим кращі фахові можливості у лікаря-інтерна. Знання студента і лікаря не завжди ідентичні. Нерідко середній студент стає хорошим лікарем і гірше, якщо навпаки – коли диплом з відзнакою є самоціллю, а не критерієм дійсних знань. Для підвищення мотивації до навчання на післядипломному етапі та полегшення отримання знань необхідно використовувати сучасні інформаційні технології: комп'ютерне забезпечення діагностичного процесу, навчальні відеофільми, мультимедійне забезпечення навчальних програм, електронні рисунки, сучасні тренажери, фантоми, Інтернет та ін. В навчальні програми з метою розширення теоретичних знань та набуття практичних навичок необхідно включати відеофрагменти складних клінічних випадків, унікальних хірургічних втручань (схеми з коментарями). Така наочність у засвоєнні знань і навичок формує у лікарів-інтернів сучасні концепції, стимулює творче мислення.

Основна частина. Навчальна робота на кафедрі онкології та медичної радіології включає підготовку лікарів-інтернів за спеціальністю "Онкологія", прове-

дення передатестаційних та тематичних циклів удосконалення для лікарів-онкологів.

Проведення передатестаційних циклів стало обов'язковим видом підготовки спеціалістів перед черговою атестацією на лікарську кваліфікаційну категорію. За період навчання курсанти працюють у медичній бібліотеці університету, готують реферати із запланованих тем, складають індивідуальну картотку із онкологічних захворювань. Курсанти мають змогу користуватися комп'ютерною базою кафедри, що містить лекції з онкології, матеріали з'їздів, конференцій, стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань. Крім семінарських занять, на лекціях використовуються мультимедійні презентації для демонстрації тих онкологічних захворювань, які неможливо продемонструвати на даний час у клініці за відсутності хворих. Це навчання закінчується складанням уніфікованого тестового екзамену й оцінкою вмінь та оволодіння професійними практичними навичками на відповідність певній лікарській кваліфікаційній категорії.

Новим етапом у післядипломній підготовці стало проведення курсів тематичного вдосконалення лікарів. Тематика вдосконалення враховує сучасні

© Е. В. Олійник

актуальні питання надання онкологічної допомоги мешканцям міста та області, з виконанням випускних робіт кожним курсантом та впровадженням їх у лікувально-профілактичних закладах області. Упродовж усіх циклів тематичного удосконалення згідно з принципами доказової медицини курсанти навчаються методів сучасної лабораторної діагностики, та дають оцінку сучасним методам обстеження. Усе це дає змогу ефективно проводити контроль засвоєння знань та практичних навичок, підвищити зацікавленість керівників лікувально-профілактичних закладів в участі лікарів на курсах. З метою поліпшення діагностики та лікування передракових захворювань жіночої статеві сфери, освоєння скринінгових методів діагностики для лікарів акушерів-гінекологів та сімейних лікарів запроваджено цикл тематичного удосконалення “Діагностика та лікування передпухлинних захворювань та злоякісних пухлин жіночої статеві сфери з основами кольпоскопії”.

Як один із методів індивідуального навчання інтернів за спеціальністю “Онкологія” нами запроваджено проведення науково-практичних конференцій із найважливіших питань діагностики, лікування і профілактики онкологічних захворювань. Тематика конференцій визначається календарно-тематичними планами, рекомендаціями викладачів та практикуючих лікарів відділень, які є клінічними базами кафедри, власними побажаннями інтернів. Для участі в науково-практичній конференції лікарі-інтерни готують реферати. Для кожного доповідача призначають рецензента з викладачів кафедри. Інтерни в процесі підготовки доповіді самостійно працюють над літературою, узагальнюють професійні навички при огляді пацієнтів. Такий шлях навчання допомагає їм не тільки знайти необхідну інформацію, але і зуміти її проаналізувати, висловити свою думку, навчитися вислуховувати іншу точку зору, та завжди бути готовим до дискусії.

Беручи до уваги сучасні вимоги, колективом кафедри вибудована система підготовки лікаря. На

Література

1. Братусь В. Д. Шляхи інтеграції медичних університетів у систему медичної освіти країн Заходу / В. Д. Братусь, П. Д. Фомін // Журнал сучасного лікаря. Мистецтво лікування. – 2003. – № 6. – С. 23–40.

2. Казаков В. М. Новітні тенденції розвитку європейської

першому місці повинні бути клініка, хворий і тільки потім дані лабораторно-інструментальних методів. Сучасні методи дослідження не повинні замінити клінічного мислення. На сьогодні ще не існує ефективних клініко-діагностичних комп’ютерних програм.

У навчальному процесі викладачами кафедри використовується величезний арсенал засобів для глибокого опанування лікарями-інтернами як теоретичних знань, так і практичних навичок (записані відеофільми для самостійної підготовки, підготовлені навчально-методичні програми згідно з вимогами Болонського процесу, навчальні кімнати укомплектовані сучасними комп’ютерами). Семінарські заняття проводяться з використанням мультимедійного проектора шляхом слайдових презентацій. Більш глибокому вивченню предмета сприяє складання ними ситуаційних завдань, тестів відповідно до теми заняття.

Інтерни беруть участь у лікувальному процесі, який включає участь в обходах, клінічних розборах, діагностичних маніпуляціях, перев’язках, оперативних втручаннях, патологоанатомічних конференціях.

Висновки. Підсумовуючи наведене вище, ми хочемо підкреслити, що крім позитивних моментів у процесі викладання предмета виникають і деякі проблеми:

- а) відсутність університетських клінік та центрів;
- б) відсутність сучасної діагностичної та лікувальної апаратури для навчання фахівців, що приводить до необхідності навчання їх за межами кафедри, а іноді і України;
- в) недостатня підготовка із суміжних дисциплін у зв’язку з невеликою кількістю навчальних годин;
- г) відсутність можливості відпрацювання деяких діагностичних маніпуляцій та оперативних прийомів на тваринах та на трупах у патологоанатомічних відділеннях в результаті нових положень з біоетики;
- д) відсутність можливостей молодим фахівцям брати активну участь у лікувальному процесі та оперативних втручаннях, пов’язаних з умовами жорсткої конкуренції.

медичної освіти / В. М. Казаков, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 30–44.

3. Вища освіта України і Болонський процес : навч. посіб. / за ред. В. Г. Кременя. – Київ-Тернопіль : Богдан, 2004. – 368 с.

УДК 613.2:378.147:613.22

ПРОФІЛІЗАЦІЯ РОЗДІЛУ “ГІГІЄНА ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ” У ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ “ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ” НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

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

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

PROFILIZATION OF THE COURSE UNIT «HYGIENE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS» IN TEACHING THE «HYGIENE AND ECOLOGY» DISCIPLINE ON MEDICO-PSYCHOLOGICAL FACULTY

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

National Medical University by O. O. Bohomolets

У роботі обґрунтовано шляхи оптимізації викладання розділу “Гігієна дітей та підлітків” для студентів, які навчаються за фахом “Медична психологія”. Найбільш дієвим є поглиблене вивчення чинників, що формують соматичне і психічне здоров’я дитини, і засобів їх корекції, зокрема ігор та іграшок, які використовуються медичними психологами як засоби психодіагностичної і психокорекційної роботи. Детальне вивчення гігієнічних характеристик ігор та іграшок, їх впливу на процеси фізичного і психічного розвитку дитини є важливим у формуванні фахової орієнтованості студентів, можливості застосування отриманих знань і навичок у майбутній професійній діяльності.

The article substantiated the directions of teaching the course unit “Hygiene of Children and Adolescents” for students on “Medical Psychology”. Speciality is profilized towards studying shape factors somatic and mental children’s health and means of their correction, including games and toys used by psychologists as a means of psychodiagnostic and psychotherapeutic correction. Detailed study of hygienic characteristics of games and toys and their influence on the processes of physical and mental children’s development is important in the formation of professional orientation and the possibility of applying the acquired knowledge and skills in future professional activities.

Вступ. Викладання дисципліни “Гігієна та екологія” у системі підготовки медичних психологів має ряд особливостей, які обумовлені вимогами їх майбутньої професійної діяльності. У 2012 році за дорученням ЦМК з ВМО МОЗ України (наказ МОЗ України № 750 від 19.10.2009 р. із змінами, внесеними наказом МОЗ України № 540 від 08.07.2010 р.) затверджена та впроваджена програма дисципліни “Гігієна та екологія”, створена колективом кафедри гігієни харчування Національного медичного університету імені О. О. Богомольця в співавторстві з провідними гігієністами, яка відповідає вимогам нового навчального плану підготовки фахівців за кредитно-модульною системою за спеціальністю 7.110110 “Медична психологія” та вимогам освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) спеціаліста за спеціальністю 7.110110, 8.110.110 – “Медична психологія” напрямку підготовки 6.1101 “Медицина”. Дана програма фахово орієнтована, профілізована та враховує досвід викладання кафедрою дисципліни “Гігієна та екологія” студентам медико-психологічного факультету.

Важливим напрямом роботи медичних психологів є психопрофілактична і психогігієнічна робота з дітьми

та підлітками. Цей напрям роботи психологів органічно поєднується з розділом гігієни “Гігієна дітей та підлітків”, який викладається як окремий змістовий модуль. Дієвим засобом впливу і формування особистісних характеристик дитини є гра, яка за оцінкою провідних психологів має коефіцієнт корисної дії 90 %, в той час як мовне спілкування – лише 10 % [1]. У зв’язку з цим детальне вивчення медичними психологами гігієнічних характеристик ігор та іграшок, а також їх впливу на процеси фізичного і психічного розвитку дитини є важливим у формуванні фахової орієнтованості та можливості застосування отриманих знань і навичок у майбутній професійній діяльності.

Основна частина. Змістовий модуль “Гігієна дітей та підлітків” включає розділ, присвячений оцінці ігор та іграшок, який традиційно розглядався переважно з позицій їх безпеки для здоров’я дитини, тобто включав оцінку гігієнічних параметрів ігор та іграшок.

У програмі для медико-психологічного факультету приділяється значна увага іграшкам як чинникам впливу на розумовий розвиток та психічний стан ди-

тини, аналізуються педагогічні, психологічні, психогігієнічні і біоетичні аспекти впливу іграшки.

У роботі медичного психолога лялька використовується дуже широко у різних методиках, починаючи з діагностичних і закінчуючи корекційними і лікувальними. У психодіагностиці лялька допомагає виявити приховані страхи, агресивність, некерованість, образливість, невпевненість у собі, ревності, елементи психопатизації.

Метод драматичної психоелевації (лялькотерапія) використовується психологами при вирішенні проблем у поведінці дітей: підвищеній сором'язливості або, навпаки, демонстративності, гіперактивності, зниженні концентрації уваги та інших. Цей метод дозволяє в стислі терміни домогтися ефективної корекції дитячої поведінки, зменшити невротизацію дитини та налагодити її стосунки з оточуючими. Лялькотерапія може використовуватися в різних напрямках психотерапії: психодрамі, ігротерапії, казкотерапії та арт-терапії [2].

Психодіагностичні та психокорекційні методи детально вивчаються студентами медико-психологічного факультету у відповідних курсах психології та на психотренінгах, а от засоби – ляльки, які при цьому активно використовуються, є предметом вивчення саме у курсі гігієни.

Медичні психологи в своїй професійній діяльності будуть працювати з дітьми різного віку і різного психологічного стану, тому дуже важливо вміти правильно оцінити іграшки з гігієнічних та психологічних позицій та використовувати їх як елементи формування психологічного комфорту дитини. Набуті знання психологи використовують не тільки у спілкуванні з дітьми, а й у роботі з батьками щодо адекватного вибору ігор та іграшок для дитини.

Іграшки посідають в житті дитини важливе місце і є впливовим елементом дитячого виховання вже з раннього віку, тому заслуговують на особливу увагу. Іграшки впливають на фізичний і розумовий розвиток, соматичне та психічне здоров'я, допомагають започатковувати основи активного способу життя, формувати у дітей погляди на оточуючий світ з його різнобічними життєвими аспектами. Дитина, граючись, вчиться пізнавати природу, людей, формувати ставлення до праці, творчості, всебічно розвивати свою активність.

Іграшки повинні допомагати формувати моральні і духовні основи поведінки дітей, етику взаємовідносин, такі риси характеру, як витримка, ініціатива, самостійність, почуття товарищескості, дружелюбності і взаємодопомоги, активізувати у дітей цікавість до знань, предметів і явищ оточуючого світу, розвивати пізнавальні здібності, сприяти засвоєнню отриманої інформації та закріпленню

навичок, естетичному вихованню, вчити розуміти та цінувати надбання людської культури.

Безумовно, найважливішою вимогою щодо дитячих іграшок є їх безпечність для здоров'я. Ці вимоги обов'язково повинні знати медичні психологи, оскільки деякі хімічні речовини, які використовують при виготовленні іграшок, спричиняють захворювання дітей. За статистичними даними Держспоживінспекції України, які базуються на результатах перевірки, проведеної у 2011 році, 55 % з перевірених іграшок не відповідали вимогам нормативних документів, були небезпечними для дітей, у зв'язку з чим були заборонені до продажу. 98 % неякісних іграшок були імпортного виробництва, з них 90 % – китайського, які реалізуються і дрібними підприємцями, і великими торговельними мережами [3].

Медичні психологи ознайомлюються з основами санітарно-гігієнічного нагляду за безпечним використанням іграшок, яке гарантується системою санітарно-гігієнічного контролю за виробництвом, імпортом, транспортуванням, зберіганням та реалізацією іграшок і здійснюється санітарно-епідеміологічною службою відповідно до вимог ряду чинних законодавчо-нормативних актів, зокрема документа “Державні санітарні правила і норми безпеки іграшок та ігор для здоров'я дітей” ДСанПіН 5.5.6.012-98, який поширюється на асортимент іграшок та ігор для дітей і підлітків і встановлює вимоги та норми безпеки для здоров'я; визначає обов'язкові критерії безпеки та нешкідливості для здоров'я дітей і вимоги щодо відповідності віковим морфофункціональним і психофізіологічним особливостям [4]. Санітарно-гігієнічні вимоги до іграшок стосуються матеріалів, конструкції, фарб, пакування, зберігання, транспортування та експлуатації всіх видів іграшок та ігор. Державні санітарно-гігієнічні правила і норми, гігієнічні нормативи розповсюджуються на іграшки та ігри для дітей відповідних вікових груп: дітей раннього віку (від 0 до 1 року), ясельного (від 1 до 3-х років), дошкільного (від 3 до 6 років), молодшого (від 6-7 до 10 років) і середнього (від 11 до 14 років) шкільного віку. Враховані ергономічні вимоги, які характеризують відповідність конструкції іграшок фізіологічним особливостям дитячого організму – віку, антропометричним даним тіла дитини, визначають зручність їх використання, ступінь стомлюваності дитини під час гри. Питанням гігієнічної безпеки іграшок приділяється увага під час вивчення змістового модуля “Гігієна дітей та підлітків” на 3 курсі та більш детально, з ознайомленням із законодавчою, нормативною та дозвільною документацією, на 6 курсі. Ці знання до-

помагають лікарю-психологу обрати безпечну іграшку, оскільки вони знають критерії вибору, а також вміють проконтролювати у торговельній мережі наявність відповідних сертифікатів та дозвільних документів, які видаються санепідслужбою.

Акцентується увага студентів на те, що проблемою в Україні є недостатня увага до психологічних та психолого-педагогічних аспектів ігор і іграшок. Незважаючи на те, що поява іграшок має свою тривалу історію, питання про вплив іграшок на психіку дитини стало предметом спеціального вивчення лише в кінці XIX – на початку XX століття. Саме в цей час в російській та зарубіжній науковій літературі з'явилися праці, присвячені впливу іграшок та предметів, які їх замінюють (предмети – замісники) на психічний розвиток дитини в різні роки її життя. При виборі іграшок варто враховувати не лише їх технічні, естетичні та санітарно-гігієнічні характеристики, але і можливий психологічний вплив на дитину з урахуванням індивідуальних особливостей фізичного стану, соматичного здоров'я, психологічних та характерологічних особливостей та схильностей.

У науковій і педагогічній літературі недостатньо висвітлені педагогічні, психологічні, психогігієнічні і біоетичні аспекти впливу іграшки. Це особливо актуально за сучасних умов, коли ринок переповнений “шкідливими”, небезпечними, іграшками. Останнім часом на ринку з'явилося багато вульгарних, нудних і аморальних іграшок. Якщо дитину з малолітства оточують ляльки – представники нечистої сили, то потяг до віри, співчуття, жалісливості, милосердя буде у неї атрофованим, можливо, назавжди. Коли дитина стане дорослою, ця особистість буде запрограмована на служіння тим, чийм пластмасовим копіям віддавала перевагу в перші у своєму житті моменти гри, з чією допомогою проходило пізнання світу. Демонічна іграшка здатна створити чудовисько в душі маленької людини, вона є транслятором духовної розрухи: одержимості, неврозів, схильності до суїциду. Черепашки Нінзя, трансформери-роботи, Бетмен, людина-павук – іграшки, що сприяють накопиченню агресивних фантазій дитини, які реалізуються в подальшому житті агресивним ставленням до більш слабких – тварин і маленьких дітей. Все більшої популярності у світі і в Україні набувають іграшки, які називають “поке-мон”, що у перекладі – карманний монстр. До цієї категорії можна віднести всілякі іграшки-трансформери – людина-машина, людина-чудовисько, людина-робот. Їх використовують у створенні ігор, мультфільмів, дитячих книжок та одягу тощо. Реакція дітей на ці іграшки дуже неоднозначна. Показ в Японії декілька років тому мультфіль-

му про покемонів спричинив у понад 600 дітей різні психічні і соматичні розлади. Багато дітей потрапило в лікарню з симптомами епілептичних нападів. Наші діти симпатизують покемонам, тому носять їх на одязі, їдять у вигляді солодощів, читають про них в книжках, а головне, вимагають у батьків придбати такі іграшки. Небезпека негативного впливу іграшки-монстра на дитину прямо пропорційна агресивності персонажу [5]. Фахівці-психологи звернули увагу також на те, що дитина копіює вираз обличчя, позу та поставу улюбленої іграшки і негативні риси іграшки можуть стати надбанням дитини на тривалий час [6].

Медичний психолог у своїй професійній діяльності повинен приділяти увагу роботі з батьками щодо адекватного вибору іграшки і формувати у батьків відповідальне ставлення до цього процесу і розуміння того, що іграшка – це не просто забава. Вона закладає у душу дитини початкові поняття добра і зла, програмує поведінку дитини.

Більшу частину життя дитина проводить у грі. Малюк сам наповнює духовний світ іграшки на свій розсуд і вона “поводиться” виключно так, як цього хоче в даний момент її власник: вона розумна і слухняна, лагідна і весела, норавлива і вперта, брехлива і неохайна. Дитина спілкується з іграшкою, як з живою істотою, довіряє їй образи, радість, секрети, не очікує від неї зради, обману, агресії, жорстокості. Завдяки механізму інтимізації спілкування іграшка в очах дитини стає “живою” істотою. Дитина “вустами іграшки” може проговорити свої страхи, невдоволення, бажання чи розчарування, “це ж не я говорю, це говорить іграшка”, і цей механізм широко використовують педагоги і психологи з метою діагностики психологічного статусу дитини та налагодження з нею довірливих стосунків [7]. Дуже часто лікарі-психологи, спостерігаючи за грою малюків, за вибором ними іграшок діагностують психічні розлади і за допомогою арт-терапії та казкотерапії гармонізують психологічний стан маленького пацієнта.

Такий підхід до викладання розділу “Гігієна дітей та підлітків” сприймається студентами активно і викликає зацікавленість. Підтвердженням цьому є бажання студентів поглиблювати знання з цього напрямку роботи, що реалізувалося у науковій студентській роботі, в якій було проведено дослідження інтегрального сприйняття іграшки студентами різних факультетів з метою визначення психологічного профілю студентів та його зіставлення з оцінкою психологічних характеристик за традиційними методиками. Студентам запропонували провести рейтингову оцінку іграшок: національна різдвяна лялька-мотанка “Янгол”, м'які іграшки “Бичок”, “Собака”, “Віслук”, “Щур з коробом”, музична іграш-

ка “Співучий негр”, а також “Гноми-спіральки”. Більшість студентів на перше місце поставили іграшку “Собака”, що свідчить про високу комунікаційну спроможність; друге місце посів “Щур з коробом” – практичність; третє – “Віслок” – доброта, скромність, співчуття; четверте – “Бичок” – байдужість; останнє місце – “Гноми-спіральки”. Неоднозначно, різко діаметрально сприйняли студенти ляльку-мотанку “Янгол” і “Співучого негра”. Залежно від того, яке місце у рейтингу посів “Янгол”, можна оцінити духовність майбутніх лікарів. Таким чином, проста дитяча іграшка може бути тест-об’єктом при проведенні оцінки психологічного статусу дитини та підлітка.

Окрему увагу у навчанні майбутніх медичних психологів приділяємо лікувальній ролі іграшки. Особливо звертаємо увагу на реабілітацію дитини після інфекційних хвороб, які зазвичай супроводжуються порушеннями психологічної рівноваги, розладами вищої нервової діяльності, виснаженістю, астенизацією, зниженням емоційного тону, порушеннями сну, неухважністю, слабкістю, кволістю, швидкою втомлюваністю, дратівливістю, які в цілому отримали назву “психологічна небезпека”. У цих випадках досягненню “психологічної безпеки”, тобто стану, який забезпечує психологічний комфорт та успішний психічний розвиток дитини і, як наслідок, більш швидке одужання, сприяє лікувальна роль ігор та іграшок. Правильна організація оздоровчих ігор, яка б сприяла психоемоційному розвантаженню та зменшенню стресогенності ситуації, передбачає правильний вибір іграшок, учасників гри, а також застосування додаткових натуропатичних методів впливу – ароматерапії (аромати ванілі, м’яти, меліси, кориці сприяють зменшенню напруження); музикотерапії (позитивний оздоровчий вплив виявляє тиха музика Моцарта з ритмічним розміром 60–64 такти на хвилину). Яскраві, великі і надто гучні іграшки подразнюють і дратують дитину, тому замість них варто запропонувати

дитині 3–7 невеликих улюблених іграшок спокійних пастельних відтінків, які не спричиняють розумового і психоемоційного перенапруження. Захоплена грою дитина менше буде акцентуватися на хворобі, почне відволікатися від її проявів [5]. Правильно підібрана іграшка допомагає оптимізувати нервові процеси. Дитина стає більш впевненою у собі, життєрадісною, активною, що, в свою чергу, сприяє покращенню дихання, кровообігу, травлення, зміцнює імунітет.

Для таких методів психологічного впливу на дитину, як лялькотерапія, казкотерапія, ігротерапія, арт-терапія, кольоротерапія, які широко використовуються у психопрофілактичній і психотерапевтичній практиці, надзвичайно важливо ретельно підбирати іграшки, які б відповідали своєму призначенню. Необхідно звертати увагу не тільки на розмір, колір і фактуру матеріалу, але і на “обличчя” іграшки, особливо – на очі. Іграшки з “хворими” очима – близько поставленими зіницями або наполовину закритими повіками відтворюють вираз суму (депресивне обличчя). Такі іграшки підсилюють відчуття стресогенності ситуації, орієнтують дитину не на здоров’я, радість, оптимізм, а на хворобу, сум і тривогу [8].

Таким чином, дитяча іграшка мультифункціональна. За її допомогою можна розвивати інтелект дитини, ретельність і старанність, тренувати пам’ять, координацію, визначати мінорні риси характеру дитини і корегувати їх. Лікарям, батькам і вихователям необхідно більше уваги приділяти психологічній характеристиці іграшки, слідкувати, щоб антиіграшки не потрапляли до рук дітей і не завдавали їм фізичної, моральної і духовної шкоди.

Висновок. Враховуючи, що “Гігієна дітей і підлітків”, як розділ гігієни, безпосередньо пов’язаний з практичною діяльністю медичних психологів, його профілізація при викладанні дисципліни “Гігієна та екологія” на медико-психологічному факультеті є важливою складовою у формуванні майбутніх фахівців.

Література

1. Васильєва О. К. Образная игрушка в играх дошкольников / О. К. Васильєва. – СПб. : ДЕТСТВО–ПРЕСС, 2003. – 144 с.
2. Зінкевич-Євстигнєєва Т. Д. Шлях до чаклунства. Теорія і практика казкотерапії / Т. Д. Зінкевич-Євстигнєєва. – СПб. : Мова, 1998. – 348 с.
3. Повідомлення заступника начальника управління ринкового нагляду Держспоживінспекції України Миколи Дмитрієва 27.02.2011 року. – <http://health.unian.net/ukr/detail/230540>
4. Державні санітарні правила і норми безпеки іграшок та ігор для здоров’я дітей
5. Державні санітарні правила і норми ДСанПіН 5.5.6.012-98. Затверджені Постановою Головного державного санітарного лікаря України № 12 від 30.12.1998 р.
6. Абраменкова В. Во что играют наши дети / В. Абраменкова. – М. : Лепта, 2008. – 543 с.
7. Смирнова Е. О. Детская психология / Е. О. Смирнова. – М. : Владос, 2002. – 459 с.
8. Дошкольник в современном мире // Тезисы III Международного конгресса “Молодое поколение XXI века : актуальные проблемы социально-психологического здоровья”. – Казань, 2006. – С. 67–69.

УДК 611/612

**НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИВЧЕННЯ
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ
ЗАКЛАДАХ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ ЯК ПІДГОТОВКА ДО
ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-MОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ НА
ВІДПОВІДНИХ КАФЕДРАХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ III-IV
РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ**

Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко

*Одеське обласне базове медичне училище,
Одеський НДУ медицини транспорту МОЗ України*

**NEW METHODS OF ORGANIZATION OF MORPHO-FUNCTIONAL
SUBJECTS LEARNING IN THE INSTITUTIONS OF HIGHER
EDUCATION OF THE I - II LEVEL OF ACCREDITATION AS
PREPARATION FOR THE IMPLEMENTATION OF CREDIT-MODULAR
SYSTEM OF EDUCATION ON THE CORRESPONDING CHAIRS OF THE
INSTITUTIONS OF III-IV LEVELS OF ACCREDITATION**

Yu. F. Pedanov, A. I. Hozhenko

*Odesa Regional Base Medical College,
Odesa Ukrainian Research Institute for Medicine of Transport of MPH of Ukraine*

У статті висвітлено особливості створення навчальних планів для підготовки з дисциплін “Анатомія і фізіологія людини” та “Патологія” у ВНЗ I-II та III-IV рівнів акредитації.

In the article the author discusses peculiarities of curricula formation for training on the subjects “Human Anatomy and Physiology” and “Pathology” in the institutions for professional learning of the I-II and III-IV levels of accreditation.

Вступ. Підготовка нового покоління висококваліфікованих медичних працівників не можлива без впровадження інноваційних технологій та форм організації навчального процесу з урахуванням традицій вітчизняної медичної освіти та процесу інтеграції до Європейського освітнього простору.

Концепцією розвитку вищої медичної освіти в Україні передбачено виконання системи заходів, спрямованих на підвищення якості підготовки фахівців-медиків, інтеграцію медичної освіти і науки, вирішення кадрових проблем у галузі, забезпечення конкурентоспроможності випускників на вітчизняному та міжнародному ринках праці [1].

З метою оптимального забезпечення молодшими медичними спеціалістами пріоритетним напрямком реформування вищої медичної освіти є комплексне вирішення методичних питань у ВНЗ I-II рівнів акредитації, з урахуванням іноземного і збереженням

власного позитивного досвіду, оскільки цей етап можна розглядати як підготовку до навчання у ВНЗ III-IV рівнів акредитації [2].

Основна частина. Модернізація освітянського простору має на меті приведення навчальних програм до єдиного стандарту. Найбільш важливим є вивчення доцільності створення та використання нових програм, їх змін і організація навчального процесу з визначенням місця кожної дисципліни у системі міжнародних стандартів.

Впровадження євростандартів потребує, перш за все, зрозумілої назви дисциплін. Підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я здійснюється у ВНЗ I-IV рівнів акредитації: серед них 44 медичних училища, 69 медичних коледжів, 2 інститути медсестринства. Контингент студентів ВНЗ I-II рівнів акредитації становить більш 70 тисяч осіб. На нашу думку, доцільна назва і вивчення інтегрованих дисциплін

© Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко

“Анатомія і фізіологія” та “Патологія”, що відповідає світовим нормам.

Запропоновані окремі програми 2011 р. двох дисциплін “Анатомія людини” та “Фізіологія” неможливо одночасно вивчати протягом одного навчального року, тому що виникає неузгодженість тем, пропонуються проведення експериментів, які неможливо проводити на тваринах з етичних міркувань, а також внаслідок відсутності спеціальної апаратури. Дослідження фізіологічних функцій людини можливо тільки при наявності кабінету функціональної діагностики, лабораторії і в умовах клініки. Не кожний ВНЗ I-II рівня акредитації може це забезпечити за умов обмеженого фінансування. Тому в медичних училищах і коледжах Європи і США вивчається інтегрована дисципліна “Анатомія і фізіологія”, і якщо ми бажемо увійти в світовий простір, то необхідно звернути на це увагу. До речі, про вивчення анатомії і фізіології висловлювалися видатні вітчизняні вчені ще в 18–19 сторіччях, професори М. Х. Пеккен, М. І. Шеїн, П. А. Загорський, І. В. Буяльський, В. І. Таренцький, Є. О. Мухін, М. І. Пирогов, А. Філомафитський, А. Вальтер та ін. Тому фактично вивчали анатомічну фізіологію і фізіологічну анатомію [3, 4].

Це *не стосується* медичних університетів, де потужні кафедри анатомії, фізіології, патоморфології, патофізіології, де студенти послідовно вивчають дисципліни на різних семестрах, курсах. Перед ними стоять питання більшого об'єму та глибини вивчення, необхідні для майбутнього лікаря.

У навчальних планах необхідно додержуватись того принципу, що більшість теоретичних занять, які підкріплюються практичними, з “Анатомії і фізіології” передують вивченню дисципліни “Патологія”. При цьому необхідна адекватна кількість практичних годин.

Згідно з наказом МОЗ України № 100 – Адм. від 13.04.2007 р. необхідно більше залучати для складання програм та навчальних планів викладачів-ме-

тодистів опорної циклової комісії з дисциплін природничо-наукової підготовки.

Програми повинні бути дійсно новими, а не переписувати існуючі підручники.

Нами запропоновано програми, на що є Свідоцтво про реєстрацію авторського права. Це знайшло відображення в посібниках “Практичний посібник з анатомії і фізіології людини” (2008) і “Практичний посібник з патології” (2009). Більш того, вони перекладені на англійську мову [5, 6, 7].

Необхідно збільшити міждисциплінарні зв'язки.

Перш за все це стосується дисципліни “Фармакологія”, яку необхідно вивчати одночасно з дисципліною “Анатомія і фізіологія людини” та “Патологія” і наприкінці року складати іспит.

Необхідно приділяти більше уваги вивченню англійської мови із застосуванням перекладених нами посібників з “Анатомії і фізіології людини” і “Патології”.

Висновки. Оскільки навчання у ВНЗ III-IV рівнів акредитації здійснюється за кредитно-модульною системою, необхідні:

- 1) модернізація програм і навчальних планів для вивчення у ВНЗ I-II рівнів акредитації інтегрованих дисциплін “Анатомія і фізіологія людини” та “Патологія”;
- 2) збереження принципів морфофункціональності та нейрогуморальної регуляції функцій органів, систем, організму в цілому;
- 3) максимальне наближення досліджень до клініки;
- 4) поліпшення міждисциплінарної інтеграції, в тому числі з фармакологією та іноземними мовами;
- 5) розробити оригінальну універсальну програму інтегрованих дисциплін “Анатомія і фізіологія людини” та “Патологія” для базисних спеціальностей “Лікувальна справа”, “Акушерська справа”, “Сестринська справа” з оптимальною кількістю годин навчального плану.

Література

1. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ МОЗ та АМН України №522/51 від 12.09.2008 р.
2. Сучасний стан кадрової політики у галузі охорони здоров'я / З. М. Митник, М. В. Банчук, І. І. Фещенко [та ін.] // Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матер. Навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 3–5.
3. Педанов Ю. Ф. Практическое пособие по анатомии и физиологии человека / Ю. Ф. Педанов ; под. ред.

- А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2008. – 52 с.
4. Педанов Ю. Ф. Практическое пособие по патологии / Ю. Ф. Педанов ; под ред. А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2009. – 36 с.
5. Педанов Ю. Ф. Алгоритми засвоєння знань і практичних навичок у системі морфофункціональних наук у вузах I-II рівнів акредитації / Ю. Ф. Педанов, Р. Ф. Макулкін, А. І. Даниленко // Мед. освіта. – 2003. – № 1. – С. 18–21.
6. Анатомия тканей, костей, сочленений, мускулов и фасций человеческого тела изданий А. Вальтером, доктором медицины, о. профессором физиологической анато-

ми и микрографии при Императорском университете Св. Владимира и врачом при хирургическом отделении Киевского городского госпиталя. – К., 1853. – 550 с.

7. Физиология, изданная для руководства своих слушателей Алексеем Филомафитским, медицины доктором,

Императорского московского университета о. профессором физиологии и общей патологии, и обществ естествоиспытателей природы и физико-медицинского членом. – М., 1840. – 256 с.

УДК 616.1/4:378.147

ФОРМУВАННЯ ЗНАТЬ, УМІНЬ І ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З КАРДІОЛОГІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ “ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ”

М. М. Потяженко, Н. О. Люлька, Н. Л. Соколюк, С. О. Гаєвський
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

THE KNOWLEDGE AND PRACTICAL SKILLS DEVELOPMENT IN CARDIOLOGY TRAINING OF THE “INTERNAL MEDICINE” SPECIALTY INTERNS

M. M. Potyazhenko, N. O. Lyulka, N. L. Sokolyuk, S. O. Hayevskyi
Higher Medical Educational Institution of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”

У статті наведені сучасні педагогічні підходи, що забезпечують ефективне засвоєння матеріалу з кардіології на після-дипломному етапі підготовки лікарів-терапевтів. Основна увага приділяється етапності навчання, формуванню практичних навичок та використанню технічних засобів навчання. Ці навчальні технології забезпечують ефективну та якісну підготовку лікаря-фахівця та можуть бути використані в інтернатурі з фаху “Внутрішні хвороби”.

The article presents the modern pedagogical approaches that provide effective studying of cardiology at the post-graduate stage of physicians' training. It is focused on the staged study of the practical skills development and the technical training use. These educational technologies provide effective and high quality training for medical specialists and can be used in full-time internship of the “Internal Medicine” specialty.

Вступ. Багатоступенева підготовка спеціалістів з вищою освітою, зокрема медичною, передбачає профілізацію навчального процесу. Законом України “Про освіту” передбачена можливість отримати базову та повну середню освіту з освітньо-кваліфікаційними рівнями – молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст, магістр, фахівець. Підготовку цих спеціалістів забезпечують вищі заклади освіти III та IV рівнів акредитації (інститут, університет, академія) [1].

Кожний з етапів навчання визначається його ціллю, досягнення якої забезпечується діяльністю викладацького складу та виробленням особистих інтелектуальних зусиль інтернів, бажанням набуття ними повних знань, умінь та практичних навичок, тобто цілеспрямованістю дій з максимальним використанням навчальних засобів, сучасних їх технологій.

Пізнавальна діяльність інтернів обумовлюється, перш за все, чітко призначеною професійною орієнтованістю їх (терапевт, сімейний лікар та ін.).

Згідно з положенням про інтернатуру спеціалізація є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників, яка закінчується присвоєнням кваліфікації лікаря з певного профілю. Основним завданням інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки, професійної готовності лікарів-інтернів до само-

стійної лікарської діяльності. Відповідно до типового навчального плану і програми термін підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю “Внутрішні хвороби” на кафедрі внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з дерматовенерологією факультету післядипломної освіти УМСА триває два роки, з очною та заочною частинами навчання [2, 3].

Основна частина. Заочна частина (у клініках) організується відповідно до типових навчальних планів, програми, на підставі яких складаються індивідуальні плани та графіки чергувань лікарів-інтернів у відповідних спеціалізованих відділеннях. Кожен лікар-інтерн під керівництвом базового керівника забезпечує діагностичний та лікувальний процес хворим, яких він курує. На клінічних базах кафедри є можливості для застосування більш складних методів діагностики та реабілітації хворих кардіологічного профілю, зокрема: холтеровське моніторування ЕКГ, добове моніторування артеріального тиску, чезрестравохідна електрокардіостимуляція, велоергометрія та інші.

Упродовж першого та другого року навчання в очній частині на циклі “Кардіологія” виділяється 280 годин. Слід зауважити, що цей розділ ведуть досвідчені викладачі з кардіології і тому інтерни використо-

© М. М. Потяженко, Н. О. Люлька, Н. Л. Соколюк, С. О. Гаєвський

вують їх досвід діагностики та лікування хворих для поповнення багажу теоретичних (фундаментальних) знань, умінь і практичних навичок. Це покладає на викладача підвищену відповідальність.

Основним видом роботи інтернів під час цього циклу є самостійна лікарська діяльність, ведення хворих під керівництвом викладача. Відпрацьовуються питання удосконалення вміння обстежити хворого, аналізу допоміжних лабораторно-інструментальних методів досліджень, проведення та постановки клінічного діагнозу, призначення лікування хворому, надання кваліфікованої невідкладної допомоги. Основний наголос під час практичних занять робиться на засвоєння практичних навичок. Робота з лікарями-інтернами суттєво відрізняється від систематичного викладання внутрішніх хвороб у попередні роки, на додипломному етапі, побудованого на вимогах до підготовки лікаря загального профілю.

При роботі в кардіологічному відділенні лікар-інтерн проводить багатофакторну оцінку стану хворого з врахуванням генетичних, психологічних, фенотипічних даних та звичок, харчових нахилів, соціально-гігієнічних особливостей, а також обстежень та медичних процедур, проведених у минулому.

При збиранні анамнезу у кардіологічних хворих лікарі-інтерни повинні визначити основні скарги, отримати відповідну інформацію про перенесені захворювання, наявність захворювань серця у сім'ї (батьків, родичів), користуватись при опитуванні термінологією, яка відповідала б рівню розуміння хворого та сприяла б встановленню контакту з ним.

Особливу увагу лікарів-інтернів викладачі звертають на фізикальне обстеження кардіологічних хворих: огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию та вимірювання артеріального тиску з точним описанням відмічених змін при обґрунтуванні попереднього діагнозу.

У кардіологічному відділенні знання основної спеціальної термінології вимагає точних визначень її як українською, так і латинською мовами.

Під час самостійної лікарської діяльності на практичних заняттях з циклу "Кардіологія" кожен лікар-інтерн використовує додаткові діагностичні методи: загальноклінічні лабораторні, біохімічні, електрокардіографію, УЗД серця, рентгенологічні, холтеровське моніторування ЕКГ. Інтерпретація отриманих даних за допомогою цих методик допомагає провести інтернам диференційний діагноз та встановити заключний, а також сприяє більш глибокому засвоєнню практичних професійних навичок та умінь, передбачених кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста терапевта.

У роботі з кардіологічними хворими одним із основних є питання надання невідкладної допомоги, а отже, виконання невідкладних маніпуляцій, до яких безпосередньо долучаються лікарі-інтерни, що дає змогу адаптуватися психологічно та професійно в негачайних діях в екстремальних умовах. Наявність у кардіологічному диспансері блоку реанімації, в якому знаходяться тяжкі хворі з гострим інфарктом міокарда, зумовлюють можливість під час чергувань опанувати інтернам сучасними засобами виведення кардіологічних хворих з термінальних станів. Під час нічних чергувань лікарі-інтерни надають допомогу хворим з ангінозним статусом, кардіальною астмою, набряком легень, гіпертензивними кризами, складними порушеннями ритму. Спостереження за цією групою хворих разом з досвідченими лікарями виховують у молодих лікарів високу відповідальність за доручену справу, переконують у можливостях сучасної медицини, вчать деонтологічного спілкування, етичних та правових принципів.

При обговоренні тематичних кардіологічних хворих, як індивідуально з інтерном, так і з групою, проводиться аналіз конкретних виробничих ситуацій з корекцією викладача, що розвиває у них ініціативу, творче відношення до професії. Набуття знань, умінь та практичних навичок формується не тільки під час практичної лікарської діяльності, а і під час проведення семінарських занять, на яких глибоко аналізуються історії хвороб, облікові та звітні документи, з якими лікар буде працювати з перших днів самостійної лікарської роботи. Бажано, щоб інформацію про перераховане давав інтерн.

Необхідно підкреслити, що процес навчання є взаємодією двох його суб'єктів, суть якої полягає в тому, що викладач детермінує дію інтерна, обумовлює необхідну у даній ситуації його діяльність. Ефект взаємодії між викладачем та лікарем-інтерном досягається при будь-яких формах навчання. При самостійній роботі вплив викладача забезпечується відповідними методичними рекомендаціями, системою сконструйованих ним клінічних ситуаційних задач, тестів з кардіології.

Підвищують рівень практичної підготовки, професійну адаптацію інтернів такі види занять, як активна участь у роботі науково-практичних та патологоанатомічних конференцій.

Особливе місце у навчальному процесі відводиться активній участі лікарів-інтернів у клінічних конференціях, які проводяться 2 рази на місяць. Інтерни проводять курацію тематичних хворих, аналізують записи в історіях хвороб, готують теоретичні доповіді

з питань диференційної діагностики та лікування конкретного хворого, вирішують питання експертизи непрацездатності.

Особливістю навчально-виховного процесу на кафедрі є пошук талановитих, здібних до наукової діяльності молодих лікарів. В подальшому викладач проводить індивідуальну роботу з ними, спрямовану на розвиток зацікавленості кардіологією, що сприяє набуттю навичок науково-пошукової роботи з літературою у лікарів-інтернів.

Як і передбачено навчальною програмою, всі лікарі-інтерни виконують фрагменти науково-дослідної роботи, результати якої доповідаються на щорічній науково-практичній конференції. За останні 2 роки лікарі-інтерни активно брали участь у науково-дослідній роботі з написанням доповідей на теми: “Вплив лізиноприлу на ремодуляцію лівого шлуночка у постінфарктних хворих”, “Ефективність препарату “Адвокард” у пацієнтів з ішемічною хворобою серця”, “Клінічна ефективність симвастатину в комплексному лікуванні ішемічної хвороби серця”, “Ефективність небілету та

трифасу в комбінованому лікуванні хворих з хронічною серцевою недостатністю”.

Технічні засоби на кафедрі забезпечують доступ до електронних носіїв інформації, розроблена схема дистанційного навчання, яка адаптована до специфіки післядипломної освіти.

Постійний зв'язок викладача та лікарів-інтернів дає можливість виділити певну частину навчального матеріалу для самостійної роботи інтернів у позаурочний час, самостійного пошуку інформації для вирішення задач, набуття знань, умінь та навичок. Допомагає виконанню цих завдань наявність необхідного методичного забезпечення, зокрема методичних розробок для проведення практичних занять з лікарями-інтернами.

Висновок. Таким чином, ефективність навчального процесу та його надійність визначаються об'ємом та якістю знань з кардіології, рівнем умінь, професійних навичок, науковим кругозором, що необхідні лікарям-інтернам, які визначають їх професійну адаптацію до самостійної лікарської творчої діяльності.

Література

1. Закон України “Про вищу освіту” № 2984-III від 17.01.2002 року. – <http://zakon1.rada.gov.ua>
2. Наказ МОЗ України № 291 від 19.09.1996 року “Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації”. – <http://www.med.edu.ua>

3. Наказ МОЗ України № 81 від 23.02.2005 року “Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів”. – <http://www.med.edu.ua>

УДК 378.147:802.0

ФОРМУВАННЯ ВМІНЬ ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

А. М. Пришляк, В. І. Зевако, К. Л. Стефанишин

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

FORMATION OF SKILLS OF PROFESSIONALLY-ORIENTED COMMUNICATION OF MEDICAL STUDENTS

A. M. Pryshliak, V. I. Zevako, K. L. Stefanyshyn

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

Досліджено комунікативний аспект професійно-орієнтованого спілкування та форми його реалізації на лексичному й граматичному рівнях. Розглянуто основні прийоми вироблення фахового мовлення у вітчизняних та іноземних студентів. Проаналізовано види завдань, спрямованих на формування професійно-орієнтованого спілкування майбутніх лікарів.

There was studied the aspect of professionally-oriented communication and the forms of its realization on the lexical and grammar levels. There were studied the main ways of creation of professional communication in native and foreign students. There were analyzed the kinds of tasks aimed at formation of professionally-oriented communication of future doctors.

Вступ. Потреба у вдосконаленні професійної освіти існує завжди, оскільки із розвитком суспільства виникають нові протиріччя та завдання, без вирішення яких неможливе якісне навчання і прогнозування успішності професійного становлення майбутнього фахівця.

Актуальним нині виступає питання пошуку форм організації навчальної діяльності відповідно до майбутньої професійної діяльності студентів. Формуванню професійної ідентичності сприяє професійно-орієнтоване навчання як доповнення до традиційних форм організації навчальної діяльності студентів-медиків у вищому навчальному закладі.

Важливу роль у цьому процесі відіграє спілкування, реальність і необхідність якого визначена спільною життєдіяльністю людей. Основне призначення процесу спілкування полягає в тому, щоб люди контактували, шукали та знаходили точки зіткнення один з одним, взаємодіяли між собою в процесі спільної діяльності, щоб вони обмінювалися інформацією та прагнули розуміти один одного. Тому психологи умовно виділяють у спілкуванні три аспекти: комунікативний, інтерактивний і перцептивний [1]. Комунікативний аспект спілкування (або комунікація у вузькому значенні слова) полягає в обміні інформацією між індивідами, які спілкуються. Інтерактивний аспект полягає в організації взаємодії між індивідами, що спілкуються (обмін діями). Перцептивний аспект спілку-

вання означає процес сприйняття, пізнання та встановлення взаєморозуміння.

Об’єкт нашого дослідження – професійно-орієнтоване спілкування студентів Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

Основна частина. Встановлено, що в науковій літературі немає однозначного трактування понять “професійно-орієнтоване мовлення”, “культура професійного мовлення”. Більшість дослідників визначає їх як процес обміну думками у певній професійній галузі, вважає необхідною умовою успішної фахової діяльності, вказує на недостатню увагу до формування професійного мовлення у вищих навчальних закладах.

На основі наявних визначень можна зробити висновки, що професійно-орієнтоване спілкування – це володіння нормами літературної мови, фаховою термінологією і стандартизованими мовленнєвими конструкціями медичної галузі, здатність використовувати мовні засоби відповідно до мети й ситуації спілкування.

Усвідомленню студентами значущості професійного мовлення в їхній майбутній фаховій діяльності, необхідності удосконалювати професійне мовлення, розвитку мовного чуття, навичок володіння виражальними засобами української мови, загальнонародною і професійною лексикою, відтінками значень слів, розвитку мислення сприяли читання й аналіз творів українських і російських письменників-лікарів

© А. М. Пришляк, В. І. Зевако, К. Л. Стефанишин

(М. Амосова, М. Булгакова, В. Вересаєва, С. Руданського, А. Чехова), ділові ігри, редагування речень, текстів документів, переклад медичних наукових і науково-популярних джерел [2].

Ураховуючи потреби навчання діалогічного і монологічного професійного мовлення студентів-медиків на основі відібраного й організованого матеріалу, використовують такі типи завдань, що знайшли відбиття в поділі вправ на групи за зростанням труднощів і етапності у формуванні умінь і навичок:

- 1) навчити правильного щодо граматичного і семантичного визначення уживання наукової, зокрема термінологічної лексики (термінів, терміносполучень);
- 2) навчити правильного добору адекватних мовних засобів у ситуаціях професійного спілкування;
- 3) автоматизувати обрану послідовність, доводячи її у свідомості студентів до певного стереотипу (якщо мова йде про монолог), автоматизувати механізм реагування (якщо мова йде про діалог) [3].

Лексика – один із найважливіших компонентів у процесі вивчення будь-якої мови. Опанування лексики як українським, так і чужоземним студентом може свідчити про певний рівень володіння мовою, адже “слово – основна значуща одиниця мови, що становить собою звукове вираження окремого предмета думки” [4].

Для формування вмінь професійно-орієнтованого мовлення на лексичному рівні виконуються такі види словникової роботи, як:

– розмежуйте значення подібних за звучанням слів (паронімів), особливо тих, які мають широке застосування в медичній галузі (*кровний, кров'яний, кривавий; хворовитий, хворобливий; шкірний, шкіряний; пітний, потовий; психіатричний, психологічний, психічний; афект, ефект; стрес, струс; почуття, відчуття; лікувати, лічити; лікарський, лікарняний; криза, криз; паховий, паховий, пахвинний*);

– з'ясуйте різницю у функціонуванні синонімів та близьких за змістом лексем (*вада, дефект, недолік, гандж; стійкий, витривалий; ненормальний, аномальний, неправильний, патологічний*);

– з'ясуйте значення слів (особливе місце при цьому займає робота з іншомовною медичною термінологією, яка останнім часом активно поповнює словниковий склад української літературної мови): *вазографія, нанотехнології, токсикодермія, остеосинтез, аграфія, малоінвазивний*;

– укладіть синонімічні ряди слів, відзначте стилістичні можливості синонімів, їхні семантичні відтінки за сферою функціонування (*білокрів'я, лейкомія,*

лейкоз, білочка; синюшність, синява, синюха, ціаноз; черевна порожнина – порожнина живота; ангиографія – вазографія; епідемічний паротит – свинка; хвороба Боткіна – гепатит А – вірусний гепатит; гематоскопія – аналіз крові, гіпоксія – кисневе голодування, ішіас – невралгія сідничного нерва, круп – гостре запалення гортані й трахеї);

– доберіть українські синоніми-відповідники до іншомовних слів (*анемія – недокрів'я, вакцинація – щеплення, адаптація – пристосування, симптом – ознака, інсуфляція – вдування, гемопоез – кровотворення, неоплазма – новоутворення, геморагія – крововилив, лейкома – більмо, торакальний – грудний, церебральний – мозковий, малярія – пропасниця*);

– перекладіть лексеми, що відрізняються за сферою функціонування (термінологічних, розмовно- побутових та ін.), з іноземної мови на українську і навпаки: *дезінфекція, антисептика, алопеція, пропасниця, правець, нежить, ядуха* тощо;

– доберіть антонімічні терміни до слів і словосполучень (*повнокров'я – знекровлення, полегшення стану – погіршення стану, болісна процедура – безболісна процедура, ушкоджений орган – цілий орган*).

Вивчення медичної термінології студентами-іноземцями супроводжується мультимедійними презентаціями та графічними зображеннями.

Культуру професійного мовлення майбутнього лікаря на лексико-граматичному рівні покликані сформулювати вправи й завдання такого типу:

– напишіть правильні відповідники до мовних стереотипів, у яких допущені порушення норми: *алоє, виздоровлювати, прививка, осанка, головокружіння, болить позвоночник, болять суглави, обморок, бред, ікота, вредний, іскусвенний, сиворотка, нагрузка, похудати, десна, жолудок, зрачок, висок, беремена жінка, відчуття горечі, годиться для вживання, грудні діти, столбняк, чесотка, зуд, жога, перхоть, родильниця, схватки*.

Для вивчення й засвоєння граматичних засобів у ситуаціях професійного спілкування використовуються такі вправи та завдання:

– поставте слова у формі родового й орудного відмінків: *пластир, апендикс, профілакторій, недуги, жовч, кір, бюлетень, вірус, біль, вчений ступінь, нежить, шлунок, поперек, свербіж, плід, крижі, хвороби, гепатит, вузол, вуглець, м'яз, суглоб, корвалол, ніс, подих, біоценоз, фільтр, фільтрат, череп, мозок*;

– визначте рід іменників: *аерозоль, каніфоль, біль, корч, шампунь, бандероль, нежить, тюль, фла-нель, мігрень, пил, папороть, накуп, посуд, ке-фаль, пектораль, блакить, меню, полин, полинь, мозоль, мозоля, спазм.*

Стадія закріплення матеріалу повинна включати комплекс тренувальних вправ, що містять різні операції з навчальним матеріалом, наприклад: вставити слова та словосполучення у правильній формі, скласти речення з певною структурою, вставити замість крапок слова та словосполучення, подані в дужках у відповідному відмінку та інші. При закріпленні матеріалу важливими є також завдання, що містять питання та відповіді. Наприклад:

– напишіть питання, які ставить лікар при огляді хворого;

– напишіть питання до поданих відповідей хворого;

– напишіть відповіді лікаря на запитання хворого.

При цьому граматичні явища не повинні сприйматися як щось відокремлене від акту комунікації, а граматичні вправи мають перестати бути нецікавим маніпулюванням граматичними формами. Наприклад, під час вивчення іноземними студентами розмовної теми “Сім’я” студентам можна запропонувати намалювати своє родинне дерево, вказавши імена та пояснивши родинні зв’язки. Під час вивчення теми “Ділова розмова. Розмова лікаря з пацієнтом” викладач може провести конкурс на кращого лікаря, в ході якого студенти складають списки відомих їм захворювань, назв медичних професій тощо.

Завдання мають бути природними, нести інформацію, пов’язану з реальною дійсністю, надавати навчальному процесу творчого характеру, студенти

повинні самі вирішувати певну мовленнєву ситуацію, використовуючи набуте вміння та власну ініціативу. Вправи мають бути ситуативними, які б примушували студентів використовувати не тільки вивчений матеріал, але й висловлювати власну думку.

Важливою складовою професійного спілкування є діалоги. Для ефективного формування вмінь професійно-орієнтованої комунікації варто виокремити типи діалогів, які є найбільш функціональними у професійній діяльності майбутнього лікаря і тому необхідні для оволодіння у медичному ВНЗ: діалог-розпитування, діалог-домовленість, діалог-обмін враженнями, діалог-обговорення. Ефективним засобом реалізації професійно-орієнтованого спілкування студентів-медиків є використання ситуативних діалогів на теми “Лікар – пацієнт”, “Огляд пацієнта, встановлення діагнозу”, “В аптеці”.

Висновок. У центрі системи вправ за професійно орієнтованим підходом знаходиться студент, його інтереси, особливості засвоєння української мови. У зв’язку з цим необхідне урахування таких чинників, як позитивна установка, мотиви, емоції, задоволення від вдалої мовленнєвої діяльності; опора на різні види пам’яті; комплексний підхід до змісту і процесу навчання мови з гносеологічних, психологічних і дидактичних позицій; суворота відповідність конкретних цілей змісту навчання.

Використання різних вправ і завдань, ділових ігор, які відображають суть майбутньої професійної діяльності студентів, дає можливість стимулювати комунікативну активність майбутніх медичних працівників у навчальному процесі, відпрацьовувати професійно-мовленнєві навички в умовах, наближених до реальних.

Література

1. Абрамова Г. С. Психологія в медицині / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – М. : Кафедра-М, 2005. – 272 с.
2. Конечный Р. К. Психологія в медицині / Р. К. Конечный, М. В. Боухал. – М. : Провещение, 1983. – 294 с.
3. Дроздова І. П. Система вправ із розвитку професійного мовлення студентів вищих навчальних закладів нефіло-

логічного профілю / І. П. Дроздова // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені В. Гнатюка. Серія : Педагогіка. – 2012. – № 1. – С. 72–78.

4. Тлумачний словник-мінімум української мови / [уклад. : Л. О. Ващенко, О. М. Єфімов]. – К. : Довіра, 2004. – 473 с.

УДК 614.253.52:616-053.9-083

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА

Н. І. Рега

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

THE PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF TEACHING OF THE PALLIATIVE CARE AT THE STAGE OF TRAINING OF MASTERS OF NURSING

N. I. Reha

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

Предмет “Паліативна медицина” охоплює засвоєння комплексу медичних, соціальних, психологічних та духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів, які мають невиліковну хворобу та обмежений прогноз життя, а також членів їхніх сімей. Головні завдання паліативної допомоги – позбавлення від болю, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших тяжких проявів хвороби, а також догляд, психологічна, соціальна та духовна допомога пацієнту та його рідним.

The subject “Palliative Medicine” includes the mastering of complex medical, social, psychological and spiritual activities aimed at improving the quality of life of patients with terminal illness and the limited outlook of life and their family members. The main objectives of palliative care are pain disappearance, removal or reduction of life disorders and other serious manifestations of the disease, care, psychological, social and spiritual care for patients and their families.

Вступ. Паліативна допомога – це підхід, який дозволяє покращити якість життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями та допомогти членам їхніх родин шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини (визначення ВООЗ, 2002 р.). Головною метою паліативної допомоги є підтримка якості життя у його фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних і моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта. Паліативну допомогу можна надавати разом із допомогою, спрямованою на одужання, але її мета не вилікування, а піклування.

Основні засади надання паліативної допомоги:

- полегшення болю та інших симптомів невиліковної хвороби;
- надання підтримки, яка допомагає вести максимально творче життя;
- покращення якості життя.

Відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, паліативна медицина повинна бути невід’ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990) та Барселонська декларація (1996) закликають усі держави світу включити паліативну допомо-

гу в структуру національних систем охорони здоров’я [1]. За характеристикою медико-демографічної ситуації, Україна належить до демографічно старих країн світу [2]. Частка населення віком 60 років і старших становить понад 11 мільйонів осіб (або 23,9%), кількість людей, старших за 75 років, дорівнює близько 3,5 млн осіб, і їх кількість буде невпинно зростати. Постаріння населення в Україні, як і в інших країнах Європи, призводить до збільшення кількості людей, які помирають у старечому віці від хронічних соматичних хвороб, що супроводжуються важкими фізичними та психічними розладами, і потребують паліативної та hospісної допомоги [3, 4]. Щорічно в Україні реєструється близько 160 000 хворих на онкологічні захворювання, а понад 90 тисяч пацієнтів помирають від цієї недуги, у більшості з яких розвивається надзвичайно сильний больовий синдром. Ефективного контролю болю в таких пацієнтів можна досягти лише при застосуванні опіоїдних анальгетиків. Уже до 2020 року прогнозується збільшення захворюваності на онкологічні недуги до 200 тисяч. Окрім того, члени сімей паліативних пацієнтів також потребують професійної допомоги. Невиліковно хвора людина спричиняє зниження якості життя всієї

© Н. І. Рега

родини, стає причиною тяжких психологічних, соціальних та економічних розладів функціонування, зубожіння та руйнування сім'ї. Якщо до кількості паліативних хворих додати ще по 1–2 родичів, які доглядають за ними, то виходить, що близько 1,5 млн осіб щороку потребують паліативної та хоспісної допомоги, адже вони страждають від фізичного та морального болю, бо безсилі допомогти рідній людині. У всьому світі спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з поширеними формами злоякісних новоутворень. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щоденно у світі від болю страждає 3,5 мільйона онкохворих [5, 6]. Кожного року майже півмільйона осіб в Україні можуть потребувати послуг паліативної допомоги для полегшення симптомів хвороб, що загрожують життю [7]. До них належать хвороби системи кровообігу, у тому числі хронічні хвороби серця (майже 489 000 смертей на рік), рак (100 000), респіраторні хвороби (28 000), туберкульоз (10 000), неврологічні розлади, у тому числі хвороба Альцгеймера (6 500) та ВІЛ/СНІД (близько 2 500) [8, 9]. Саме тому паліативна допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я та соціального захисту громадян України, вона забезпечує реалізацію прав людини на гідне завершення життя та максимальне зменшення болю і страждань. Паліативна допомога – це комплекс медичних, соціальних, психологічних та духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів, які мають невиліковну хворобу та обмежений прогноз життя, а також членів їхніх сімей. Головні завдання паліативної допомоги – позбавлення від болю, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших тяжких проявів хвороби, а також догляд, психологічна, соціальна та духовна допомога пацієнту та його рідним як в умовах спеціалізованого медично-соціального закладу – хоспісу, так і вдома [10, 13, 14].

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує всім країнам забезпечити належне навчання медичних працівників основ надання паліативної допомоги та знеболення. Проте в Україні офіційні програми навчання до- та післядипломної медичної освіти як для лікарів, так і для медичних сестер не забезпечують надання спеціалізованих знань та навичок щодо паліативної допомоги та знеболення. Протоколи ВООЗ щодо лікування больового синдрому, спричиненого раком, майже не викладаються у медичних ВНЗ та навчальних закладах для середнього медичного персоналу. Багато медичних працівників, зокрема медичних сестер, не розуміють головних принципів лікування больового синдрому та паліативної

допомоги.

Особливим аспектом даної проблеми є професійна підготовка лікарів та медичних сестер, які працюють в паліативній і хоспісній медицині. Для цього були розроблені та затверджені навчальні програми для різних категорій лікарів та організаторів охорони здоров'я, а також для медичних сестер-магістрів з надання паліативної допомоги у лікувально-профілактичних закладах України. До того ж була створена перша в Україні кафедра паліативної та хоспісної медицини в НМАПО ім. П. Л. Шупика. Зараз в Україні існує велика потреба у розвитку паліативної допомоги, проте, на жаль, система охорони громадського здоров'я України та соціального захисту населення тільки починає звертати увагу на цю проблему. Українські фахівці, що фактично надають елементи паліативної допомоги, – лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, геріатри, працівники громадських благодійних організацій тощо не володіють повним комплексом необхідних знань та навичок з паліативної допомоги. Це є причиною недоступності паліативної допомоги для пацієнтів (особливо це стосується знеболення), у багатьох випадках – ненадання або надання в обмеженому обсязі, тобто низької якості надання паліативної допомоги. Тому актуальною проблемою на сьогодні є запровадження навчальних програм підготовки фахівців з паліативної допомоги, що є запорукою зміни ситуації у сфері охорони здоров'я щодо надання паліативної допомоги, оскільки велика частина медперсоналу не може надати кваліфікованої допомоги таким пацієнтам у зв'язку з тим, що питання паліативного лікування і догляду за термінальними хворими не включені в курс навчання ні лікарів, ні медсестер [11]. Викладання питань організації паліативної й хоспісної допомоги необхідне для вивчення не лише наявних проблем, а й етичних принципів паліативної допомоги, історії хоспісного руху, питань якості життя інкурабельних хворих і їхніх родичів. Знання, набуті на практичних і семінарських заняттях та висвітлені в лекційному матеріалі, дозволяють забезпечити наступність між лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я і закладами соціального захисту населення, брати участь у проведенні медично-соціальної реабілітації, поліпшити якість надання медичної допомоги інкурабельним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах, а також приділити увагу різноманітним аспектам психологічної підтримки родичів хворих із тяжкими прогресуючими захворюваннями [10, 12, 15].

Основна частина. На сьогодні в ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського курс паліативної медицини

викладається при підготовці медичних сестер-магістрів, які навчаються на дистанційній формі навчання. Відомо, що магістр медсестринства відіграє значну роль в організації лікувального процесу, а саме, з одного боку, є організатором роботи медичних сестер у лікувальному закладі, а з іншого – покликаний здійснювати викладацьку діяльність, готуючи медичних сестер-молодших спеціалістів та медичних сестер-бакалаврів. Тому досконале знання магістрами медсестринства основ паліативної допомоги буде значно сприяти її ефективному впровадженню в комплексну медичну допомогу населенню.

На сьогодні для підготовки медичної сестри-магістра створена базова робоча навчальна програма з паліативної медицини. Метою навчальної програми з паліативної медицини є: набуття медсестрами-магістрами практичних навичок з догляду за інкурабельними пацієнтами, засвоєння принципів паліативної медицини та ознайомлення з психологічними, соціальними і моральними аспектами спілкування з хворими і їх родичами [16]. Завданнями навчальної програми з паліативної медицини є:

- розуміння концепції і принципів паліативної медичної допомоги;

- вміння правильно оцінювати клінічні прояви захворювання при його прогресуванні та обґрунтувати перехід від радикального до паліативного лікування;

- вміння застосовувати основні методи інструментальної та медикаментозної корекції болю та інших ускладнень захворювання;

- знання психологічних, етичних, соціальних та релігійних аспектів паліативної медицини;

- вміння оцінювати якість життя хворих і визначати найбільш суттєві фактори, котрі впливають на неї.

Програма розрахована на 216 год, з них 12 год – лекції, 60 год – практичні заняття, 144 год – самостійна позааудиторна робота. Під час вивчення дисципліни студенти оволодівають практичними навичками з догляду за інкурабельними хворими. Особлива увага приділяється психологічним аспектам паліативної медичної допомоги. Знання студентів з паліативної медицини оцінюються за 12-бальною шкалою. Студенти, які мають академічну заборгованість або не засвоїли практичні навички, до іспиту не допускаються.

Теоретична частина програми висвітлює такі теми:

1. Поняття про паліативну медичну допомогу.
2. Загальні принципи паліативної терапії хворих із термінальними формами захворювань.
3. Якість життя.
4. Психологічні проблеми термінальних станів.

5. Етичні проблеми термінальних станів.

6. Вибір методу лікування. Профілактика і лікування різних симптомів.

7. Боротьба з болем.

8. Профілактика і лікування розладів травної системи.

9. Профілактика і лікування розладів дихальної системи.

10. Профілактика і лікування розладів сечовидільної системи.

11. Профілактика і лікування уражень шкіри і м'яких тканин.

12. Причини та механізми розвитку ендотоксикозу в онкологічних хворих.

13. Кахексія.

14. Кровотечі.

15. Останні години життя пацієнта.

У процесі практичної роботи проводиться обстеження пацієнтів із поширеним пухлинним процесом разом з лікарем. Використовуючи деонтологічні принципи і правила комунікативної медицини, збирається анамнез і проводиться фізикальне обстеження хворого. Оцінюються дані інструментальних і лабораторних методів. За даними клінічного, інструментальних і лабораторних обстежень необхідно виділити ведучий синдром, який визначає тяжкість стану пацієнта. Разом з лікарем-куратором з наявного арсеналу вибирається оптимальний метод або комбінація методів лікування пацієнта. Оволодівається практичними навичками: догляд за стомами, профілактика пролежнів, правила лікувального масажу та ін.

За одне заняття кожен студент отримує 1 кінцеву оцінку, яка є середнім арифметичним оцінок за кожний вид діяльності (практична робота, семінарське обговорення практичної роботи і тестовий контроль). Усі оцінки виставляються за 12-бальною шкалою.

На сьогодні в ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського паліативну медицину вивчають 54 медичних сестер-магістрів, які навчаються на дистанційній формі навчання, з них 41 вітчизняних, а 13 – іноземних. Однак пропонується включення викладання питань паліативної та хоспісної допомоги для інших студентів навчально-наукового інституту медсестринства та інших факультетів університету.

Висновки. Стан медичної освіти з питань паліативної допомоги вимагає активного впровадження таких заходів:

- вдосконалювати систему до- і післядипломної підготовки фахівців з паліативної та хоспісної допомоги, розробити навчальні програми підготовки не тільки для підготовки магістрів медсестринства, а й

студентів інших медичних спеціальностей та підвищення кваліфікації фахівців для первинної паліативної допомоги та для закладів спеціалізованої паліативної і хоспісної медицини;

– розробити підручники та навчальні посібники для викладання курсів з паліативної та хоспісної допомоги для студентів медичних спеціальностей;

Література

1. Новиков Г. А. Паллиативная помощь онкологическим больным / Г. А. Новиков, В. И. Чиссов (ред.). – М. : ООД : Медицина за качество жизни, 2006. – 192 с.

2. Загальний огляд медико-демографічної ситуації та аналіз тенденцій у сфері охорони здоров'я за останні п'ять років (2002–2006 рр.) / [Д. Д. Айстраханов, М. В. Банчук, І. І. Волинкін та ін.] // Україна. Здоров'я нації : науково-практичне видання. – К. : Видавництво “Експерт”, 2007. – С. 7–16.

3. Безруков В. В. Проблеми здоров'я літніх людей та забезпечення їм медичної допомоги в Україні / В. В. Безруков, Н. В. Вержиковська, В. В. Чайковська // Журнал АМН України. – 2000. – № 1. – С. 93–106.

4. Москвяк Є. Й. Організаційні проблеми надання допомоги інкурабельним хворим / Є. Й. Москвяк // Врачебное дело. – 2007. – № 4. – С. 86.

5. Дячук Д. Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим / Д. Дячук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 48–54.

6. Лапотников В. Паллиативная помощь / В. Лапотников // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2003. – № 1. – С. 34–38.

7. Губський Ю. І. Розвиток паліативної допомоги в Україні : перешкоди та перспективи / Ю. І. Губський // Доповідь Президента Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів на засіданні Президії Міжнародного благодійного фонду “Відродження”. – 20.10.2003 р.

8. Лечение болевого синдрома в онкологии / [О. Е. Боб-

– створити умови для набуття і удосконалення навичок надання паліативної та хоспісної допомоги, в першу чергу, стосовно контролю больового синдрому та інших проявів захворювань, що потребують паліативної та хоспісної допомоги, а також щодо спілкування та консультування паліативних хворих і членів їхніх родин.

ров, Л. Н. Брындиков, А. В. Кравченко и др.]. – Ровно, 2003. – 196 с.

9. Opieka paliatywna na Ukrainie: osiagniecia i perspektywy. / Yu. Gubsky, W. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, A. Tsarenko, A. Wolf // Clinical and Experimental Letters. – 2007. – Vol. 48, Suppl. B. P. 23–24.

10. Паліативна медицина : організаційні і педагогічні аспекти / Г. Боднар, І. Вітенко, А. Попович [та ін.] // Медична освіта. – 2003. – № 2. – С. 7–9.

11. Стан паліативної допомоги в Україні та медсестринська освіта / Р. І. Сидорчук, О. Й. Хомко, О. А. Рудек [та ін.] // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 102–104.

12. Improving of palliative care specialists' training in Ukraine / A. Tsarenko, V. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, L. Shkoba // Palliative Care in Different Cultures. The 2nd International Conference in Palliative Care. Eilat, Israel, 2008, p. 80.

13. Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword / M. Callaway, F. D. Ferris // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33, (5). – P. 483–485.

14. Stjernsward J. The Public Health Strategy for Palliative Care / J. Stjernsward, K. M. Foley, F. D. Ferris // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33, (5). – P. 486–493.

15. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right / F. Brennan // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33, (5). – P. 494–499.

16. Бондар Г. В. Паліативна медична допомога : посібник / Г. В. Бондар, І. С. Вітенко, О. Ю. Попович. – Донецьк : Донеччина, 2004. – 80 с.

УДК 378.146-057.875

ОПТИМІЗАЦІЯ ЗАСОБІВ НАВЧАННЯ, КОНТРОЛЮ ТА САМОКОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗАСВОЄННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

О. Ю. Руда, О. В. Костильов

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

OPTIMIZATION OF THE MEANS OF TRAINING, CONTROL AND SELF-CONTROL OF KNOWLEDGE MASTERING LEVEL OF MEDICAL STUDENTS

O. Yu. Ruda, O. V. Kostylov

National Medical University by O. O. Bohomolets

У статті описані підходи для розробки професійно-орієнтованого комплексу тестових завдань для їх використання студентами медичних вузів при вивченні навчальної дисципліни “Медична біологія”.

The conceptional ways of development of professionally-oriented test tasks complex for medical students' use during mastering the science “Medical Biology” are described in the article.

Вступ. Удосконалення засобів навчання для використання студентами у процесі фахової підготовки є однією з актуальних проблем сучасної освіти. Основною метою їх використання у педагогічній діяльності є поліпшення вивчення та засвоєння навчального матеріалу студентами, зокрема вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Медична біологія є однією з перших дисциплін, що вивчається у вищих медичних закладах освіти, в процесі засвоєння якої першокурсник орієнтується на базові вимоги до себе як до студента-медика [1, 2]. Використання тестових завдань студентом на першому році навчання у вищому медичному закладі освіти, зокрема у аудиторній і самостійній позааудиторній роботі, може сприяти соціально-психологічній та професійній адаптації студента, формуванню навичок, які студент зможе застосовувати у засвоєнні знань не лише з предметів природничо-наукового спрямування, але й при вивченні професійно-орієнтованих дисциплін на старших курсах.

Основна частина. Розробляючи принципи створення професійно-орієнтованих тестових завдань, ми виходили із загальнодидактичних положень методики викладання медичної біології як навчальної дисципліни та звернули увагу на нерозривно пов'язані між собою складові: зміст навчання, діяльність викладача, студентів та час, який вони можуть використати

на підготовку. Задля дослідження закономірностей між цими сторонами навчального процесу ми вивчили зміст навчальної дисципліни; проаналізували історичний аспект методики формування тестових завдань та пізнавальне і виховне значення завдань для створення професійно-орієнтованих тестових завдань, їх місця у навчально-виховному процесі вищих медичних навчальних закладів.

Присвоєння кваліфікації студенту-медику відбувається відповідно до вимог Галузевих стандартів вищої освіти. Згідно з ними проводяться стандартизовані тестові та практично-орієнтовані державні іспити. Адаптація особистості до таких вимог краще відбувається в процесі формування нових якостей, вмінь та навичок, які дозволяють успішно діяти в нових умовах. Одним з дієвих факторів стає робота з тестовими завданнями як засобами навчання, зокрема в аудиторній та самостійній позааудиторній роботі [3]. Тестові завдання містять інформацію про необхідні для засвоєння студентом знання, тому що орієнтовані на чітко визначений перелік питань, складений на базі навчальної програми, що сприятиме досягненню максимального результату її засвоєння. Тому впровадження у навчальний процес тестових завдань різної структури та різного рівня складності зробить більш гнучким спосіб досягнення оптимального кінцевого результату навчання – фахової глибини і якості знань

© О. Ю. Руда, О. В. Костильов

студентів, а включення тестових завдань у навчальну книгу сприятиме реалізації дидактичних функцій компенсаторності, адаптивності та інтегративності.

Професійно-орієнтовані тестові завдання можуть бути різної складності, що дозволяє проконтролювати якість знань на різних рівнях їх засвоєння: 1) з однією правильною відповіддю, оскільки вони потребують менше часу на їхнє розв'язання й висвітлюють репродуктивний зріз знань; 2) на вибір відповіді, тому що вони спрямовані на розпізнавання об'єктів вивчення, закріплення інформації та можуть перевіряти знання термінів, окремих фактів; 3) на вибір з кількох тверджень, які добре підходять для з'ясування рівня засвоєння знань студентами, дають їм змогу відповісти на відносно велику кількість запитань протягом певного проміжку часу, що відводиться на тестування тощо; 4) на впізнавання можуть сприяти розвитку зорової пам'яті та асоціативного мислення в набутті навичок розпізнавання діагностично важливих об'єктів, зокрема морфології збудників інвазійних хвороб на різних стадіях онтогенезу, що часто буває основним у прийнятті остаточного рішення про їх наявність в організмі пацієнта; 5) на встановлення правильної послідовності, оскільки розпізнавання окремих стадій розвитку збудників інвазійних хвороб є важливим для остаточної діагностики, розробки засобів профілактики, вибору форм і засобів лікування; 6) на встановлення відповідності легко складати, при цьому запитанням надають компактну та дієву форму, хоча вони переважно обмежуються оцінкою рівня знань, які базуються на асоціаціях, проте їх доречно використовувати, коли необхідно швидко і стисло оц-

інити рівень засвоєння знань студентом; 7) на встановлення причинно-наслідкових відношень можуть сприяти формуванню фахових компетентностей, що неможливо без чіткого усвідомлення ймовірних причин захворювання та його наслідків, при цьому йдеться про шляхи проникнення збудників хвороб в організм людини, алгоритми досягнення патологічних станів під дією певних чинників навколишнього середовища, а також тривалість хвороби, локалізацію паразитів, їх міграцію в організмі людини і можливі наслідки цих явищ; 8) на перевірку вміння застосовувати засвоєні знання, тобто завдання на інтерпретацію, вимагають від студентів продемонструвати не лише розуміння отриманої інформації, але й її застосування в конкретних ситуаціях, тому вони включають інтерпретацію фактів, понять, принципів, правил, методів і теорій, їх легко адаптувати до всіх предметних напрямків; 9) на порівняння біологічних параметрів, оскільки їх знання є важливим компонентом потрібних майбутньому лікареві біологічних знань, які стають у нагоді при аналізі ризиків зараження людини відповідною хворобою, розробці профілактичних заходів у боротьбі з природно-вогнищевими і трансмісивними захворюваннями.

Висновок. Забезпечення студентів комплексом тестових завдань з тих розділів медичної біології, що вивчаються у вищому медичному закладі освіти, є особливо актуальним завданням сьогодення, а використання тестових завдань студентом на першому році навчання, зокрема у аудиторній і самостійній позааудиторній роботі, сприятиме соціально-психологічній та професійній адаптації студента.

Література

1. Костильов О. В. Створення моделі педагогічного тестування для оцінки рівня засвоєння знань при вивченні екології студентами-медиками / О. В. Костильов, О. Ю. Руда, О. В. Романенко // Вища освіта України. – 2010. – Дод. 4, т. III (21). – Тематичний випуск “Вища освіта України в контексті інтеграції до європейського освітнього простору”. – С. 295–301.
2. Костильов О. В. Удосконалення методів навчання сту-

дентів у вищих медичних закладах освіти шляхом створення критеріально орієнтованих тестових завдань / О. В. Костильов, О. Ю. Руда, О. В. Романенко // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 92–94.

3. Гронлунд Н. Е. Оцінювання студентської успішності: практ. посіб. / Н. Е. Гронлунд. – К. : Навчально-методичний центр “Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні”, 2005. – 312 с.

УДК 371.333:616-083.98

ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ-МЕДСЕСТЕР НА КАФЕДРІ НЕВІДКЛАДНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТДМУ ІМ. І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

О. Л. Сидоренко

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

THE PECULIARITIES OF DISTANCE LEARNING IN DISCIPLINE OF EMERGENCY CARE FOR NURSING STUDENTS AT EMERGENCY CARE DEPARTMENT OF TSMU BY I. YA. HORBACHEVSKY

O. L. Sydorenko

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

У статті наведені особливості дистанційного викладання дисципліни “Невідкладні стани” для студентів-медсестер, що полягає у створенні деталізованих спеціалізованих алгоритмів надання невідкладної допомоги. Вказано на перспективи впровадження дистанційної освіти у даній категорії студентів.

The articles describes the peculiarities of distance learning in discipline of Emergency Care for nursing students, which consist in the creation of detailed specialized algorithms of emergency care. It was established the perspectives of distance education implementation in nursing students.

Вступ. В останні роки швидкий розвиток інформаційних технологій потребує модернізації в системі освіти, в тому числі і медичної. Суть цієї модернізації відобразилась найбільше в концепції дистанційного навчання (ДН), яке, завдяки всесвітній мережі Інтернет, охоплює широкі верстви населення та стає важливим рушієм його розвитку.

ДН передбачає таку організацію навчального процесу, коли студент навчається самостійно за розробленою викладачем програмою і віддалений від нього у просторі та часі, однак може вести з ним діалог за допомогою засобів телекомунікації [1, 2]. Дистанційна освіта стала надзвичайно популярною формою навчання завдяки своїй зручності й гнучкості. Вона усуває основний бар’єр, що утримує багатьох професіоналів від продовження освіти, рятуючи від необхідності відвідувати заняття за встановленим розкладом. Студенти дистанційно можуть вибирати зручний для себе час занять відповідно до власного розкладу. Також ДН є економічно вигідним з матеріальної точки зору як для навчальних установ (відсутня необхідність у додаткових приміщеннях, гуртожитках для студентів), так і для самих студентів, що зберегли можливість працювати і в той же час повноцінно навчатись у зруч-

ний для них час (поєднуючи навчання з робочими обов’язками) [3]. А завдяки низці нормативних документів [4, 5, 6] ДН набуває все більшого визнання у вищих навчальних закладах України.

Основна частина. Тому метою нашої роботи було вивчення ефективності дистанційної форми навчання у викладанні дисципліни “Невідкладні стани” для медсестер-магістрів на базі кафедри невідкладної та екстреної медичної допомоги Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

ДН є особливо актуальною формою навчання для медичної галузі. Медицина в Україні сьогодні потребує забезпечення безперервності підготовки спеціалістів, що є головною складовою власне ступеневої освіти. І ДН може бути впроваджена власне для ступеневої освіти в медсестринстві, оскільки мова йде про кваліфікаційне удосконалення вже сформованих спеціалістів, дипломованих медичних сестер, які вже закінчили навчальний заклад I-II рівня акредитації, мають певний досвід роботи та в силу певних обставин не можуть перебувати на очному навчанні тривало.

У квітні 2009 року вийшов наказ МОЗ України № 283 “Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екст-

© О. Л. Сидоренко

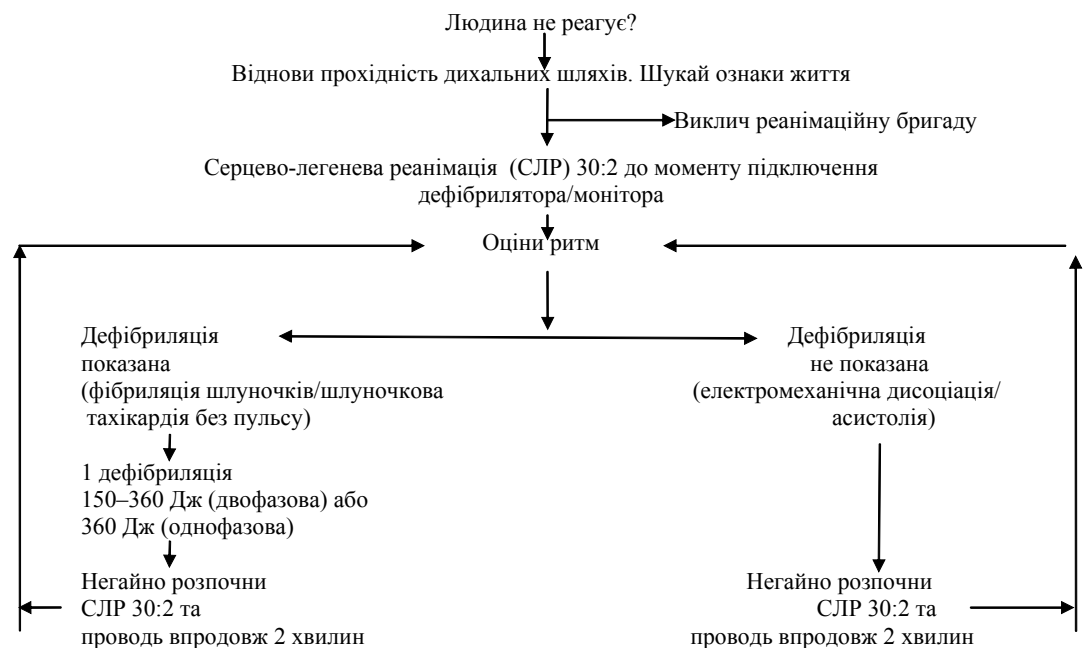
реної та невідкладної медичної допомоги”, тому викладання даної дисципліни має нагальне та актуальне значення. Курс “Невідкладні стани” для медсестер-магістрів викладається двома мовами (українська, англійська) на II курсі навчання і складається всього з 108 годин, з яких 10 годин лекцій, 62 години практичних занять та 36 годин самостійно-практичної роботи. Вид контролю – диференційований залік. Тематика як 5 лекцій, так і 9 практичних занять включає в себе актуальні питання найпоширеніших невідкладних станів у клініці внутрішніх захворювань – кардіології, пульмонології, ендокринології, нефрології, гастроентерології.

Методика ДН на нашій кафедрі, як і в університеті в цілому, передбачає створення для студента поштової скриньки на сервері університету та надання йому доступу до всіх навчально-методичних матеріалів – навчальних програм, методичних вказівок, матеріалів підготовки до лекцій та практичних занять, презентацій лекцій. Варто зауважити, що всі лекції до дисципліни “Невідкладні стани” записані у спеціальному форматі, що поєднує відео з презентацією

PowerPoint. Водночас у студентів наявна можливість прослухати цю ж лекцію on-line через Skype, для чого слід напередодні записатись.

У більшості випадків практичну частину занять студент засвоює самостійно. Проте значно сприяють цьому цінні поради та консультації викладачів, в тому числі on-line. Для того щоб студент краще міг самостійно вивчити практичну навичку, нами деталізовано алгоритми її освоєння. При цьому детально описується кожна дія медсестри, кожен рух, маніпуляція. Звичайно, надзвичайно корисними були б відеозаписи виконання практичних навичок, в тому числі і для практикуючих медсестер. Надалі ми плануємо додати такі відеоматеріали до усіх практичних занять, що допоможе студентам досконаліше освоїти ту чи іншу практичну навичку з надання невідкладної допомоги. Відеоматеріали повинні покроково продемонструвати кожен етап її виконання.

Для прикладу наводимо алгоритм надання невідкладної допомоги при раптовій зупинці кровообігу (РЗК), оснований на універсальному алгоритмі спеціалізованих реанімаційних заходів (ALS) (рис. 1).



Під час СЛР:

- лікуй зворотні причини РЗК (гіпоксія, гіповолемія, гіпо/гіперкаліємія, метаболічні порушення, гіпотермія, напружений пневмоторакс, тампонада серця, токсини, тромбоемболія (коронарна чи легенева));
- перевір розташування та контакт електродів;
- виконай/перевір: внутрішньовенний доступ, прохідність дихальних шляхів і кисневу терапію;
- не переривай натискань грудної клітки після забезпечення прохідності дихальних шляхів;
- вводь адреналін кожні 3–5 хвилин;
- при потребі застосуй аміодарон, атропін, магній.

Рис. 1. Алгоритм спеціалізованих реанімаційних заходів при РЗК.

Висновок. Таким чином, дистанційна освіта є власне тією формою навчання, перспективи розвитку якої спрямовані у майбутнє, і є при цьому позбавленою багатьох умовностей сучасного світу – в цілому не залежить ні від матеріального стану, ні від місця проживання, ні від стану здоров'я студента. Це є перспективний напрямок підвищення кваліфікаційного та наукового рівня мотивованої медсестри без відриву від основного місця роботи, в тому числі і при вивченні

дисципліни “Невідкладні стани”. Для кращого засвоєння даної дисципліни слід деталізувати спеціалізовані алгоритми надання невідкладної допомоги.

Проте слід пам'ятати, що ДН покладає певну відповідальність на студента, тому дана форма навчання буде ефективною власне для свідомих, дорослих студентів, які готові брати відповідальність за свій процес навчання не лише перед викладачем, але й, перш за все, перед самим собою.

Література

1. Денисов Д. О. Дистанційна освіта в Україні / Д. О. Денисов // Актуальні питання дистанційної освіти, порівняння сучасного стану дистанційної освіти в Україні та країнах Західної Європи : зб. наук. праць : у 2 ч. – Суми, 2004. – Ч. 1 : Педагогіка та методика навчання і виховання. – С. 44–48.

2. Жилінкова І. Дисертаційна освіта : комп'ютерні комунікації в сучасній освітній діяльності / І. Жилінкова // Управління освітою. – 2003. – № 1. – 4 лютого.

3. Jeanne Novotny M. Distance education in nursing / Jeanne M. Novotny, Robert H. Davis, editors. – 2nd ed. – 2006, Springer Publishing. – 256 p.

4. Про затвердження Програми розвитку системи дистанційного навчання на 2004–2006 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 вересня 2003 р. № 1494 // Офіційний вісник України. – 2003. – № 39. – С. 8–13.

5. Про затвердження Заходів щодо реалізації Програми розвитку системи дистанційного навчання на 2004–2006 роки : наказ МОН України від 04.12.2003 р. № 802 // Відкритий урок. – 2004. – № 1/2. – С. 33.

6. Про затвердження Положення про дистанційне навчання : наказ МОН України від 21.01.2004 р. № 40 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 15. – С. 241–253.

УДК 614.252:361.1

ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я У СИСТЕМУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

О. Є. Січкоріз

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

IMPLEMENTATION OF PRECONCEPTION HEALTH BASES IN DOCTOR'S POST-GRADUATE TRAINING SYSTEM

O. Ye. Sichkoriz

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

У статті узагальнено досвід роботи кафедри медичної діагностики і терапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького щодо впровадження основ прекоцепційного здоров'я населення у програму післядипломної підготовки лікарів-гінекологів, педіатрів, неонатологів, сімейних лікарів.

This article summarizes the experience of the Department of Medical Diagnostic and Therapy of Faculty of Post-Graduate Education of Danylo Halytskyi Lviv National Medical University in implementation of preconception health bases of post-graduate education's program of gynecologists, pediatricians, neonatologists, general practitioners.

Вступ. Національними пріоритетами переважної більшості країн є зменшення материнської та дитячої захворюваності і смертності. На сьогодні важливі медичні, соціальні, економічні та етичні питання асоціюються з вродженими вадами розвитку і пов'язаними з ними станами.

Досягнення генетики сприяли змінам концепцій клінічної медицини. Постає необхідність переходу до технологій профілактичної медицини – методів пренатальної діагностики вроджених вад розвитку (ВВР), розширення програм масового та селективного скринінгу спадкових захворювань, корекції вроджених вад на ранніх етапах життя. Одним із шляхів реалізації даного завдання є впровадження основ прекоцепційної профілактики у навчальні програми передатестаційних циклів та циклів тематичного вдосконалення, на яких проходять підготовку лікарі-акушери-гінекологи, педіатри, лікарі ультразвукової діагностики.

Основна частина. Кафедра медичної діагностики і терапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на даний час проводить цикли спеціалізації та передатестаційні цикли з фаху “Ультразвукова діагностика”, а також цикл тематичного удосконалення “Пренатальна діагностика і основи медичної генетики”, передатестаційний цикл “Загальна практика – сімейна медицина”.

Базою кафедри є Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр імені В. Поліщука, одним із структурних підрозділів якого є обласний медико-генетичний центр. Фахівці діагностичного центру та кафедри успішно працюють над реалізацією ряду міжнародних проєктів і програм, зокрема, створення обласного реєстру вроджених вад розвитку за міжнародними стандартами, профілактики алкогольного фетального синдрому, вад невральної трубки, ранньої реабілітації дітей з особливими потребами та правового захисту дітей-інвалідів.

У співпраці з міжнародними партнерами створено унікальну платформу для впровадження важливих науково-практичних ініціатив щодо охорони здоров'я дітей і матерів, які ґрунтуються на конкретних епідеміологічних даних. Ця платформа (реєстр вроджених вад розвитку) дає підстави на членство України в таких авторитетних організаціях, як Міжнародна палата систем моніторингу і досліджень ВВР, Європейська організація систем моніторингу ВВР. Унікальна інформація щодо стану захворюваності та розповсюдженості ВВР додає українські дані до світових систем, а також дозволяє брати участь у міжнародних дослідницьких проєктах, сприяє обміну інформацією.

Результати моніторингу ВВР за міжнародними стандартами у Рівненській області впродовж десяти років (2000–2009 рр.) засвідчили наявність епідемії

вад невральної трубки (ВНТ). Загальна частота ВНТ у Рівненській області є однією із найвищих у Європі (22,2 випадків на 10 тис. народжених). Частоти зрощених близнюків і тератом також відрізняються від середньостатистичних європейських даних. Це також стосується і частоти мікроцефалії та мікрофталмії.

Значну частину ВВР спричиняють дефіцит мікро-нутрієнтів, зокрема фолієвої кислоти, а також вплив алкоголю на антенатальний розвиток дитини. Не виключено, що до факторів ризику виникнення ВВР у Рівненській області може відноситися також хронічний вплив низьких доз іонізуючої радіації.

Прикладом міжнародної наукової співпраці є також дослідження впливу алкоголю на розвиток дитини, в якому беруть участь викладачі кафедри та науковці з 5 університетів під егідою Національного інституту охорони здоров'я (м. Бетезда, округ Монтгомері, штат Меріленд, США).

Необхідність проведення прекоцепційної профілактики та покращення прекоцепційного здоров'я задекларована у низці державних програм та директивних документів – наказі МОЗ України № 641/84 від 31.12.2003 року “Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні”, наказі МОЗ України № 503 від 28.12.2002 р. “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”, наказі МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”, Державній програмі “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 р. (затверджена Постановою КМУ № 1849 від 27.12.2006 р.).

Викладачами кафедри медичної діагностики і терапії була запропонована програма прекоцепційного здоров'я населення. Програмою передбачається реалізація низки організаційних, освітніх, медичних заходів, а саме:

– пропаганда політики прекоцепційного здоров'я в широкому розумінні цього слова – “Здорова мати – здорова дитина”, кампанія з покращення обізнаності населення щодо профілактичного застосуван-

ня фолієвої кислоти, кампанія проти куріння та вживання алкоголю;

– широке впровадження заходів прекоцепційної профілактики, доступних для кожної жінки репродуктивного віку в Рівненській області на базі жіночих консультацій, кабінетів і центрів планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, збільшення кількості жінок репродуктивного віку, які вживають фолієву кислоту в таблетках прекоцепційно;

– медико-генетичне консультування як дошлюбне, так і перед плануванням вагітності для сімей групи ризику виникнення вроджених вад у плода для своєчасної оцінки ступеня ризику, надання індивідуальних рекомендацій щодо пренатальної діагностики під час вагітності;

– аналіз організації та виконання заходів з покращення прекоцепційного здоров'я.

Серед методів реалізації програми є проведення семінарів, лекцій для лікарів з метою підвищення рівня знань щодо прекоцепційного здоров'я та профілактики ВВР. Саме з цією метою на кафедрі створено інформаційний ОМНІ-центр. Викладачі кафедри, лікарі центру, лікарі-слухачі беруть активну участь у розширенні україномовної сторінки в міжнародних інформаційних системах (IBIS) щодо проблем вроджених вад розвитку. Розміщені на ній інформаційні статті широко використовуються у проведенні освітніх заходів серед медичних працівників, працівників освіти, відділів сім'ї та молоді, громадських організацій з питань вроджених вад розвитку.

Висновки: 1. Отриманий досвід свідчить про необхідність впровадження основ прекоцепційного здоров'я населення у програму підготовки лікарів-акушерів-гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, неонатологів, лікарів ультразвукової діагностики.

2. Практичне значення освітніх програм полягає в тому, що завдяки ефективній співпраці акушерсько-гінекологічної, педіатричної, медико-генетичної служб та закладів післядипломної освіти створюється підґрунтя для реалізації напрямків медичної допомоги дітям і матерям в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Література

1. Досвід проведення комплексної пренатальної діагностики хромосомної патології у Рівненській області / І. В. Шумлянський, З. О. Сосинюк, Л. С. Євтушок [та ін.] // Матеріали IV з'їзду медичних генетиків України. – Львів, 2008. – С. 38.

2. 1st Central and Eastern European Summit on Preconception Health and Prevention of Birth Defects / Y. Korzhynskyy, A. Woolbright, V. Boyko [et al.]. – Budapest, Hungary, 2008. –

P. 129.

3. Chronic radiation exposure in the Rivne-Polissia region of Ukraine: implications for birth defects / K. N. Dancause, L. Yevtushok, S. Lapchenko [et al.] // Am. J. Hum. Biol. – 2010. – Vol. 22, № 5. – P. 667–674.

4. The plausibility of maternal nutritional status being a contributing factor to the for fetal alcohol spectrum disorders: the potential influence of zinc status as an example /

C. L. Keen, J. Y. Uriu-Adams, A. Skalny [et al.] // *Biofactors*. – 2010. – Vol. 36, №2. – P. 125–135.

5. Prenatal Utrasound Detect the Effects of In Utero Alcohol Exposure? / Kfir M. Yevtushok, L. Onishenko, S. L. Chambers [et al.] // A pilot study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. – 2009. – Vol. 33, № 6. – P. 683–689.

6. Wertelecki W. Birth defects surveillance in Ukraine: a process / W. Wertelecki // *Pediatrics*. – 2010. – Vol. 125. – P. 836–843.

7. High Rates Of Neural Tube Defects In Ukraine / N. Yuskiv, S. Polishchuk, S. Shevchuk [et al.] // *Birth Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol.* – 2004. – Vol. 70. – P. 400–402.

УДК 378.147:37.022:617.7-057.87

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НАВЧАННЯ

Т. А. Табалюк

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

TEACHING EXPERIENCE IN OPHTHALMOLOGY FOR ENGLISH- SPEAKING STUDENTS BY THE CREDIT-MODULAR SYSTEM

T. A. Tabalyuk

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

У статті наведено досвід вивчення офтальмології англійською мовою іноземними студентами ТДМУ за кредитно-модульною системою. Описано основні навчальні методики, у т. ч. і з використанням програмних засобів.

The article presents the experience of learning the Ophthalmology in English for foreign students in TSMU according to the credit-modular system. There were described the basic teaching methods, including using software tools.

Вступ. Впровадження у 2006 році кредитно-модульного навчання у Тернопільському державному медичному університеті ім. І. Я. Горбачевського як новітньої моделі вищої освіти відповідно до Болонської декларації все більше приваблює сюди іноземних громадян, про що свідчить щорічне динамічне зростання їх кількості. Це пов'язано також з посиленням конкурентоспроможності освіти, здобутої в стінах нашого закладу, та поступовим наближенням її до європейських стандартів [2, 3, 4].

Важливість і необхідність викладання офтальмології при підготовці лікарів обумовлена тим, що захворювання органа зору стоять на одному з перших місць серед хвороб людини. Орган зору пов'язаний багатьма анатомічними і фізіологічними механізмами як з організмом у цілому, так і з окремими його органами і системами. Тому він часто втягується в загальні захворювання організму або першим реагує на них функціональними чи морфологічними змінами. По суті, уся патологія органа зору (за винятком травм, окремих екзогенних запалень повік, кон'юнктиви і рогівки) є проявом загальних або системних захворювань. Тому знання офтальмологічних симптомів при різних загальних захворюваннях необхідні лікарям всіх спеціальностей для діагностики, оцінки стадії, динаміки, визначення прогнозу основного захворювання [1].

Організація навчального процесу з офтальмології у умовах кредитно-модульної системи має свої особ-

ливості. Це стосується і підготовки студентів – іноземних громадян [1, 2, 4].

Основна частина. Робоча програма з офтальмології для студентів IV курсу медичного факультету складається з одного модуля, що у цілому включає 90 годин (3 кредити), з них 10 годин лекцій, 40 практичних занять та 40 – самостійної роботи. Викладання офтальмології проходить на кафедрі оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського. Медичною базою є очне відділення Тернопільської університетської лікарні. Реорганізація обласної лікарні в університетську клініку у 2009 році дала змогу більш ширше залучати студентів до обстеження хворих, діагностичних та лікувальних маніпуляцій, що є важливим у підготовці студентів до практичної діяльності.

На кафедрі існує методичне забезпечення англійською мовою у вигляді календарно-тематичних планів практичних занять, мультимедійних презентацій лекцій, методичних розробок, матеріалів для підготовки до практичних занять та лекцій, пакета тестових завдань, рентгенограм, набору ситуаційних задач та слайдів з клінічними випадками. Для самостійної роботи студентів на кафедрі створена бібліотека, яка зокрема включає 13 томів американської академії офтальмології 2006 року випуску та ряд інших сучасних англійських літературних джерел, у т. ч. і періодичних видань, зокрема “Євротаймс”.

Цикл офтальмології включає 6 практичних занять за методикою “єдиного дня”, що проходять на базі профільного відділення університетської лікарні. Очне відділення обладнане базовими лікувально-діагностичними комплексами, у т. ч. робочим місцем офтальмолога, сферопериметром, щілинною лампою, ультразвуковим сканером, факоемольсифікатором, операційним мікроскопом та ін. Не секрет, що на даний момент забезпечення клінік Азії та Африки, звідки родом переважна більшість іноземних студентів, є набагато прогресивнішим, ніж українських державних лікарень. Тому знайомство з деякими інноваційними офтальмологічними технологіями проходить шляхом їх демонстрації з використанням програмних засобів. На базі очного відділення розташований обласний центр мікрохірургії ока та обласний офтальмологічний травмцентр, де проходять тематичні 4 та 6 заняття.

Кожне практичне заняття включає коротке обґрунтування актуальності теми, формулювання індивідуальних практичних завдань, відпрацювання практичних навиків один на одному, курацію тематичних хворих, демонстрацію відеоматеріалів до хірургічних нозологій, трансляцію тематичних операцій в реальному часі, розв’язання ситуаційних задач та перегляд слайдів, семінарське обговорення та опитування, тестовий контроль. Оцінювання кожного студента за кожне практичне заняття є комплексним і включає три моменти – практичну, теоретичну та тестову частину. Велику роль в об’єктивізації оцінювання відіграє щоденний тестовий контроль знань у системі “Moodle” напередодні вечері. Перескладають цю складову загальної оцінки лише ті, хто не задоволений результатом чи в силу певних обставин не мав доступу до Інтранету. Великим стимулом для студентів також є можливість швидше завершити практичне заняття і більш раціонально використати свій час. Кількість тестів у системі “Moodle” щорічно доповнюється і включає ситуаційні задачі, теоретичні та ілюстровані запитання. Своєрідним підсумком вивчення офтальмології є написання історії хвороби, яке, враховуючи специфіку дисципліни, не є легким, проте плавно крок за кроком, заняття за заняттям засвоюються основні її вагомні елементи і переважна більшість студентів успішно справляється з вказаним завданням.

Іноді у студентів виникають труднощі при спілкуванні з хворими для збору скарг і анамнезу із-за мовного бар’єра. Тому викладач знаходиться зі студентами і під час курації, допомагаючи їм як у пере-

кладі, так і в застосуванні діагностичних методів обстеження органа зору.

Слід відзначити з власних спостережень, що у загальному зацікавленість англійських студентів курсом офтальмології є значно вищою, ніж їх українських колег. Студенти-іноземці з першого заняття показують більшу, ніж наші співвітчизники, обізнаність у сучасних технологіях, виявляють жвавий інтерес до офтальмологічного обладнання, цікавляться технічним виконанням новітніх хірургічних методик, зокрема щодо корекції зору.

У теперішній час інформаційні технології широко використовуються практично у всіх галузях діяльності людини взагалі і медицини зокрема. Без програмних засобів важко собі уявити і процес викладання у сучасному медичному вузі. Вони, з одного боку, полегшують роботу викладача, а з другого – сприяють більш швидкому засвоєнню матеріалу студентами.

На курсі офтальмології для іноземних студентів ми читаємо 5 англійських мультимедійних лекцій. На першому занятті ознайомлюємо студентів-іноземців з комп’ютеризованими методиками дослідження зорових функцій, у тому числі і розробленими на кафедрі способами візометрії (патенти України 50511 та 89817), контрастометрії (патент 66125) та визначення кольоровідчуття (патент 66126). При проведенні практичних занять демонструємо 8 англійських відеофільмів з мікрохірургічними втручаннями (факоемольсифікація катаракти, антиглаукоматозна операція, лазерна корекція зору, орбітотомія, виправлення птозу, усунення косоокості, кератопластика та вітреоретинальне втручання), застосовуємо набір слайдів з клінічними випадками до кожної нозології, застосовуємо елемент тематичної “живої хірургії” завдяки відеозв’язку з плановою операційною.

Висновки. В умовах впровадження кредитно-модульної системи навчання лише удосконалення системи викладання, різнобічний підхід до педагогічного процесу, що включає підвищення ролі самопідготовки студентів, впровадження комп’ютерних технологій дають змогу раціоналізувати навчання та підвищити його ефективність. Розвиток засобів навчання спричиняє і розвиток нових методів навчання, які не могли б бути реалізовані без застосування програмних засобів, зокрема при викладанні офтальмології англійською мовою студентам-медикам. Сучасні діагностичні та лікувальні методики у поєднанні із новітніми методами навчального процесу, у т. ч. використання інформаційних технологій, значно підвищують інтерес іноземних студентів до вивчення офтальмології. Це при-

водить до активного впровадження в навчальний процес основних положень Болонської концепції та інтег-

рації української медичної освіти до європейських та світових стандартів.

Література

1. Жабоедов Г. Д. Успішність іноземних студентів з офтальмології / Г. Д. Жабоедов, Г. С. Бондарева, О. П. Вітовська // Матеріали Всеукраїнської конференції “Проблеми навчання іноземних студентів у медичних закладах України” // Медична освіта. – 2002. – № 3. – С. 247–248.

2. Ковальчук Л. Я. Медична освіта в Україні та Болонський процес : реальність і шляхи переходу в Європейський освітній простір / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, К. О. Пашко // Матеріали науково-методичної конференції “Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної освіти”. – Тернопіль : Укрмедкнига,

2005. – С. 24–30.

3. Ковальчук Л. Я. Навчання іноземних студентів – досвід і проблеми / Л. Я. Ковальчук // Матеріали Всеукраїнської конференції “Проблеми навчання іноземних студентів у медичних закладах України” // Медична освіта. – 2002. – № 3. – С. 45–47.

4. Досвід викладання іноземним студентам на кафедрі хірургії з анестезіологією № 2 / О. В. Олійник, А. Р. Вайда, А. Я. Господарський [та ін.] // Медична освіта. – 2011. – № 1. – С. 69–71.

УДК 61:37.018.43:004

ДИСТАНЦІЙНА ДОДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ? ЗАВДАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Т. А. Хомазюк, В. І. Гриценко, Ю. П. Люлька

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

DISTANCE PRE-GRADUATE MEDICAL EDUCATION: MYTH OR REALITY? CHALLENGES AND PROSPECTS

T. A. Khomazyuk, V. I. Hrytsenko, Yu. P. Lyulka

SI “Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH of Ukraine”

Стаття присвячена питанням актуальності впровадження дистанційної додипломної освіти у сфері медицини. Протягом останніх десятиліть у медичній освіті стрімко розвиваються комп'ютерні технології, які можуть мати практичне значення не тільки в аудиторній роботі зі студентами, але насамперед у позааудиторній самостійній підготовці. Дано визначення терміну дистанційної освіти, перелічено можливі засоби дистанційної освіти щодо клінічних дисциплін. Наведені приклади дистанційної освіти в Німеччині, США, проаналізовано позитивні аспекти даної форми навчання. Доведено, що дистанційна форма не поступається та суттєво доповнює і оптимізує традиційну форму навчання.

The article is devoted to the actual implementation of distance pre-graduate education in medicine. During the last decades computer technology is rapidly developing in medical education that can have practical value not only in the audience or clinic work with the students but above all things outside in independent preparation. Determination of term of the distance education was given, possible facilities of the distance education were transferred in relation to clinical disciplines. The examples of distance education in Germany, USA were resulted, the positive aspects of this form of education were analyzed. It is well-proven that the distance form does not yield but substantially complements and optimizes the traditional form of studies.

Вступ. Освіта – це динамічний процес, який вимагає постійного вдосконалення як студента, так і викладача. Використання сучасних інформаційних технологій (в першу чергу – персональних комп'ютерів, Інтернету, мультимедіа) дозволяє вивести процес навчання на якісно більш високий рівень [1, 3, 7, 8].

На сьогодні широко обговорюються питання впровадження дистанційного навчання на різних рівнях освіти: середній, середній професійній, вищій за різноманітними напрямками підготовки. Комп'ютер й Інтернет у сучасній освіті – це спосіб оволодіння не тільки теоретичними знаннями, але й практичними навичками [2, 10, 15].

Основна частина. Напевне, найбільше суперечок викликає дистанційне навчання спеціалістів у галузі медицини [4, 15]. Зараз існують численні тлумачення цієї методології у навчальному процесі. Що саме мають на увазі під дистанційною освітою? Чи можливо навчати студента-медика дистанційно? Як це позначиться на якості його підготовки? Щоб з'ясувати це питання, доречно проаналізувати розвиток даного напрямку.

Більше ста років тому деякі європейські університети розпочали проводити навчання за листуванням.

Студент поштою отримував підручники та завдання. В подальшому розпочиналось листування, під час якого студент консультувався, ставив запитання викладачеві та отримував на них відповіді. З часом пошту замінили інші канали зв'язку: телефон, телеграф, факсимільний зв'язок, а в доповнення до підручників стали використовуватися аудіозаписи та відеофільми [9, 11, 16].

Дистанційне навчання (теленаставництво) – різновид навчального процесу, при якому або викладач і аудиторія, або учень і джерело інформації розділені між собою географічно [1, 4, 13].

На сьогодні до засобів дистанційного навчання відносяться:

- електронні підручники;
- сітьові навчально-методичні посібники;
- комп'ютерні навчальні системи в звичайному і мультимедійному варіантах;
- аудіоматеріали навчально-інформаційного змісту;
- відеоматеріали навчально-інформаційного змісту;
- лабораторні дистанційні практикуми;
- тренажери з віддаленим доступом;

– електронні бібліотеки з віддаленим доступом;
– засоби навчання на основі експертних навчальних систем.

Противники впровадження дистанційного навчання в медицині часто наводять таку тезу: а чи можливо дистанційно навчити людину щось “робити руками”? Адже професія лікаря багато в чому полягає у виконанні різного роду операцій і маніпуляцій [6, 14].

У відповідь на це можна навести приклад підготовки льотчиків. Перш ніж сісти за штурвал літака, вони проходять не тільки курс теоретичної підготовки, але й відпрацьовують свої дії на тренажерах і симуляторах.

Прикладом є і медична освіта в Німеччині, де безпосередня робота з пацієнтом планується і дозволяється не на 4 семестрі навчання, як в Україні, а тільки після успішно складених іспитів теоретичної підготовки на 7–10 семестрах навчання [5].

У США було проведено дослідження, де взяли участь 97 лікарів поліклінічної ланки з передмістя Х'юстона, які були рандомізовані у дві групи: перша – навчалась інтерактивно в рамках декількох сеансів з використанням Інтернету, друга – навчалась за допомогою звичайного інтерактивного семінару [12]. Рівень знань лікарів оцінювали до початку дослідження, відразу після завершення занять і через 12 тижнів. За 5 місяців до навчання і через 5 місяців після закінчення навчання оцінили кількість пацієнтів з груп високого ризику, яких лікували відповідно до рекомендацій національних керівництв.

За результатами дослідження, опублікованими в журналі Американської медичної асоціації (JAMA), обидва підходи до навчання забезпечили однакові знання досить високого рівня у лікарів як відразу, так і через 12 тижнів після закінчення дослідження. Порівняно з результатами до навчання рівень знань підвищився на 31 % відразу по завершенні навчання та на 36,4 % через 12 тижнів після закінчення дослідження. Не відзначалося значної різниці при скринінгу пацієнтів в обох групах. Однак в групі дистанційної освіти відзначалося значне збільшення частки пацієнтів, яким призначили лікарську терапію відповідно до посібників (90,3 % vs 85,3 %; $p = 0,04$). Незначне зменшення цього показника виявили в семінарській групі.

Таким чином, дане дослідження є одним з перших доказів того, що в доповнення до традиційної освітньої підготовки лікарів дистанційна освіта за допомогою Інтернету може також поліпшити практику лікування пацієнтів. Зрозуміло, що навчання лікаря практичних навичок вимагає традиційного очного контакту, але вся теоретична підготовка та вправи у

прийнятті рішень можуть проходити в дистанційній формі. Для того щоб правильно розподілити час навчання на дистанційну і традиційну “фази”, немає необхідності в переробці навчального плану. Слід лише правильно сформувати інформаційний блок у форматі модульного робочого плану для самостійної роботи студентів-медиків та забезпечити доступ до Інтернет-ресурсу в зручних місцях користування (читальні зали навчальних корпусів, гуртожитків, інтернет-кафе), а також сформувати потребу до використання цього ресурсу “заліковими балами” – балами, які отримує студент за індивідуальну роботу на сайті.

Для освоєння клінічних дисциплін особливе значення має забезпечення студентів якісними відеоматеріалами навчально-інформаційного змісту (тематичні майстер-класи), комп'ютерними навчальними системами в мультимедійному варіанті (фототеки діагностичних симптомів з питаннями і аналізом правильних відповідей), тренажери у віддаленому варіанті (покрокові алгоритми дій), засоби навчання на основі експертних навчальних систем (клінічний розбір тематичних історій хвороби з аналізом семіотики, синдромальної діагностики, формуванням нозологічної гіпотези і плану обстеження відповідно до діючих стандартів надання медичної допомоги). Істотну роль рціонально сформований Інтернет-ресурс відіграє в ознайомленні студентів, мотивованих в освоєнні клінічних дисциплін, з можливостями як рутинних, так і сучасних (неінвазивних і інвазивних) додаткових методів дослідження структурно-функціонального стану органів і систем, на що, як правило, не вистачає часу практичного заняття. Даний методологічний підхід до інтеграції клінічної та дистанційної форми навчання студентів медичних вузів дозволяє вирішувати і проблему “святкових” і “кліматичних” позапланових канікул, що становлять у різні роки від 10 до 17 % аудиторного навчального часу (і більше для іноземних студентів з кліматичною дезадаптацією) з втратою діалогу викладач – студент у рамках планового програмного навчання.

Досвід роботи в такому режимі самостійної підготовки студентів з основ діагностики в клініці внутрішніх хвороб (на додаток до практичних занять з хворими в клініці) дозволяє вважати дану форму підготовки студентів досить ефективною і доцільною для оптимізації засвоєння не тільки знань, але й умінь як в інтерв'юванні пацієнтів (моделювання оптимізації опитування), так і дотриманні алгоритмів фізикального обстеження, впевненості дій і чіткості техніки виконання маніпуляцій. Про це свідчать дані моніторингу думки студентів про підвищення рівня

засвоєння матеріалу (67 % опитаних), формування професійного інтересу і мотивації до збільшення часу самостійної підготовки з дисципліни до 50–60 % (3–4-х годин на тиждень). Рівень успішності студентів, які використовували Інтернет-ресурс у самостійній підготовці з дисципліни, на 23 % вище однокурсників, які не використовували можливості отримання додаткової інформації та тренінгу. Перспективним напрямком є розвиток інтерактивного діалогового

спілкування студент – викладач в режимі безпосередньої або відстроченої взаємодії ONLINE.

Висновок. Таким чином, актуальність включення Інтернет-ресурсу при вивченні клінічних дисциплін на додаток до традиційної методології вітчизняної терапевтичної вищої медичної школи є безсумнівною, а напрямок потребує подальшої методичної розробки, об'єднання зусиль та обміну досвідом зарубіжних і вітчизняних вищих медичних шкіл.

Література

1. Казаков В. Н. Дистанционное обучение в медицине / В. Н. Казаков, В. Г. Климовицкий, А. В. Владимирский. – Донецк : ООО “Норд”, 2005. – 80 с.
2. Кошелев И. А. Дистанционное образование в системе современного здравоохранения: реальность и перспективы / И. А. Кошелев // Медицинский альманах. – 2010. – № 1. – С. 48–53.
3. Мур М. Г. Общие роли, навыки и умения, требуемые в дистанционном обучении / М. Г. Мур // Information and Communication Technologies in Distance Education. Specialized Training Course. – UNESCO, 2002. – P. 66–69.
4. Пуговкин А. П. Использование системы дистанционного обучения ELEARNING SERVER для программированного контроля в медицинском образовании / А. П. Пуговкин, С. В. Агапонов // Новые технологии в медицине : сб. докл. Первой международной дистанционной науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 92–94.
5. Шкарин В. В. Медицинское образование в Германии / В. В. Шкарин // Нижегород. мед. журн. – 2002. – № 2. – С. 127–131.
6. Ali N. Web-based professional education for advanced practice nursing: a consumer guide for program selection / N. Ali, K. Hodson-Carlton, M. Ryan // J.Contin.Educ.Nurs. – 2002. – Vol. 33(1). – P. 33–38.
7. American Center for the Study of Distance Education. – <http://www.ed.psu.edu/acsde>.
8. Best Practices of Computer Conferencing in Distance Education / ACSDE Conference Report. – 1996. – 20 p.
9. Curran V. A review of evaluation outcomes of web-based continuing medical education / V. Curran, L. Fleet // Med.Educ. – 2005. – Vol. 39(6). – P. 561–567.
10. Grant J. The Flexible Use of Distance Learning in a Professional Context: the Medical Experience / Distance Education Futures. Ted Nunan, ed. – Adelaide: University of South Australia, 1993. – P. 309–329.
11. Farnes N. Analytical survey Distance Education for the Information Society: Policies, Pedagogy and Professional Development. – Moscow, 2000. – 86 p.
12. Comparison of the instructional efficacy of Internet-based CME with live interactive CME workshops: a randomized controlled trial / M. Fordis, J. E. King, C. M. Ballantyne [et al.] // JAMA. – 2005. – Vol. 294(9). – P. 1043–1051.
13. Competence, continuing education, and computers / M. Hegge, P. Powers, L. Hendrickx, J. Vinson // J.Contin.Educ.Nurs. – 2002. – Vol. 33(1). – P. 24–32.
14. Web-based virtual microscopy in teaching and standardizing Gleason grading / H. Helin, M. Lundin, J. Lundin [et al.] // Hum.Pathol. – 2005. – Vol. 36(4). – P. 381–386.
15. Moore M. Distance Education in the Health Sciences / M. Moore, J. Savrock. – Pennsylvania, 2001. – 123 p.
16. Open and distance learning. Trends, policy and strategy considerations. – UNESCO, 2002. – P. 27–30.

УДК 37.01:004.9-075

ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ТА СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ПІДРУЧНИКА

О. В. Швидкий, О. А. Хадикіна, В. С. Малиновська

Донецький базовий медичний коледж

USING THE INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE EDUCATIONAL PROCESS AND CREATING AN ELECTRONIC TEXT-BOOK

O. V. Shvydkiy, O. A. Khadykina, V. S. Malynovska

Donetsk Basic Medical College

Інформаційні технології відкривають студентам доступ до нетрадиційних джерел інформації, підвищують ефективність самостійної роботи, відкривають нові можливості для творчості, дозволяють реалізувати принципово нові форми й методи навчання.

The information technologies open an access for students to non-traditional sources of information, increase the effectiveness of an individual work, give the new possibilities for creative work, allow to realize the substantially new forms and methods of education.

Вступ. Сучасні інноваційні методи навчання базуються на інформаційних технологіях подачі матеріалу, контролю знань, організації самостійної роботи. Викладачі Донецького базового медичного коледжу у своїй педагогічній діяльності з метою формування пізнавальних інтересів студентів використовують форми, методи, засоби викладання, що забезпечують активність студентів і дають можливість підвищити їх рівень знань і вмій.

Основна частина. Дидактика завжди займалася питанням: “Як переробити й передати інформацію, щоб вона була найкраще засвоєна?”. Широке використання комп’ютерів у навчанні привело до появи терміна “інформаційні технології навчання”. Під інформаційними технологіями розуміють сукупність методів і технічних засобів збору, організації, обробки, зберігання, передачі й надання інформації, яка розширює знання людей і розвиває їх можливості з керування технічними й соціальними процесами [4]. Нові інформаційні технології в навчанні – це методологія й технологія навчально-виховного процесу з використанням новітніх електронних засобів навчання.

Сучасне заняття слід розглядати у вигляді потоку інформації від викладача до студентів. Технології, які застосовуються для керування цим потоком інформації, і є *інформаційні технології*. Їх різновидом є дистанційне навчання й кейс-технології. *Дистан-*

ційне навчання – навчання, при якому увесь або більша частина навчального процесу здійснюється з використанням сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій при територіальній роз’єднаності викладача й студентів [5]. *Кейс-технологія* – вид дистанційної технології навчання, заснований на використанні наборів (кейсів) текстових, аудіовізуальних і мультимедійних навчально-методичних матеріалів для самостійного опанування студентами, при організації регулярних консультацій у викладачів традиційним або дистанційним способом [5].

У навчальному процесі інформація має подаватися із застосуванням необхідної наочності, що збуджує механізм сприйняття, інтерес до даної галузі знань і до навчання взагалі. Застосування нових технічних засобів навчання дає можливість зробити заняття змістовним і цікавим, полегшити розуміння важких запитань, підняти науковий рівень і творчий характер викладу; передбачає перехід від традиційних форм навчання з переважно пояснювально-ілюстраційною методикою до збільшення обсягу навчальних завдань пошуково-дослідницького характеру.

З досвіду роботи викладачів коледжу визначилися переваги навчання із застосуванням інформаційних технологій навчання. Вони дозволяють засвоїти більше за обсягом і за якістю подачі навчального матеріалу, дозволяють контролювати індивідуальний

темپ навчальної діяльності (при роботі з комп'ютером у студента є можливість самостійно обрати момент переходу до наступної порції навчальної інформації, задавати швидкість подачі завдань, час розв'язування завдань), дають студентів можливість самостійно переходити від більш важкого навчального матеріалу до більш легкого й навпаки, створюють образотворчі ефекти.

Комп'ютеризація навчання вирішує досить складні завдання самостійного засвоєння знань, міняє статус студента, він усвідомлює себе людиною, яка самостійно ухвалює певні рішення й відповідає за отриманий результат. Також використання *електронних засобів* у процесі навчання дозволяє підвищити інтерес і загальну мотивацію навчання завдяки індивідуалізації навчання – кожний студент працює в режимі, який його задовольняє, забезпечується доступ студентів до “банку інформації”, є можливість оперативно одержувати необхідні дані в достатньому обсязі.

До електронних засобів навчального призначення можна віднести: мультимедійний навчальний проект з конкретної дисципліни, мультимедійну презентацію, електронний підручник, навчально-ігрові програми, комп'ютерну енциклопедію, навчально-демонстраційні й контролюючі програми, довідкову комп'ютерну базу даних тощо.

Створюваний програмний продукт повинен відповідати педагогічним, методичним, фізіолого-гігієнічним і технічним вимогам, а також мати супровідні матеріали, що допомагають найбільш ефективно використовувати його в навчальному процесі.

Викладачами коледжу широко використовуються інформаційні технології під час викладання лекції, а саме використання мультимедійних презентацій. *Мультимедіа* – сукупність комп'ютерних технологій, де одночасно використовується кілька інформаційних середовищ: графіка, текст, відео, фотографія, звукові ефекти.

Ми звикли до того, що лекційна інформація подається за допомогою усного викладу. Сприйняття й засвоєння такого лекційного матеріалу представляє 8–10 % від викладеного матеріалу, а зоровий аналізатор дозволяє сприймати до 90 % інформації. Якщо ми прагнемо бути почутими нашими студентами, то необхідно адаптувати матеріали навчальних дисциплін до рівня, на якому студенти будуть їх сприймати. Мультимедійні технології відіграють позитивну роль у мотивації навчальної діяльності, полегшують процес спілкування викладачів і студентів під час викладу нового навчального матеріалу. На ек-

рані зручно відображати відеофрагменти клінічних прикладів хворих, малюнки, графічні схеми, таблиці. Студенти краще розуміють матеріал лекції, правильно записують нові малозрозумілі терміни. У викладача є можливість найбільш оптимально викласти матеріал лекції за часом (при наявності 25–30 слайдів щільність їх показу буде представляти 25–30 хвилин).

Підготовка мультимедійної презентації лекції для кращого засвоєння матеріалу потребує виконання декількох правил:

1. Вносити на слайд тільки головне, нічого другого.
2. Уникати значних обсягів текстового матеріалу (студент повинен реально встигнути прочитати текст, можна застосовувати схеми).
3. Підбирати правильно колір для слайдів (нейтральні, неагресивні кольори, враховуючи, що на білому фоні матеріал погано сприймається).
4. Включати більше малюнків.
5. Орієнтувати час експозиції слайда на студента.
6. Не перевищувати кількість слайдів більш 25–30 на лекцію.

Для методичного забезпечення практичного заняття викладачі коледжу також використовують інформаційні технології. На практичних заняттях студенти коледжу можуть працювати із прикладними програмами. У програмі Meddos пишуть історії хвороби, заповнюють аркуш призначень, лабораторні дані заносять у лист лабораторних досліджень, працюють із температурним аркушем. Робота з програмою допомагає студентам встановлювати діагноз, проводити обстеження, формує навички роботи з документацією. Програма використовується на заняттях з терапії, педіатрії, хірургії, інфекційних хвороб.

Застосування програми тестового контролю Крок М, яка включає питання з клінічних дисциплін, дає студентам можливість самостійно працювати з тестовими завданнями як під час навчання, так і під час контролю знань, наприклад, перед захистом практики, на іспитах тощо. Крім того, у програмі передбачена робота над помилками, що дає студентам можливість більш повно засвоїти навчальний матеріал.

Навчальна функція комп'ютера на практичному занятті може використовуватися як *тренажер* для формування й закріплення вмій і навичок та як репетитор, який виконує деякі завдання за викладача, як об'єднання, яке моделює певні предметні ситуації.

Інформаційні технології дозволяють урізноманітнити організацію самостійної роботи студентів. Основними пріоритетами в цьому напрямку є: підготовка в бібліотеці коледжу комп'ютерних баз даних, довід-

кових каталогів, впровадження нових електронних систем обслуговування студентів і викладачів; розробка дидактичних матеріалів нового покоління, адаптованих для самостійної роботи; використання електронних підручників і віртуальних засобів навчання.

У коледжі більша частина методичних рекомендацій для самостійної роботи студентів виконана у вигляді електронних підручників. В них включені методичні рекомендації для самостійного опанування навчального матеріалу, короткі теоретичні дані, питання для самоконтролю згідно зі ступенем засвоєння вивченого матеріалу, форми підсумкового контролю, перелік літератури, обов'язкові посилання на нормативну документацію, довідкові дані, ілюстративний матеріал тощо. При цьому слід зазначити, що електронні носії інформації дозволяють при малих розмірах умістити великий її обсяг, легко тиражуються й економічно вигідніші.

У коледжі ведеться активна робота по створенню електронних підручників. *Електронний підручник* – це якісний програмно-методичний комплекс, що забезпечує можливість студентам, під керівництвом викладача або самостійно, засвоювати навчальний курс, згідно із програмами дисципліни, з використанням можливостей комп'ютерних технологій [5]. Електронний підручник повинен розроблятися на досить високому науковому й методичному рівні.

Організацію й розробку програмного продукту в коледжі здійснюють викладач інформатики й викладач дисципліни, для якої призначений підручник, а сама робота іноді виконується силами студентів під час практичних робіт у гуртках програмування й інформатики, самостійної роботи. Звичайно ж, ця робота вимагає багато часу, спеціальних знань, умінь, навичок.

Основними етапами розробки електронного підручника є: підготовка змістовно наповнених навчально-методичних матеріалів в електронному варіанті, вибір джерел (матеріалу), розміщення матеріалу згідно зі структурою електронного підручника, визначення зв'язків між матеріалами, вибір матеріалу для мультимедійного втілення, розробка звукового супроводу, підготовка матеріалу для візуалізації (розробка сценарію), візуалізація матеріалу (комп'ютерне втілення розробленого сценарію).

У коледжі ми використовуємо таку структуру електронного підручника:

Головна Web-сторінка містить:

- назву навчального закладу;
- назву курсу (дисципліни).

Друга Web-сторінка містить:

вступну частину:

- П.І.Б. автора, його фото й коротка виробнича характеристика (освіта, кваліфікація, кваліфікаційна категорія, вчене й педагогічне звання, педагогічний стаж);

- анотація курсу (дисципліни);

- ціль курсу (дисципліни);

- тривалість вивчення курсу (дисципліни);

- інструкція роботи з електронним підручником;

інформаційну частину:

- план з навчальної дисципліни;

змістовну частину:

- лекції;

- інструктивно-методичні матеріали до практичних занять;

- інструктивно-методичні матеріали до семінарських занять;

- інструктивно-методичні матеріали до позааудиторної самостійної роботи;

- термінологічний словник;

- література;

- довідник;

контрольно-моніторингову частину:

- засоби діагностики (тестові завдання) підсумкового контролю (семестровий іспит і диференційований залік);

- критерії оцінювання.

При створенні електронного підручника ми використовуємо гіпертекстовий формат, який дозволяє розробляти навчальні посібники з якісно новими можливостями візуалізації навчального процесу. Можлива інтеграція графіки, відео-, аудіоінформації, а включення в підручник Flash-анімації дозволяє моделювати процеси, що важко представити візуально. До такої анімації ставляться динамічні моделі, діаграми, що “плавають”, структурно-логічні схеми, кольорові ілюстрації, схематичні підказки. Працюючи над створенням електронного підручника, необхідно пам'ятати про те, що ним будуть користуватися викладачі й студенти, тому його важливо супроводити методичними порадами для викладача й поясненнями для студентів. Розроблені викладачами коледжу електронні підручники ми розміщуємо у мережі “Інтернет” та на сайті коледжу.

Висновок. Інформаційні технології відкривають студентам доступ до нетрадиційних джерел інформації, підвищують ефективність самостійної роботи, відкривають нові можливості для творчості, дозволяють реалізувати принципово нові форми й методи навчання.

Література

1. Прокопенко Й. Ф. Педагогічні технології : навчальний посібник / Й. Ф. Прокопенко, В. І. Євдокімов. – Харків : ХДПУ, 1995. – 104 с.
2. Янушевич Ф. Технологія навчання в системі вищої освіти / Ф. Янушевич. – М. : Вища школа, 1986.
3. Мій комп'ютер. Всеукраїнський тижневик. – 2005. – №2–12.
4. Зиміна О. В. Друковані й електронні навчальні видання у сучасній вищій освіті: теорія, методика, практика / О. В. Зиміна. – М. : МЭИ, 2003.
5. Бутикова Л. С. Нові пріоритети розвитку сучасної освіти / Л. С. Бутикова. – К. : Вища освіта України, 2006. – №3. – С. 83–88.
6. Врублевська С. В. Інноваційні процеси у системі освіти / С. В. Врублевська. // Мед. освіта. – 2007. – №1. – С. 43–48.
7. Даниленко Л. І. Педагогічні інноваційні технології: сутність і структура // Нові технології навчання. Наук.-метод. зб. / кол. авт. – КНМЦВО, 2005. – Вип. 40. – С. 270–276.

УДК 614.252.2:615.1

НООСФЕРНО-ЕКОЛОГІЧНИЙ ІМПЕРАТИВ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОГО СВІТОГЛЯДУ ЛІКАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

О. А. Шевченко, Н. І. Рублевська, Ю. С. Крамарьова

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

NOOSPHERIC-ECOLOGICAL LEVEL OF DEVELOPMENT AS A BASIS OF MODERN CONCEPTION OF THE WORLD FOR DOCTORS OF PREVENTIVE MEDICINE

O. A. Shevchenko, N. I. Rublevska, Yu. S. Kramarova

SI “Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH of Ukraine”

З метою забезпечення подальшого існування людства на сучасному етапі розвитку імперативної бази соціуму назрілою необхідністю є перехід до ноосферно-екологічного імперативу. Особливо важливим є доповнення традиційних засад підготовки лікарів профілактичної ланки з урахуванням основ нового наукового напрямку – екології людини.

On the purpose of future human being in the modern condition of social development it's necessary to put into noospheric-ecological level of development. Therefore it's important to improve traditional system of education of specialists in the branch of medical-prophylactic medicine with it scientific part – ecology of the man.

Вступ. Сто років тому великий гуманіст Махатма Ганді казав: “У природи завжди вистачить ресурсів, щоб забезпечити людські потреби, але їх ніколи не стане, щоб задовольнити людську ненажерливість”. Наприкінці ХХ сторіччя остаточно стало зрозумілим, що протиріччя між зростаючими матеріальними потребами людства і відносно обмеженими можливостями біосфери ставлять під загрозу подальше існування антропосфери. Всесвітня конференція ООН з навколишнього середовища та розвитку у Ріо-де-Жанейро у 1992 році виробила концепцію переходу сучасного суспільства до так званого “сталого розвитку”, тобто до нової цивілізаційної епохи на підґрунті радикальної зміни цілей та цінностей сучасного суспільства, орієнтації на гальмування подальшого зростання матеріальних запитів людини. На зміну суто споживацькому по відношенню до навколишнього природного середовища світогляду приходить розуміння, що тільки співрозвиток, співтворчість, або коеволюція з біосферою дозволить людству піднятися до розуміння універсальних законів, що правлять світом [1].

Вперше концепція коеволюції, як шлях до гармонізації взаємовідносин соціуму та біосфери, була висловлена у 1968 році академіком Миколою Тимофєєвим-Ресовським. Головна її ідея полягає в тому, що

змінюючи біосферу відповідно до своїх потреб, людство повинно також змінюватись з урахуванням об'єктивних вимог природи. Глибинні зміни світогляду людини у планетарному масштабі потребують не тільки часу, якого у людства залишилось обмаль, а й головне – докорінного перегляду системи імперативів, тобто універсальних обов'язкових до виконання правил існування. В цьому сенсі сьогодні ноосферно-екологічний імператив можна вважати найсуттєвішим для людства втіленням категоричного (морального) імперативу І. Канта – “вчиняй так, щоби максима твоєї волі могла мати в той же час силу принципу загального законодавства” [2]. Вважається, що причини сучасної глобальної екологічної кризи слід шукати у сфері людської духовності, яка трансформувалась від ідей сліпого поклоніння природі до необмеженої експлуатації її ресурсів. Саме орієнтація на споживання та постійне покращення матеріального добробуту спонукають людину на збільшення техногенної діяльності, що призводить до поглиблення екологічної кризи і наближає ноосферно-екологічний імператив до категоричного і єдино можливого для подолання перманентної загрози знищення життя на планеті.

Отже, подальше існування соціоприродної цілісності може відбуватись тільки на основі ноосферно-еколо-

гічного імперативу, який буде керувати суспільством, що вступило на шлях коеволюційного, єдино можливого для його виживання, розвитку.

Основна частина. Практичне втілення ноосферно-екологічного імперативу може відбуватись за умови нерозривного зв'язку наукових досліджень, громадської діяльності, та головне – виховання і освіти майбутніх найбільш активних членів суспільства. В цьому сенсі вкрай важливим ми вважаємо розробку та втілення нових підходів до формування ноосферно-екологічного мислення майбутніх лікарів-профілактиків – студентів медико-профілактичних відділень та лікарів-інтернів. Зазначимо, що завданням науки гігієни та санітарії, як її реалізації у практичній діяльності, є вивчення впливу факторів довкілля, умов життя і праці на організм людини та профілактика хвороб для збереження здоров'я і подовження життя. За Е. Спарксом, головна мета гігієни – "... зробити розвиток людського організму найбільш довершеним, життя – найбільш сильним, згасання – більш уповільненим, а смерть – найбільш віддаленою". У зв'язку з цим традиційно при підготовці лікаря-гігієніста у медичних ВНЗ головним завданням для формування його професійного світогляду є прищеплення так званого "гігієнічного мислення", яке поряд з "клінічним мисленням" студентів лікувальних фахів становить наріжний камінь подальшої успішної лікарської діяльності та мотиваційну основу прийняття самостійних професійних рішень [3]. Не торкаючись історичних аспектів еволюції цих категорій, зазначимо тільки, що вони великою мірою можуть бути інтерпольовані на сутність ноосферно-екологічного імперативу, який повинен забезпечити перехід людства від принципу "реагування та виправлення" до принципу "активної профілактики". Дослідження етіологічної еволюції хвороб людства у XX сторіччі переконливо доводять, що все більший їх відсоток припадає на так звані екологічно обумовлені захворювання, спричинені техногенно зміненими об'єктами довкілля, які зазнали впливу хімічних, фізичних, біологічних факторів у процесі людської діяльності.

Вважається, що в екологічно напружених регіонах, до яких в Україні, зокрема, відносяться індустриальне Придніпров'я та Донбас, питома вага екологічних чинників у формуванні рівня здоров'я мешканців, особливо дітей, може сягати 35–40 %. Необхідність

задовольнити зростаючі потреби людства у харчових продуктах у зв'язку із невинним збільшенням його чисельності, змусило вчених відкрити ще одну "скриньку Пандори" – втрутитись у генетичний код живих істот для отримання рослин з небаченими дотепер "корисними" властивостями. Передбачити віддалені наслідки такої діяльності, а отже своєчасно і ефективно запобігти їм практично неможливо. Таким чином, слід визнати, що ефективна практична реалізація головного суспільного призначення лікарів-гігієністів – профілактики порушень здоров'я окремої людини та груп населення під впливом факторів оточуючого середовища в сучасних умовах і у майбутньому неможлива без розвитку концепції "гігієнічного мислення" в напрямку осмислення та прийняття ноосферно-екологічного імперативу. За цим стоїть велика праця, яка має переорієнтувати наше світосприйняття з антропоцентризму на біоцентризм. Робота в цьому напрямку повинна починатись саме з перебудови системи виховання та професійної освіти, в першу чергу фахівців-екологів, медиків, управлінців органів самоврядування. Зазначимо, що ідея біоцентризму в даному випадку не суперечить принципу гуманізму та не заперечує найвищої цінності людини, оскільки будь-яка система цінностей, побудована людиною, несе на собі її відбиток і тому буде значною мірою антропоцентричною.

Отже, на сучасному етапі сформульована головна умова коеволюційного розвитку – прищеплення суспільству ідеї ноосферно-екологічного імперативу, який гармонізує соціоприродну цілісність людства та отримує практичне втілення у ноосферній освіті, зокрема у новому науковому напрямку – екології людини [4].

Висновок. Беручи до уваги назрілу необхідність осмислення та практичного втілення у суспільстві ноосферно-екологічного імперативу, можна стверджувати, що сучасна система підготовки лікаря-гігієніста на переддипломному та післядипломному етапах повинна стати більш екологічно орієнтованою та здійснюватись у руслі наближення до нового наукового напрямку сучасності – екології людини. Це вимагає подальшого розвитку і переосмислення традиційної ідеології профілактичної медицини з переважно антропоцентричною системою цінностей та формування на її базі сучасних навчальних програм для освіти і виховання майбутнього лікаря-гігієніста.

Література

1. Некрасов С. И. Современные проблемы коэволюции / С. П. Некрасов, Н. А. Некрасова, С. А. Кутоманов. – Изд-во “Академия естествознания”, 2010. – 350 с.
2. Кант И. Сочинения : в 6 т. / И. Кант. – М. : Мысль, 1963. – Т. 1. – 543 с.
3. Гигиена с основами экологии человека : учебник / В. И. Архангельский и др. ; под ред. П. И. Мельниченко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
4. Маслова Н. В. Ноосферное образование : концепция, методология, технология / Н. В. Маслова. – М. : РАЕН, 1999. – 338 с.

УДК 37.015.3:61(4077)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

С. І. Шкробот, О. П. Венгер, Т. П. Гусєва

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

PECULIARITIES OF PEDAGOGICAL COMMUNICATION IN THE CONDITIONS OF INTRODUCTION OF BOLOGNA PROCESS IN HIGHER MEDICAL INSTITUTION

S. I. Shkrobot, O. P. Venher, T. P. Husieva

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

У статті зроблена спроба показати засоби ефективного педагогічного спілкування, якими користуються викладачі кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТДМУ імені І. Я. Горбачевського. До таких засобів належать: різні форми лекцій – мультимедійна лекція, проблемна лекція, лекція-конференція; під час проведення практичних занять застосовуються: тренінг комунікативних навичок, інтерактивні групові методи, вільні дискусії.

The article deals with an attempt to show the means of effective pedagogical communication that are used by teachers of Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of TSMU by I. Ya. Horbachevsky. These means consist of different forms of lectures – multimedia lecture, problem lecture, lecture-conference; during practical lessons there are used: training of communicative skills, interactive group methods, free discussions.

Вступ. На сучасному етапі впровадження у вищу школу Болонського процесу важливою складовою професійної діяльності педагога є його ефективна взаємодія зі студентами в ході спільної діяльності, спрямованої на професійне та особистісне формування майбутнього фахівця медичного профілю. У безпосередньому спілкуванні педагога зі студентом здійснюється найголовніше в педагогічній діяльності – вплив особистості на особистість. Питання ефективного спілкування в педагогічному процесі між студентом та викладачем набуває більшої актуальності й з огляду на те, що Болонська система навчання передбачає зменшення аудиторних годин і надання студентам більшої самостійності при опануванні ними навчальних дисциплін.

У більшості психолого-педагогічних досліджень проблема взаємин педагогів і вихованців розглядається, насамперед, у контексті педагогічного спілкування (Г. Атваттер, О. О. Бодальов, В. Г. Казанська, В. А. Кан-Калик, В. Кессель, Я. Л. Коломінський, С. В. Кондратьєва, Н. В. Кузьміна, О. О. Леонтьєв, А. А. Реан, Г. Хібш та ін.). Ще один напрям дослідження взаємин пов'язаний з вивченням міжособист-

існих контактів (М. Д. Аванесов, В. А. Галузинський, В. М. Коротов, Р. Л. Лобаревська, Т. Н. Мальковська, А. В. Мудрик, М. М. Обозов, І. В. Страхов та ін.). Починаючи з 90-х ХХ століття, взаємини викладачів і студентів стають самостійним об'єктом і предметом наукового пошуку (І. С. Булах, Л. В. Долінська, В. Г. Казанська, С. Б. Коваль, А. В. Котенєва, В. А. Семиченко, Г. К. Радчук) тощо.

Мета статті – виявити особливості засобів ефективного педагогічного спілкування викладачів кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТДМУ імені І. Я. Горбачевського.

Основна частина. Орієнтація на поліфункціональність спілкування дає змогу педагогу під час заняття створювати умови для обміну ставленнями, переживаннями, забезпечувати співробітництво у студентській групі. При організації взаємодії зі студентами на практичних заняттях викладачами кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології використовуються найбільш продуктивні методи навчання: тренінг комунікативних навичок, інтерактивні групові методи, вільні дискусії. Особливістю педагогічного спілкування під час проведення

практичних занять є індивідуальний підхід до студентів з метою розкриття їх внутрішнього потенціалу. Важливу роль у процесі цієї діяльності відіграє інтелектуальна активність студентів, яка є проявом зацікавленості студентів-медиків навчально-виховним процесом.

Створення певних взаємин між учасниками педагогічного процесу пов'язано з позитивним ставленням до особистості іншої людини, визнанням її цінності без упереджень, зайвої критичності й схильності до оцінювання, що сприяє кращій реалізації творчого потенціалу кожного студента.

Ефективне педагогічне спілкування, на нашу думку, має поєднувати в собі відкритість, дотримання педагогічного такту; встановлення особистісного контакту, щоб кожен студент відчував зверненість саме до нього; створення ситуацій успіху через схвалення потенційних можливостей студентів.

Однією з форм занять зі студентами-медиками є лекція. З використанням новітніх комп'ютерних технологій та мультимедійних засобів роль спілкування з викладачем також змінюється. Але навіть Інтернет та сучасні інформаційні технології не можуть замінити живе спілкування викладача зі студентами. Як показує практика, більшість студентів ще на перших хвилинах лекції робить висновок про викладача як про такого, хто подає інформацію незрозумілою мовою, інша частина спостерігає за тим, як лектор говорить, які помилки допускає, як поводить себе. Комуś може бути нецікаво, тому що він швидко зрозумів сказане лектором, комуś складно сприймати інформацію, бо він вже втомився. Тому завдання викладача полягає у подоланні можливих бар'єрів між ним і студентами й опануванні їхньою увагою.

Пошук найбільш оптимальних засобів активізації інтелектуальної діяльності студентів спонукає викладачів кафедри до застосування нових лекційних форм. До них відносяться: проблемна лекція, лекція-конференція. Зокрема, проблемна лекція пов'язана зі створенням проблемної ситуації, коли процес пізнання у студентів наближається до пошукової діяльності: створюється чи задається ситуаційна задача, відбувається мобілізація студентів для участі в дискусії, пошук шляхів вирішення проблеми, покрокове наближення до відкриття істини.

Якщо аудиторія ставиться до викладача як до досить авторитетного джерела інформації, то йому легше керувати увагою аудиторії. Але викладач сам повинен ставитися до студентів із дружелюбним інтересом, йому повинні бути цікавими їхня оцінка, думка; він має поважати їхні погляди. Досвід викладання показав позитивний вплив залучення студентської аудиторії до спільного обговорення проблеми. Проте слід враховувати, що слухачі можуть бути різні. Деякі, наприклад, заклопотані власним самоствердженням, будуть намагатися якнайчастіше не погоджуватися з лектором. Прекрасно, як зазначає Н. Ю. Бутенко, якщо є почуття гумору, тоді будь-які, навіть досить колочі зауваження і питання можна обернути собі на користь. Серед тих, хто слухає, можуть виявитися люди дуже тривожні й боязкі, а також такі, які можуть навіть відверто спати чи займатися сторонніми справами. Знання цих особливостей студентської аудиторії допомагає викладачу підбирати відповідний стиль спілкування для оптимальної взаємодії з нею.

Серед студентів ТДМУ багато іноземних громадян. При навчанні іноземних студентів викладач повинен будувати педагогічне спілкування, враховуючи ряд факторів: міжкультурний характер спілкування, спілкування викладача зі студентами-іноземцями перших курсів тісно пов'язане з їх адаптацією. Науковцями були виділені такі комунікативні вміння викладачів: вміння вступати в контакт, керувати власними емоціями, особливо при вирішенні конфліктів, вміння створити сприятливу емоційну атмосферу в аудиторії, вміння впливати на іноземних студентів з урахуванням їх національної приналежності, вміння зрозуміти мотиви поведінки іноземних студентів при спілкуванні з викладачем.

Висновок. Оскільки педагогічний процес передбачає взаємодію викладача і тих, хто навчається, вміння спілкуватися – одна з обов'язкових умов досягнення педагогічної майстерності. Мистецтво педагогічного спілкування передбачає таку комунікативну поведінку педагога, яка заснована на коректності, вимогливості до себе й студентів, стимулює пізнавальний інтерес, мотивацію процесу навчання, забезпечує створення розвиваючого освітнього середовища та сприятливої педагогічної взаємодії в системі “викладач-студент”.

Література

1. Бутенко Н. Ю. Комунікативні процеси у навчанні : підручник / Н. Ю. Бутенко. – К. : КНЕУ, 2004. – 383 с.
2. Головаха Е. И. Психология человеческого общения / Е. И. Головаха. – К. : Политиздат Украины, 1989. – 187 с.
3. Добрович А. Б. Воспитателю о психологии общения / А. Б. Добрович. – М. : Просвещение, 1987. – 205 с.
4. Зязюн И. А. Основы педагогического мастерства / И. А. Зязюн. – М. : Просвещение, 1989. – 300 с.
5. Каган М. С. Мир общения / М. С. Каган. – М. : Политиздат, 1988. – 320 с.
6. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении / В. А. Кан-Калик. – М. : Просвещение, 1987. – 132 с.
7. Леонтьев А. А. Педагогическое общение / А. А. Леонтьев. – М. : Знание, 1975. – 45 с.
8. Король В. М. Спілкування в педагогічній діяльності вчителя / В. М. Король // Педагогічна наука : історія, теорія, практика, тенденції розвитку. – 2008. – № 1.
9. Семиченко В. А. Психологія педагогічної діяльності : навч. посібник [для студ. вищих пед. навч. закл.] / В. А. Семиченко. – К. : Вища школа, 2004. – 336 с.
10. Соковнин В. М. О природе человеческого общения / В. М. Соковнин. – М. : Знание, 1992. – 145 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 журнал. – 1994. – № 5. – С. 67–68.

2. Chisari F. V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver / F. V. Chisari // J. Immunol. – 1978. – Vol. 121, № 4. – P. 1279–1286.

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я. І. Гонський, Г. Г. Шершун, І. М. Кліщ [та ін.] // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні : тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ – Полтава, 1998. – С. 115–116.

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

1. А. с. 1007970 СССР, МКІ³ 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. До друку приймаються статті, в яких кількість авторів не перевищує 3 осіб.

14. Статті треба відсилати на адресу:

Редакція журналу “Медична освіта”
Видавництво ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху!