

вні вмінь).

На IV рівні засвоєння студент здатний творчо використовувати отримані знання, вміння та навички. Виявляючи активне володіння матеріалом, він може приймати рішення в нових, не типових для нього ситуаціях, самостійно пропонувати оригінальні способи і підходи до їх вирішення (діяльність на рівні трансформації або творчості).

Отже, сучасна дидактика, спираючись на гуманістичні концепції, має відкривати нові явища в навчальному процесі й опрацьовувати такі проблеми в руслі дидактичних концепцій:

- визначати мету й обґрунтовувати зміст навчання;
- досліджувати сутність, закономірності та принципи навчання, а також шляхи підвищення його розвивального і виховного впливів на студентів як суб'єктів навчання;
- обґрунтовувати дидактичні основи забезпечення суб'єктності студентів у навчальному процесі;
- вивчати закономірності навчально-пізнавальної діяльності студентів, формування її методики, шляхи активізації в процесі навчання і самонавчання;
- обґрунтовувати систему діалогічних методів навчання і методику ефективного їх застосування в навчальному процесі;
- визначати й удосконалювати організаційні форми навчальної роботи;
- обґрунтовувати ефективні та об'єктивні критерії оцінки результативності як усього дидактичного процесу, так і викладацької діяльності суб'єктів викладання і навчально-пізнавальної діяльності суб'єктів навчання;
- переосмислювати оціночно-результативний компонент навчального процесу і наповнювати його особистісним виміром.

Список використаної літератури

1. Курлянд З. Н. Педагогіка: навчальний посібник / З. Н. Курлянд, Р. І. Хмелюк, Т. Ю. Осипова. – [2-ге вид., доповн.]. – Харків : Бурун Книга, 2009. – 304 с.
2. Фіцула М. М. Педагогіка / М. М. Фіцула. – [3-тє вид., перероб. і допов.]. – Тернопіль : Навч. кн.: Богдан, 2008. – 232 с.
3. Чайка В. М. Основи дидактики: навчальний посібник / В. М. Чайка. – К. : Академвидав, 2011. – 240 с.
4. Ягупов В. В. Педагогіка: навчальний посібник / В. В. Ягупов. – К. : Либідь, 2002. – 560 с.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Коробка К.В., Колінько Л.М.

Медичний коледж ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

У статті висвітлюються питання медсестринської медичної допомоги на первинному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я і пріоритетні аспекти підготовки кваліфікованих молодших медичних спеціалістів на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Ключові слова: реформування, первинна медична допомога, медсестринська допомога, первинна профілактика.

В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні вдосконалення системи медичної допомоги відбувається шляхом наближення її до кожної сім'ї, а надання медичної допомоги населенню базується на засадах загальної практики – сімейної медицини. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу та раціонального використання коштів і підвищення результативності роботи всієї галузі охорони здоров'я. Натепер уже створені центри первинної медико-санітарної допомоги – лікувально-профілактичні заклади, які надають хворим усіх вікових груп населення кваліфіковану діагностичну, лікувально-реабілітаційну, швидку медичну допомогу як в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу, так і вдома.

У зв'язку з цим гостро постають питання підготовки кваліфікованих медичних спеціалістів загальної практики – сімейної медицини, зростає значимість сестринської справи як складової частини системи охорони здоров'я. Оскільки сестринська справа охоплює фізичні, інтелектуальні та соціальні аспекти життя тією мірою, якою вони впливають на здоров'я, виникнення хвороби, непрацездатність і смерть, одним із пріоритетів реформування медичної галузі в Україні є діяльність медичної сестри, що поєднує заходи зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні хвороби, а також непрацездатним усіх вікових груп.

Кадровий потенціал системи охорони здоров'я будь-якої держави, в тому числі й України, на 70-75% складається з медсестринського персоналу, який необхідно використовувати ефективніше. ВООЗ зазначає, що медсестринський персонал може взяти на себе 25 -70% (залежно від профілю та спеціалізації) функцій, які сьогодні виконує лікар. Тому в системі охорони здоров'я країн Європи, США, Канади давно зрозуміли вагомість проблеми розвитку й удосконалення медсестринства. В усьому світі спеціальність медсестри виокремлена. І лікар, і медсестра працюють як партнери.

Наведене вище свідчить про зростання ролі медсестринських служб і медичної сестри як фахівця, яка першою контактує з пацієнтом, його родиною й оточенням, опікується ними в лікарні та вдома до кінця життя. У таких умовах зростає й актуальність професійної підготовки медичних сестер, що впливає із самого визначення поняття "медична сестра", запропонованого Міжнародною радою медичних сестер: "Медична сестра – це особа, яка пройшла підготовку за основною програмою медсестринського навчання, одержала достатню кваліфікацію і має право виконувати у своїй країні відповідальну роботу з медсестринського обслуговування, маючи на меті зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та здійснення догляду за хворими".

Визнаючи роль медичної сестри в догляді за хворими як доповнення до функцій лікарів, більшість держав останнім часом загострюють увагу на запобіжних (профілактичних) і діагностично-лікувальних аспектах діяльності медичних сестер у процесі надання медичної допомоги, а також на питаннях їх безпосередньої участі у відновленні працездатності та медико-соціальної реабілітації пацієнтів.

Реформування вимагає диференціації діяльності медичних сестер залежно від нових функцій і видів діяльності відповідно до міжнародних стандартів і досвіду, зумовлених новими соціально-економічними умовами, та якісного перегляду змісту медсестринської освіти в напрямі її інтеграції в міжнародну систему, що свідчить про актуальність перетворень у медсестринстві як складовій системи охорони здоров'я України.

Актуальність визначається, крім того, сучасними потребами прискореного наближення якісної та доступної медсестринської допомоги до населення, зокрема в частині первинної медико-санітарної допомоги, допомоги хворим із хронічними хворобами, реабілітаційної допомоги, а також тим, які перебувають у стані значної залежності та передсмертному.

Пріоритетний розвиток первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД) на засадах загальної лікарської практики значно розширює функції медичної сестри порівняно з дільничною службою. Вони надають ширший спектр медичних послуг, багато з яких традиційно були прерогативою лікарів: нові форми обслуговування (включаючи допомогу вдома і тривалий догляд), технології первинної профілактики з корекції факторів ризику розвитку хронічних хвороб, удосконалення навичок стратегічного планування, управління, міжсекторального співробітництва і лідерства.

У наш час значно зросли вимоги до підготовки медичних сестер: новий якісний рівень знань, висока кваліфікація, обізнаність у різних галузях медицини, нестандартність мислення, висока відповідальність – це те, чого чекають від сучасної сестри милосердя її пацієнти, і те, що хотіли б бачити у своїх помічниках лікарі. Медсестра має бути прикладом високого професіоналізму, безкорисливого служіння покликанню, загостреного почуття відповідальності. Вона мусить самовіддано виконувати свій професійний обов'язок, проявляти майстерність, щире співчуття і піклування.

Отже, пріоритетним аспектом сучасної підготовки молодших спеціалістів є формування в процесі навчання професійно значущих якостей медичного працівника, адже сучасна модель сестринської справи орієнтована на людину, а не на хворобу. Ця модель має бути пристосована до потреб пацієнтів, їхніх сімей і суспільства, надавати медичним сестрам широкий вибір ролей і функцій для роботи не тільки з хворими і вмираючими пацієнтами, а й зі здоровим населенням, що виступає основним завданням первинної допомоги на засадах сімейної медицини. Крім того, професійна підготовка має бути тісно пов'язана з вихованням особистісних якостей медичної сестри, до яких належать: моральні – співчутливість, доброзичливість, самопожертва, чесність, терплячість, увічливість, уважність, лагідність, оптимізм, мужність, скромність, принциповість, почуття власної гідності; естетичні – акуратність, охайність, здатність створити комфорт для пацієнта; інтелектуальні – професійна ерудиція, спостережливість, намагання проникнути в суть явищ, здатність планувати догляд за пацієнтом, виходячи з логічного осмислення його проблем і потреб; спроможність науково обґрунтувати свої дії.

Список використаної літератури

1. Шегедин М.Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я / М.Б. Шегедин. – К., 2001.
2. Солодовник О.В. Модернізація фахової підготовки молодших спеціалістів у медичному коледжі / О.В. Солодовник // Проблеми освіти: зб. наук. праць. – Спецвип. – Вінниця-Київ, 2015. – С. 86–90.
3. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні: навч. посіб. / М.Б. Шегедин. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – С.196–205
4. Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги".
5. Наказ МОЗ України від 04.11.2011 № 755 "Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи".

ФОРМУВАННЯ ЛОГІЧНОГО МИСЛЕННЯ – ПІДҐРУНТЯ ЛІКАРСЬКОЇ МАЙСТЕРНОСТІ

Коровіна Л.Д., Запорожець Т.М.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Розглянуто необхідність формування математичного мислення і використання логічного аналізу в студентів молодших курсів медичних ВНЗ. Показано, що вивчення основ вищої математики і медичної інформатики закладають базу для розвитку математичного, логічного стилю мислення лікаря, необхідного в умовах сучасної медичної практики.

Ключові слова: клінічне мислення, математичне мислення, логіка.

Розуміння того, що мислення є основним інструментом діяльності лікаря, сьогодні є загальноприйнятим [1; 2]. Для характеристики розумової діяльності лікаря часто використовується поняття «клінічне мислення» [3] чи навіть «діагностичне мислення» [4].

Тим часом багато випускників медичних вишів не знають чітких вимог до мислення лікаря, можливостей і методів його розвитку [2]. Хибне мислення призводить до некоректних міркувань лікаря, а це – до помилок діагностики і лікування, кількість яких не зменшується [5]. Навпаки, покращення патологоанатомічної експертизи свідчить про кричущо високий рівень лікарських помилок, що спостерігається в усіх країнах, де проводяться такі дослідження. У США кількість лікарських помилок, які призвели до смерті пацієнта, в 2004–2006 рр. визначалася на рі-