

розвиненість певних інтелектуальних процесів не дозволяє людині, які б зусилля вона не докладала, оволодіти відповідною діяльністю або сферою знань [6; 8].

Кожна галузь знань чи діяльності, з якою доводиться мати справу людині, має певну специфіку інформаційно-професійного наповнення, що особливо помітно в методах і організації її викладу. Для засвоєння кожної науки і розуміння завдань, які вирішуються в її рамках, крім загальних (понятійних і абстрактних), потрібно мати розвинені відповідні специфічні інтелектуальні операції. Саме тому успішне навчання не є гарантією подальших високих професійних досягнень. Коли студенти-медики починають працювати над освоєнням хірургічної спеціальності, то активізується комплекс, який об'єднує знання й інтелектуальні операції відповідної структури. На його базі легко формуються необхідні навички і вміння, якими цей комплекс усе більше і більше «обростає», «притягуються» нові знання, таким чином складаються відповідно професійні хірургічні здібності [5].

Наявність абстрактного мислення дозволяє перевести функціонування інтелекту в цілому на якісно вищий рівень. У кілька разів зростають швидкість і точність переробки інформації, проникнення в її суть, оскільки змінюється сам принцип її сприйняття. Для розуміння суті не потрібно накопичення знань. По мірі ознайомлення з новою інформацією спрацьовує інтелектуальна система закономірностей і зв'язків. Таким чином виникає розуміння відразу цілісно і системно, навіть якщо інформація надходить хаотично. Значно підвищується і якість навчання.

Стає зрозумілим, що для навчального процесу вплив на інтелект є пріоритетним. Нейродинамічні й особистісні характеристики допоміжні в процесі навчання, але їхню значимість важко переоцінити. На відміну від інтелекту, структурні компоненти якого до моменту закінчення ЗВО вже не розвиваються, особистісні якості підлягають подальшому розвитку і вдосконаленню. Для роботи з пацієнтами (лікувальна діяльність) потрібні доброзичлива установка й об'єктивність у оцінці людей, уміння встановлювати контакти, взаємодіяти з широким колом людей, підвищена уважність.

Отже, для успішної лікарської професійної діяльності недостатньо одних кваліфікаційних вимог (знає-вміє-робить), адже вона безпосередньо залежить від особистісних компетенцій, тобто індивідуальної спроможності лікаря успішно реалізовувати свої знання, вміння і навички.

Список використаної літератури

1. Мруга М. Р. Визначення поняття професійної компетентності / Мруга М. Р. // Науковий вісник Миколаївського державного університету: зб.наук.праць. Педагогічні науки: у 2-х т. – Миколаїв: МДУ, 2005. – Вип. 10, т.2. – С. 89-93.
2. Соломин И. Л. Современные методы психологической и профессиональной диагностики и консультирования / Соломин И.Л. – СПб.: Речь, 2006. – 119 с.
3. Шейко В. Д. Актуальні питання застосування сучасних технологій у викладанні хірургії в медичному вузі / Шейко В. Д., Кравченко С. П., Крижановський О. А. // Інноваційні інформаційні технології у вищій медичній освіті: матеріали наук.-практ. конференції з міжнародною участю. – Полтава, 2012. – С. 179-180.
4. Шейко В. Д. Комунікативна культура педагога як один із напрямків удосконалення підготовки медичних кадрів у сучасних умовах /Шейко В. Д., Панасенко С. І., Крижановський О. А. // Основні напрямки удосконалення підготовки медичних кадрів у сучасних умовах: матеріали навч.-метод. конференції з міжнародною участю. – Полтава, 2015. – С. 266-267.
5. Carroll J. V. Human Cognitive Abilities: A Survey of Factor Analytic Studies. / Carroll J. V. // Cambridge University Press.– Cambridge, 1993. – 32 p.
6. Deary I. J. Cognitive epidemiology: a glossary / Deary I. J., Batty G. D. // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2007. – №61. – P. 378-384.
7. Deary I. J. Age-associated cognitive decline / Deary I. J., Corley J., Gow A. J., Harris S. E. et al. // British Medical Bulletin. – 2009. – №92. – P. 135-152.
8. Deary I. J. Intelligence and educational achievement / Deary I. J., Strand S., Smith P., Fernandes C. // Intelligence. – 2007. – №35. – P. 13-21.

МЕТОДОЛОГІЯ ОПАНУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК У ТРАВМАТОЛОГІЇ Й ОРТОПЕДІЇ

Пелипенко О.В., Павленко С.М., Півень Ю.М., Ковальов О.С., Кононенко С.В.

Українська медична стоматологічна академія

Висвітлено особливості методологічного підходу до комплексного опанування професійних навичок у травматології й ортопедії з деталізацією теоретичної й практичної складових. Досліджено умови працевлаштування випускників кафедри для визначення рівня якості освітніх послуг.

Ключові слова: теоретична підготовка, практична підготовка, ортопедія, травматологія, методологічний підхід.

The article is devoted to the peculiarities of the methodological approach to the complex mastering of professional skills in traumatology and orthopedics, detailing the theoretical and practical components. The conditions of employment of the graduates of the department for determining the level of quality of educational services are conducted.

Keywords: theoretical training, practical training, orthopedics, traumatology, methodological approach.

Медична освіта, на відміну від інших галузей діяльності суспільства, потребує комплексного виконання певних алгоритмів надання можливостей опанування професійних навичок. Невід'ємною умовою якісного оволодіння професією лікаря ортопеда-травматолога є поєднання теоретичного і практичного аспектів навчання. Методи цього процесу різноманітні й дають позитивний результат лише за систематизованого їх використання [1;3].

Методологія – це вчення про метод діяльності як такий, охоплює принципи, методи діяльності і знання, що відображає їх. Це вчення складається з методології пізнання (філософська складова – гносеологія), методології практичної цільності та методології оцінки (аксіометодології) [2].

Обмежений поділ процесу навчання лише на практичний і теоретичний компонент уже втратив свою актуаль-

ність і має на сучасному етапі глибший, модернізований підхід.

Досить складно категорично визначити, що важливіше – теорія чи практика. Точніше сказати – це навіть неможливо. Сліпе повторення рухових маніпуляцій, навіть тисячі разів, не зробить людину блискучим хірургом без усвідомленого розуміння виконання певних дій. Відсутність ґрунтовних знань базових предметів медицини (анатомія, фізіологія, фармакологія тощо) не дозволяє лікарю повною мірою діагностувати патологію організму пацієнта, і тому однобоке лікування з відсутністю комплексного розв'язання проблеми схоже на експериментальні спроби лікування хвороби не кращими лікарями середньовіччя.

У той же час навіть глибоке вивчення всіх аспектів конкретного випадку захворювання, здатне розробити лише шляхи і напрями заходів покращання життя хворого, але без виконання певних мануальних дій або, що ще гірше, при виконанні недосконалих технічних заходів, заздалегідь приречене на провал.

Тому в плануванні програми навчального процесу нами обов'язково враховується необхідність початкового, поточного і підсумкового проведення комплексного контролю теоретичної підготовки з наданням відповідних освітніх послуг в обсязі, що корелюється, зважаючи на виявлені недоліки.

До об'єкта теоретичного запасу знань завжди відносимо:

1. Рівень базових знань.

Спектр контрольних питань стосується предметів, що вивчалися студентами і входять за вимогами поточної робочої програми підготовки з дисципліни до переліку міжінтегральних зв'язків згідно з наскрізною програмою.

2. Рівень спеціальних знань.

Специфічна інформація, що стосується окремих розділів з ортопедії та травматології, надається і контролюється відповідно до календарних планів. Додаткові питання розглядаються залежно від можливості спостереження певних клінічних випадків, які не підлягають достовірному прогнозуванню.

3. Деонтологічні питання.

Здатність до продуктивного, оптимального й ефективного спілкування у своїй колективній діяльності, що ми називаємо комунікативністю, – обов'язкова якість особистості сучасного лікаря. Окремої дисципліни, що присвячена особливостям спілкування в медичному середовищі, немає, але ситуаційні щоденні виробничі моменти сприяють навчанню з цих питань. Це не лише загальноприйняті взаємовідносини лікар – пацієнт, лікар – лікар, лікар – родичі пацієнтів). Насправді, внутрішньошпитальні взаємовідносини значно ширші, вони містять у собі елементи юриспруденції, економіки, психології тощо. На семінарських заняттях, поряд із визначеними програмою темами, ці питання маємо розглядати постійно, з використанням і власного досвіду викладачів, і літературних прикладів.

Окремою проблемою професійного вдосконалення є джерела інформації. Класичним варіантом вирішення цього питання є відвідування тематичних курсів, семінарів і користування літературою, виданою після рецензування авторитетними спеціалізованими державними секторами. Здається, що з появою вільного користування мережею Інтернет можливість отримати потрібну інформацію не викликає труднощів, але це хибна думка. Наявність в електронній мережі сумнівних за доказовою базою посилань за деякими питаннями досягає понад 50%. У цій ситуації значна роль у наданні достовірних джерел покладається на людей, відповідальних за якісну підготовку майбутніх лікарів, – викладачів.

Як показує практика, досить цінну роль у особистому засвоєнні теоретичних знань відіграє самостійна підготовка лікарів-інтернів у вигляді персональної підготовки мікролекцій (тематичних доповідей), що супроводжуються мультимедійною презентацією, у підготовці якої діють елементи аналогового мислення, пошукової діяльності й досвід публічного виступу з розвітком здатності до обґрунтованої дискусії [4].

Поряд із теоретичною підготовкою, практичному аспекту формування майбутнього фахівця надається не менш цінна роль.

На основі діагностичної, прогностичної й моделювальної роботи необхідні навички для практичного виконання встановлених завдань. Досягнення вказаної мети в клінічній практиці пов'язане з юридичними аспектами засвоєння окремих маніпуляцій і в оптимальному режимі вирішується за рахунок створення кабінетів практичних навичок чи симуляційних центрів, обладнаних відповідними тренажерами. Завдання викладача – створити оптимальні мотиваційні умови для бажання досягти максимальних результатів кожному студенту.

Засвоєння теоретичної бази і досягнення певного рівня практичної підготовки не є кінцевою метою роботи лікаря. Необхідний постійний самоконтроль виконання своїх дій, аналіз результатів роботи з визначенням недоліків та шляхів їх усунення. Зовнішній контроль адміністративних органів може лише спрямовувати дії кожного лікаря на конкретні шляхи власного вдосконалення. Безумовно, указаний пункт здатні виконувати лікарі з високим рівнем відповідальності й самокритики – якостями, які потрібно розвивати на етапах раннього засвоєння професійних навичок.

Оцінка рівня якості надання освітніх послуг проводиться на різних рівнях, за різними показниками, з використанням різних методів, але ключовим показником лишається досягнутий рівень кінцевого продукту діяльності кафедри, яким є, хоча це звучить не досить етично, випускники.

У відносному значенні якість розглядається у двох аспектах: відповідність державному стандарту і відповідність бажанням і потребам споживачів освітньої послуги. Тому ЗВО мають розглядати проблему якості освіти з двох різних точок зору: освітнього закладу – узгодженість із державним стандартом; споживачів освітніх послуг – ступінь задоволеності споживачів освітньою послугою [5]. Визначення їхньої успішності й визнання професійної висоти – також питання досить дискусійне, але окремі показники говорять самі за себе.

Нами проведено дослідження умов працевлаштування випускників Української медичної стоматологічної академії за фахом «Ортопедія і травматологія» від початку роботи кафедри на післядипломному етапі (1975 рік). Окремо оцінювали досягнення лікарів, які починають самостійну професійну діяльність, навчалися в клінічній ординатурі, що, наш погляд, є суттєвою складовою набуття високого професійного рівня.

Установлено, що з 16 клінічних ординаторів і 199 лікарів, які навчалися в інтернатурі за фахом «Ортопедія і травматологія» на кафедрі УМСА, лише 3 (1,4%) не продовжили працювати за спеціальністю.

Кар'єрне зростання лікарів виразилось у займанні певних посад у своїх регіонах. Аналізуючи цей показник, ми не враховували посадові зміни випускників останніх 5 років, які, за нашим переконанням, будуть керівниками в

майбутньому. Отже, за 40 років роботи кафедри травматології та ортопедії підготовлено чотирьох головних лікарів медичних закладів, 19 завідувачів травматологічного відділення.

Географія працевлаштування випускників досить різноманітна: 9 областей України, 11 країн ближнього і дальнього зарубіжжя, у тому числі таких розвинених країн як Великобританія, Іспанія, Ізраїль.

Вищеперераховане дозволяє зробити висновок, що використання методологічного підходу до підготовки фахівців ортопедів-травматологів дозволяє досягти надання якісної освіти лікарям із можливостями успішної роботи і забезпечення конкурентоздатності на міжнародному рівні.

Список використаної літератури

1. Адаменко О. А. Методология персонифицированного исследования / О. А. Адаменко // Наука і освіта. – 2010. – № 7. – С. 12-14.
2. Дацюк В. В. Системний підхід як методологічна основа дослідження публічної політики у сфері протидії стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих/ хворих на СНІД / В. В. Дацюк // Вісн. НАДУ. Серія «Державне управління». – 2019. – № 1 (92). – С. 5-10.
3. Москаленко В. Ф. Методология доказательной медицины: підручник (ВНЗ IV р. а.) / В. Ф. Москаленко, І. Є. Булах, О. Г. Пузанова. – К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2014. – 200 с.
4. Пелипенко О. В. Особливості підготовки лікарів-інтернів з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» на кафедрі травматології та ортопедії / О. В. Пелипенко, С. М. Павленко, Ю. М. Півень // Семейная медицина. – 2015. – № 6 (62). – С. 41-42.
5. Плисенко Г. П. Якість надання освітніх послуг як чинник забезпечення ринку праці висококваліфікованими фахівцями / Г. П. Плисенко // Ринок праці та зайнятість населення. – 2016. – №2 (47). – С. 26-30.

КОНЦЕПЦІЇ ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОЇ МОТИВАЦІЇ НА КОРЕКЦІЮ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ: АКТУАЛЬНІСТЬ, ЗНАЧЕННЯ, ШЛЯХИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ

Потяженко М.М., Невойт Г.В., Кітура О.Є., Соколюк Н.Л., Люлька Н.О., Настрога Т.В.

Українська медична стоматологічна академія

Дотримання лікарем у власному житті принципів правильного харчування – запорука його власного здоров'я, показник сформованості його як особистості й рівня його професійної обізнаності. У статті висвітлено актуальність цього питання для лікарів сучасності й інваріантну методологію вирішення зазначеної проблематики.

Ключові слова: неінфекційні хвороби, здоровий спосіб життя, харчова поведінка.

A physician's observance of the principles of proper nutrition in one's life is an indicator of his or her self-development. It demonstrates his level of professional awareness as well and it keeps the doctor healthy. The article highlights the relevance of this issue for physicians of today and the invariant methodology for solving these problems.

Keywords: noncommunicable diseases, healthy lifestyle, eating behavior.

Доведено, що важливим патогенетичним чинником виникнення неінфекційних захворювань (НІЗ) є неправильне за кількісним і якісним складом харчування. Надмірна кількість їжі, незбалансовані раціони і графік харчування, уживання «хімізованих» продуктів призводять до змін у метаболічному, імунному, ендокринному статусах організму, до ожиріння і стають патогенетичною основою для виникнення НІЗ [2;3]. Одним із парадоксів сучасної медицини можна вважати факт, що лікарі хворіють на НІЗ тією самою мірою, що і пацієнти. Це підтвердили результати проведеного у 2016-2018 роках дослідження в межах кафедральної стратегії «Лікар у боротьбі із НІЗ: почни із себе» – фрагмента ініціативної науково-дослідної роботи кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними та венеричними хворобами «Розробка алгоритмів і технологій запровадження здорового способу життя у хворих на НІЗ на підставі вивчення психоемоційного статусу» (№ держреєстрації 0116U007798). Тим самим колектив кафедри підтримав «Глобальний план дій з профілактики НІЗ та боротьби з НІЗ на 2013-2020 роки» (ВООЗ, 2013) і вітчизняний «проект Національного плану заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики «Здоров'я-2020: основ Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» щодо НІЗ на період до 2020 року». У процесі дослідження оцінки валеологічного статусу і стану сформованості ЗСЖ, виявлення факторів ризику НІЗ у хворих на НІЗ (ІХЗ з коморбідною патологією) у лікарів-інтернів кафедри і в практикуючих лікарів різних вікових груп було отримано результати про незадовільний стан здоров'я і невідповідний рівень становлення в них ЗСЖ у секторі реалізації. Тобто теоретичний матеріал лікарями був засвоєний, а на практиці у власному житті вони його не застосовували. Об'єктивно за результатами біоімпедансометрії розлади жирового обміну були виявлені в 69(54%) лікарів: у підгрупі лікарів-інтернів – 19(33%), у підгрупі професійних лікарів – 50(72%) осіб. Знижений відсотковий уміст м'язової тканини було встановлено в 56(95%) лікарів-інтернів і в 65(84%) професійних лікарів. Комплексний аналіз результатів біоімпедансометрії показав, що нормальний склад тіла мали лише 3(5%) лікарів-інтернів і 4(6%) професійних лікарів. Загрозливими виявилися результати скринінгу: міцні алкогольні напої більше ніж тричі за рік уживали 38(64%) лікарів-інтернів і 42(61%) лікарів, слабкі – 46(78%) і 46(67%); уживали сучасні солодощі (цукерки, торти тощо) – 52(88%) і 47(68%), курили – 8(14%) і 9(13%) відповідно; щодня вживали п'ять видів фруктів і/або овочів лише 10(17%) і 18(26%); вважали, що дотримуються рекомендацій нормотрофного харчування, – 34(73%) і 47(68%), уживали понад 6 г повареної солі – 7(15%) і 24(35%) відповідно [1;2;4-6]. Звідси виникли питання: 1) щодо адекватності медичної освіти, яку отримують студенти, оскільки лікар, який не цінує власного здоров'я (курить, уживає алкоголь, нераціонально харчується, не займається спортом, користується в побуті шкідливими речами тощо), ніколи не переконає в протилежному свого пацієнта; 2) щодо можливих шляхів розв'язання проблеми.