

ливців” на теренах всесвітнього павутиння Internet, а не викладач або консультант на кафедрі, що знову ж таки певним чином нівелює СРС. Рефлексивний компонент полягає в здатності визначати межі відомого і невідомого з метою отримання знань, яких не вистачає, критичність стосовно дій і вмінь (особливо викладача), здатність співвіднесення знань про свої можливості й можливих перетворень у предметному світі та в самому собі для виконання певного виду діяльності. Організаційний компонент вміщує в собі вміння визначати обсяг роботи, що виконується, виділення етапів роботи, постановку мети і завдань на кожному етапі роботи, розрахунок часу на виконання кожного етапу роботи, організацію робочого й особистого простору. Контрольний компонент складається зі здібності оцінювати якість і кінцевого продукту діяльності, й окремих етапів, обирати адекватні форми і методи оцінки. Потрібно розуміти, що ці компоненти СРС умовні, й у кожному ВНЗ та на кожній кафедрі має бути створена власна концепція цього виду діяльності студентів.

Організація СРС – планова і послідовна діяльність викладача, спрямована на свідоме та творче залучення осіб, що навчаються. При цьому слід зауважити, що основним завданням викладача є формування в студентів раціональних способів творчого засвоєння теоретичної інформації та вирішення навчальних завдань; набуття професійних навичок і компетенцій. При цьому викладацький склад кафедри має скласти план СРС, розробити питання для контролю вихідного і кінцевого рівня знань, забезпечити позитивну мотивацію, здійснювати консультативну підтримку студентів та керівництво, координувати хід роботи.

Для реформування СРС необхідно вирішити такі питання: 1) сформулювати в студентів адекватне уявлення про мету, завдання, поняття про способи і форми самостійної діяльності; 2) планово і поступово формувати в студентів навички самостійної роботи з перших днів навчання у виші; 3) оскільки на сьогодні розпочато підготовку за новим освітньо-кваліфікаційним рівнем «магістр», слід оптимізувати навчальні плани і програму з урахуванням збільшення годин на СРС; 4) підкріпити мотивацію студентів до самостійного оволодіння матеріалом шляхом створення депо інформаційних матеріалів не лише на сайтах певних кафедр, а й у соціальних мережах; 5) удосконалити систему контролю за СРС і враховувати ці результати під час виставлення оцінки за дисципліну; 6) напевно, потрібно відродити навчально-наукову роботу, яка була обов’язковою в медичних ВНЗ 30-35 років, бо вона сприяла готовності студентів до самостійного вирішення професійних завдань; 7) завершальним етапом удосконалення СРС слід вважати участь студентів у особистому моделюванні програми з дисципліни.

На нашу думку, для створення програми СРС на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї слід визначити кілька цілей. Виховна – виховання патріотизму, поваги до колег і пацієнтів, оволодіння основами лікарської етики і деонтології. Розвивальна – розвиток пізнавальної самостійності та самоконтролю й розширення загального світогляду. Освітня – формування системи теоретичних знань, практичних навичок і вмінь. Організація СРС на основі використання сучасних інформаційних технологій активізує самостійність студентів, підвищує інтерес і мотивацію до вивчення дисципліни, стимулює активну розумову діяльність, унаслідок чого підвищується рівень знань.

Таким чином, можемо зробити висновки, що в сучасній вищій освіті на перший план виходить необхідність формування в студентів адекватного уявлення про мету, завдання і форми самостійної діяльності з їх активною участю в навчальному процесі; вдосконалення системи поточного контролю СРС та її врахування при оцінюванні результатів навчання; оптимізація процесу підвищення фахової майстерності викладачів (не лише молодих) у кращих вищих навчальних закладах України і світу.

Список використаної літератури

1. Психологічні аспекти управління навчально-виховним процесом у вищій медичній школі / [Л. І. Волошина, В. М. Гаврильєв, М. Г. Скікевич, Н. А. Соколова] // Сучасні технології управління навчальним процесом у вищих медичних навчальних закладах: матеріали навч.-наук. конф. з міжнародною участю. – Полтава, 2014. – С. 40-42.
2. Рибалов О. В. Роль самостійної роботи студентів у процесі підготовки лікаря / О. В. Рибалов, Л. І. Волошина // Самостійна робота студентів і кредитно-модульна система організації навчального процесу: матеріали навч.-метод. конф. – Полтава, 2007. – С. 24-26.
3. Скікевич М. Г. Формування готовності студентів медичних ВНЗ до професійної діяльності / М. Г. Скікевич, Л. І. Волошина, Н. А. Соколова // Основні напрями удосконалення підготовки медичних кадрів у сучасних умовах: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Полтава, 2015. – С. 225-226.

РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У ЗАСВОЄННІ ЗНАНЬ НА КАФЕДРІ ФТИЗИАТРІЇ

Вородюхіна А.К., Ярешко А.Г., Куліш М.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Наведені дані про методологічні підходи до проведення самостійної роботи студентів під час вивчення фтизіатрії та визначено вплив самостійної роботи на підвищення якості навчання студентів.

Ключові слова: самостійна робота, навчання, студент.

Освіта і навчання в усі часи були і залишаються однією з найважливіших проблем суспільства. Метою навчання є підготовка людини з певною кількістю якісних знань, вихованої, з високими моральними якостями і всебічно освіченої. Професійна освіта надає знання відповідно до професійної кваліфікації. Усі дії в цьому процесі спрямовані на якість підготовки і високий професіоналізм, але остаточний результат далеко не завжди відповідає нашим очікуванням. Це стимулює до пошуку нових підходів до вирішення цього питання.

У ХХ столітті відбулися суттєві зміни в характері накопичення знань у всіх галузях науки. Це пов’язано насамперед із науково-технічним прогресом. З’являються нові технології навчання, нові методи діагностики, лікування і профілактики хвороб [3]. Якщо ще 100 років тому подвоєння обсягу знань, особливо з фундаментальних дисцип-

лін, у тому числі і в галузі медицини, відбувалося за 50-60 років, і молода людина за час навчання могла вивчити майже все, що було відомо з тієї чи іншої спеціальності, то зараз подвоєння знань у багатьох дисциплінах відбувається в десятки разів швидше [1]. Тому виникає необхідність змін у системі освіти: студента потрібно навчити самостійно вирішувати типові і нетипові завдання, вести пошук інформації, постійно опановувати нові знання. А для цього необхідні зовсім інші підходи, ніж ті, що використовувалися раніше у вищій школі.

Медичний виш має свої особливості в методах навчання. Неможливо навчити майбутнього лікаря клінічному мисленню, практичним навичкам, якщо протягом навчання не надавати йому можливості отримати знання втілювати в практику, спочатку під контролем викладача, а потім самостійно, але отриманий результат роботи студента викладач мусить проаналізувати й оцінити. Зрозуміло, збільшення годин на навчання - це великі додаткові державні кошти. Тому переважна більшість освітніх реформ в Україні спрямована на спонукання студента працювати самостійно. З кожним роком збільшується кількість годин, виділених на СРС, і зменшується кількість годин на практичні та семінарські заняття. Це спонукає більшість матеріалу передати на самостійне вивчення, одночасно збільшуючи обсяг навчального матеріалу на практичні заняття, переважно шляхом об'єднання кількох тем у одне практичне заняття.

Фтизіатрія є однією з клінічних дисциплін, яка посідає далеко не останнє місце в підготовці майбутнього лікаря, особливо в умовах епідемії туберкульозу. На кафедрі фтизіатрії навчаються студенти медичного (4-й і 6-й курси), педіатричного (4-й і 6-й курси) і стоматологічного (4-й курс) факультетів. Навчання проводиться відповідно до робочої програми, на основі якої розробляються календарно-тематичні плани практичних занять, лекцій, самостійної роботи студентів. Реформи в навчальному процесі не пройшли осторонь фтизіатрії. Позитивним є те, що натепер загальна сума навчальних годин із фтизіатрії на всіх курсах і факультетах залишилася майже без змін. Водночас суттєво змінилося співвідношення годин, відведених на практичні заняття і самостійну роботу. Якщо зменшується кількість годин на лекційний матеріал, то це зрозуміло й обґрунтовано, адже в сьгоднішніх умовах лекційний матеріал можна вивчати дистанційно, в системі on-line, або просто вивчати на сайті кафедри. Натомість матеріал практичного заняття в медичному виші так вивчити неможливо.

Згідно з навчальним планом на вивчення фтизіатрії на 4-х курсах медичного і педіатричного факультетів виділено 90 годин, із них 30 годин – практичні заняття (35%), 54 години (60%) – самостійна робота студентів і 6 годин – лекції (5%). На 6 курсі медичного факультету 15 годин надано на практичні заняття і 15 годин - на самостійну роботу, тобто по 50% часу. На 6 курсі педіатричного факультету на вивчення фтизіатрії виділено 45 годин, із них 30 годин - практичні заняття (66%) і 15 годин - самостійна робота (34%). На 4 курсі стоматологічного факультету на вивчення фтизіатрії виділено 60 годин, із них 20 годин - практичні заняття (34%), 30 годин - самостійна робота (50%) і 10 годин (16%) - лекційний матеріал. Отже, на самостійну роботу студентів у середньому виділяється 50-60% навчального часу.

На нашу думку, постійне збільшення кількості годин, відведених на самостійну роботу студентів, - груба помилка Міністерства освіти і науки, а також викладачів. Такі реформи не сприяють підвищенню якості освіти і не заохочують студента до поглибленого вивчення матеріалу. Це пов'язано з тим, що самостійна робота не оцінюється бальною системою навчання, не завжди контролюється її виконання, як це відбувається на практичних заняттях, тому якість її виконання низька. Вивчення матеріалу, передбаченого на самостійне опрацювання, повністю на відповідальності студентів. Безумовно, в цьому явищі є позитивна сторона - студенту надається можливість самому навчатися, контролювати свої дії, приймати самостійно рішення, робити висновки. Між тим, переважна більшість студентів невідповідально ставиться до виконання самостійної роботи, деякі не вважають за потрібне її виконувати, а ті, що виконують, у більшості випадків глибоко не вникають у розуміння тієї чи іншої задачі, а також питання, які треба розв'язати. Тому відкладання в пам'яті студента знань, здобутих самостійно, часто недостатнє.

Ще одна причина низької ефективності самостійного навчання студентів криється в особливостях майбутньої професії. Лікарю людина доручає своє здоров'я, своє життя, свій організм – найскладніший механізм, який є на Землі, а також найдорожче і найцінніше з того, що має людина. Вивчити організм здорової людини дуже складно, хворої - ще складніше. Як свідчить досвід, самостійно це просто неможливо, оскільки на це необхідно витратити все життя, а не 5-6 років навчання. Тому вважаємо, що в медичному виші необхідно виділяти більше годин саме на практичні заняття. Безумовно, самостійна робота має залишатися, але в меншому обсязі, ніж це є зараз, і вона повинна контролюватися так, щоб це викликало заохочення в студентів. З огляду на ситуацію, в якій опинилися студенти і викладачі, виникає необхідність вирішення питання щодо засвоєння навчального матеріалу, відведеного на СРС. Заохотити студентів до якісної самостійної підготовки дуже складно, адже в них немає мотивації, оскільки засвоєння цього матеріалу не впливає на поточну успішність.

На кафедрі фтизіатрії 8 років тому був впроваджений домашній зошит студента – «Силабус». Складаючи «Силабус», ми врахували відповідність тем практичним заняттям і СРС. Це спонукало нас скласти теоретичні питання, тестові завдання, ситуаційні задачі (наближені до практичних дій лікаря-фтизіатра, сімейного лікаря), які має вивчити та вирішити студент під час самостійної роботи і надати в зошиті письмову відповідь. Окрім цього, ми запропонували студенту застосувати отримані знання - скласти алгоритми надання невідкладної допомоги при легеневої кровотечі, спонтанному пневмотораксі, алгоритми діагностики туберкульозу, диференційованої діагностики туберкульозу в практиці фтизіатра, впливу імунної системи на патогенез туберкульозу, послідовність профілактичних заходів у вогнищі туберкульозної інфекції. «Силабуси» розроблені для студентів усіх факультетів, які проходять навчання на кафедрі. Досвід використання «Силабуса» свідчить, що більшість студентів ретельно виконують самостійну роботу за умови, що викладач перевіряє виконання завдання, а результат виконання роботи впливає на поточну успішність. Саме тому при оцінці знань студентів ми обов'язково враховуємо виконання самостійної роботи.

Наступним видом самостійної роботи студента є написання історії хвороби. Історію хвороби пишуть студенти 4 курсу медичних факультетів № 1 і № 2 (у тому числі студенти-іноземці) відповідно до сучасних вимог практичної фтизіатрії. Написану історію хвороби студент захищає й отримує оцінку, яка впливає на поточну успішність. Під час написання історії хвороби викладач постійно надає консультативну допомогу студентам, адже студенти 4 курсу ще не мають розвиненого клінічного мислення. Зважаючи на те, що в практичній фтизіатрії за останні роки

відбуваються глобальні зміни в діагностиці туберкульозу, спостереженні та лікуванні хворих на туберкульоз, проведеної профілактичних заходів [2], своєчасне відображення в підручниках і посібниках неможливе.

Таким чином, самостійна робота студентів не є самостійною діяльністю студента з вивчення дисципліни. Самостійна робота студентів – це передусім система особливих умов, створених викладачем. Як вид навчальної діяльності самостійна робота студентів допомагає вивчити матеріал, засвоїти і систематизувати отримані знання за умови, що її контролює й оцінює викладач, а оцінка впливає на поточну успішність. При цьому в медичному виші за кількістю навчальних годин перевагу потрібно віддавати практичним заняттям.

Список використаної літератури

1. Інтеграція європейської системи освіти у сучасних ВНЗ України : матеріали Міжнар. наук.-метод. конф. [Проблеми інтеграції національних закладів вищої освіти до Європейського освітнього середовища], (Харків, 29-31 жовт. 2012 р.) / М-во освіти і науки, молоді та спорту України. Харк. нац. автомоб.-дорож. ун-т. – Х. : Харк. нац. автомоб.- дорож. ун-т, 2012. – 257 с.
2. Наказ МОЗ України від 04.09.2014р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. – 183 с.
3. Удосконалення якості підготовки лікарів у ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» в сучасних умовах: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Полтава, 24 березня 2016 р.) / М-во охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Укр. мед. стом. акад.», 2016. – 266 с.

РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ НА ЦИКЛІ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗА ФАХОМ «ОРТОДОНТІЯ»

Галич Л.Б., Виженко Є.Є., Стасюк О.А., Макарова О.М., Довженко А.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Висвітлені актуальні питання організації самостійної роботи майбутніх лікарів-спеціалістів у навчальному процесі циклу спеціалізації за фахом «Ортодонтія».

Ключові слова: спеціалізація, лікар-ортодонт, навчальний процес.

Ураховуючи важливу роль ортодонта в лікуванні зубощелепних аномалій і профілактиці стоматологічних хвороб, його спеціалізація триває 10 місяців відповідно до навчального плану і програми, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Цикл спеціалізації передбачає детальне вивчення питань ортодонтії, з них 40% припадає на теоретичну підготовку, 60% - на клінічну роботу.

Вирішення завдань сучасної медицини неможливе без підвищення ролі самостійної роботи (СР) у навчальному процесі. Методологічну основу СР курсантів становить діяльнісний підхід, який полягає в тому, що цілі навчання орієнтовані на формування вмінь розв'язувати типові та нетипові завдання, під час виконання яких майбутнім спеціалістам необхідно проявити знання в професійній діяльності [2].

Формування внутрішньої потреби до самонавчання стає і вимогою часу, й умовою реалізації особистісного потенціалу. Здатність людини відбутися на рівні, адекватному її претензіям на високе становище в суспільстві, цілком залежить від її індивідуальної залученості в самостійний процес освоєння нових знань. Тому однією з цілей професійної підготовки фахівця є необхідність дати лікарю-курсанту міцні фундаментальні знання, на основі яких він зміг би навчатися самостійно в потрібному йому напрямі.

Отже, СР курсанта - це планова робота, що виконується за завданням і під методичним керівництвом викладача, але без його безпосередньої участі. Технологія організації СР має бути поетапною й обґрунтованою. Для ефективного здійснення цього виду діяльності необхідні готовність науково-педагогічних працівників, навчально-якісна методична і відповідна нормативно-правова база.

Провідною метою СР лікаря-курсанта є поліпшення професійної підготовки фахівців високої кваліфікації, спрямоване на формування дієвої системи фундаментальних і професійних знань, умінь і навичок, які вони могли б вільно і самостійно застосовувати в практичній діяльності. Таким чином, ідеться про підготовку фахівців завтрашнього дня, конкурентоспроможних у світовому масштабі, які вміють творчо, оперативно вирішувати нестандартні виробничі, наукові, навчальні завдання з максимально значущим ефектом, як для себе, так і для суспільства в цілому.

У сучасній літературі виділяють два види СР: керована викладачем СР майбутнього лікаря-спеціаліста та власне СР - особлива форма навчання за завданнями викладача, виконання яких вимагає активної розумової діяльності.

Одним із елементів СР є навчальна історія хвороби, розроблена і впроваджена в навчальний процес на кафедрі післядипломної освіти лікарів-ортодонтів ВДНЗУ «УМСА». Завдяки ретельно продуманій формі історії хвороби на заняттях засвоюються знання, які перетворюються в уміння. Розділи історії хвороби, розміщені в певному порядку, дають можливість лікарям-курсантам методично засвоювати розділи спеціальності, поетапно досягати того чи іншого позитивного результату лікування певної зубощелепної аномалії. Завдяки систематизованим розділам навчальної історії хвороби лікарі-курсанти можуть певний час самостійно засвоювати знання і навички обраної ними нової стоматологічної спеціальності, а також організувати самостійний пошук шляхів розв'язання поставленого завдання, в процесі якого лікарі-курсанти і здобувають новий досвід.

Координація викладача об'єднує і націлює пізнавальну активність майбутніх лікарів-ортодонтів на засвоєння ключових питань теорії і практики, а навчальна історія хвороби, спрямована на розвиток клінічного мислення лікаря-ортодонта, є своєрідним закріплюючим ланцюгом.

У навчальній історії хвороби передбачено пункт, який висвітлює права й обов'язки лікаря, відповідальність пе-