

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ ТА НАУКИ
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»

МАТЕРІАЛИ
І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ
ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ
НАВЧАННЯ У ЗВО МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

28 травня 2021 рік

ЛЬВІВ
«ТРИАДА ПЛЮС»
2021

УДК

Оргкомітет конференції:

Голова:

Кривко Ю.Я., ректор «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», професор.

Заступник голови:

Неділько Р.В., зав. кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління (доктор філософії).

Члени оргкомітету:

Бялий А.О., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Жубрид М.Т., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Костерева Н.В., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Костів З.П., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Кузьменко О.В., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Янків С.В., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Яремчук О.В., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Редколегія:

Стоколос-Ворончук О.О., проректор з наукової роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», доцент.

Юристовська Н.Я., проректор з виховної роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління (доктор філософії).

Безкоровайна У.Ю., декан «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління (доктор філософії).

Дуб Н.Є., декан «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління.

*Рекомендовано до друку вченою радою ВНКЗ ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(Протокол № 11 від 26 травня 2021 року)*

Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (заочна форма) «Актуальні питання запровадження інтерактивно-інноваційних форм навчання у ЗВО медичного профілю» (м. Львів, 28 травня 2021 року). – Львів : «Тріада плюс», 2021. – с. 160.

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ У ЗВО МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих сестер/братів медичних.

*Відповідальність за зміст і оформлення матеріалів несуть
автори та наукові керівники.*

ЗМІСТ

<i>Секція І.</i>		
ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЧНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ		
1	АНДРУШКЕВИЧ І.В. ВЕБ-КВЕСТ ТЕХНОЛОГІЇ, ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ЗВО	6
2	БЄЛИЙ М.Б., ЛІЩУК Р.М. ДОСЛІДЖЕННЯ ГОТОВНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДО РОБОТИ В УМОВАХ РИЗИКІВ (НА ПРИКЛАДІ COVID-19)	12
3	НЕДІЛЬКО Р.В., БІЛОБРИВКА В.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ МЕДСЕСТРИНСТВА В ПЕРІОД ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	15
4	ГВОЗДЕЦЬКА Г.С., ГЛОВ'ЯК В.Г., БУЛЬБУК О.І. ПІДГОТОВКА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОГО ФАХІВЦЯ ШЛЯХОМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ	19
5	ГОЛОВЧАК М.І., ДУБ Н.Є., БЕРЕЗОВСЬКА І.Б. ДИДЖИТАЛІЗАЦІЯ ЯК ТРЕНД СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ ЯКОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	21
6	ЯНКІВ С.В., ЖУБРИД М.Т., ІНСТРУМЕНТИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ВІЗУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ НАВЧАННЯ В СУЧАСНІЙ ОСВІТНІЙ ПАРАДИГМІ	31
7	ЛЬЧИШИН О.В., ТЕРЕЩУК С.І., СОЙКА Л.Д., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю. КОРЕЛЯЦІЯ КОНКУРСНОГО БАЛУ З АКАДЕМІЧНОЮ УСПІШНІСТЮ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ І КУРСУ ЛЬВІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 226 ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ	42
8	КАСПЕРСЬКА Г.І., КРИВКО Ю. Я. КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ПЕДАГОГІЧНА КАТЕГОРІЯ МАЙБУТНІХ СЕСТЕР/ БРАТІВ МЕДИЧНИХ	51
9	КУКСЕНКО І.В., ЮРИСТОВСЬКА Н.Я., ПОЦЮРКО Н.Т., НЕДІЛЬКО Р.В. РОЗВИТОК СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В МЕДСЕСТРИНСТВІ	55
10	КУХТІЙ М.О., НЕДІЛЬКО Р.В. СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ФОРМУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ	59
11	МУЗИКА О.І., ДУБ Н.Є. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УПРАВЛІННЯ ІНКЛЮЗИВНОЮ ОСВІТОЮ	63
12	НАЛИВАЙКО Л.М., АНТОНЕНКО Ю.О., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю. ВИБІРКОВІ ДИСЦИПЛІНИ: ПЕРЕШКОДИ У ВПРОВАДЖЕНІ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ	67

13	БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В., КУЗЬМЕНКО О.В. ДЕБРИФІНГ – ІНОВАЦІЙНИЙ МЕТОД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	71
14	ПАРТИКА У. Б., КУЗЬМЕНКО О.В. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЯКІСНОЇ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ В ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19	81
15	СТАДНИЦЬКА І.Р., СТАДНИЦЬКА О.Б. ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ У ВНЗ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ, ЯК ШЛЯХ ДО САМОРЕАЛІЗАЦІЇ	85
16	ФУРДИКОНЬ І.В., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю. ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПІДГОТОВЦІ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ НА ЗАСАДАХ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ	91
17	ШИЙКА Л.Ю. ДИСТАНЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ – ВИКЛИК ДЛЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	96
18	ЩУРКО М. М. ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ЗАСОБІВ В ПРОЦЕСІ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІН УВНЗ.	99
<i>Секція II.</i> КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО		
19	БОНЮК І.О., КОСТІВ З.П., УРБАН Н.І. СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ГРИБКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПРИКЛАДІ НАСЕЛЕННЯ ВОЛИНИ	103
20	БЯЛИЙ А.О. ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ЯК ОДИН З ЧИННИКІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.	107
21	ІВАНОВА С.В., КУЦОВА В. П. ПРЕВЕНТИВНІ МІРИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	111
22	АРХАНГЕЛЬСЬКИЙ С.Р., НАЗАР Н.С. НЕФОРМАЛЬНЕ НАВЧАННЯ У БАЗОВІЙ ПІДТРИМЦІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ. ДОСВІД МІСТА ЖИТОМИР.	115
23	СОЙКА Л.Д., ЦЮНИК Н.Ю., РІЗУНГ.М., ІВАНІК Р.Ю. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ АСКАРИДОЗУ, ЕНТЕРОБІОЗУ ТА ТРИХУРОЗУ, ЯК НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ГЕЛЬМІНТОЗІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ПЕРІОД 2018–2020 р	122
<i>Секція III.</i> ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ		
24	ЖУКРОВСЬКА М.О. ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ З БІООРГАНІЧНОЇ ХІМІЇ	126
25	ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС А.Г. ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ІНТЕРАКТИВНО- ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ У ГАЛУЗІ ФАРМАКОЛОГІЇ	133

26	ТЕРЕЩУК С.І. МИНУЛЕ, СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ П'ЯТДЕСЯТИ ЛЬВІВСЬКИХ АПТЕК	<i>138</i>
<i>Секція IV.</i> ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ, ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЇХ У ПРАКТИКУ		
27	КОНОВАЛЕНКО С.О., АНДРЕЙКО О.І. СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ МІСТА ТЕРНОПІЛЬ	<i>145</i>
28	НАЗАР С.Л. , НАЗАР О.Ю. ВПЛИВ ФТОРУ НА РОЗВИТОК СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.	<i>150</i>
29	ТІСНОВЕЦЬ І.І., ЗАДОРЕЦЬКА О.Р. ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ГІГІЄНІСТІВ ЗУБНИХ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	<i>156</i>

СЕКЦІЯ І
**ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРІТЕТИ
РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ.**

Андрушкевич І.В., магістр
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

**«ВЕБ-КВЕСТ ТЕХНОЛОГІЇ, ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ
ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ЗВО»**

Стрімкий розвиток сучасного суспільства вимагає від фахової вищої освіти безперервного пошуку нових підходів до якісної підготовки висококваліфікованих фахівців, зокрема формування особистісних і професійних якостей у майбутніх медичних сестер. Від майбутнього медика вимагається не стільки вміння користуватись набутими знаннями у вирішенні проблем, скільки можливість самостійно набувати нові знання та уміння, а також використовувати отримані знання у практичній діяльності. Медичні сестри повинні вміти самостійно працювати з інформацією: збирати, аналізувати, робити необхідні висновки і застосовувати отриманий досвід для вирішення проблем у своїй роботі. Інтернет є найбільшим інформаційним ресурсом у світі, який постійно оновлюється та поповнюється. Професійний рівень фахівця, його зростання, соціальна адаптація залежать, насамперед, від уміння проявляти ініціативу, розв'язувати нестандартні завдання, від здатності планувати та представляти результати самостійних дій. Саме для реалізації такого завдання потрібні нові методичні технології. Найбільш мобільними та зручними на сьогодні є інформаційно-комунікативні технології. Однією з таких методик, яка вчить знаходити необхідну інформацію, піддавати її аналізу, є методика веб-квестів. Особливо актуальним є це питання у зв'язку з розвитком дистанційного навчання.

Quests у перекладі з англійської мови – тривалий цілеспрямований пошук, який може бути пов'язаний з пригодами або грою.

В педагогіці Web-Quests – проблемне завдання з елементами рольової гри, для виконання якого використовуються інформаційні ресурси Інтернету.

У 1995 році в Сан-Дієго Берні Доджом та Тоном Марчем була розроблена концепція веб-квестів, тобто квестів з використанням інформаційно-комунікаційних технологій та мережі Інтернет. Розроблена в цей час перша модель веб-квесту була використана в багатьох навчальних курсах по всьому світу.[4]

Для визначення поняття «технологія веб-квест» звернемося до понять «технологія навчання» та «веб-квест». Технологія навчання у найширшому і найзрозумілішому сенсі – це сукупність методів та прийомів, застосовуваних у навчальному процесі. В ідеалі технологія навчання є послідовністю дій викладача й студентів, при виконанні якої, врахувавши індивідуальні й вікові особливості студента та професійно-методичний рівень викладача, запланований результат обов'язково має настати. У класичному розумінні веб-квест (web-quest) – це проблемне завдання з елементами рольової гри, для виконання якого використовуються інтернет-ресурси [1].

Як зазначає В. В. Шмідт, веб-квести – це міні-проекти, засновані на пошуку інформації в Інтернеті. Завдяки такому конструктивному підході до навчання, студенти не тільки добирають і упорядковують інформацію, отриману з Інтернету, але й скеровують свою діяльність на поставлене перед ними завдання, пов'язане з їх майбутньою професією [3].

Шаматонова акцентує увагу на тому, що веб-квест – це захоплююча подорож в мережі Інтернет, яка передбачає запити в різних пошукових системах, отримання досить великого об'єму інформації, її аналіз, систематизацію і подальшу презентацію. Фактично, веб-квест є дидактичною структурою, в рамках якої викладач формує пошукову діяльність студентів, задає параметри цієї діяльності і визначає її часові межі. При цьому викладач перестає бути «джерелом знань», створює необхідні умови для пошуку інформації, а студенти перетворюються з пасивних об'єктів навчальної діяльності в її активних суб'єктів [2]. По суті, веб-квест є інтерактивним процесом, у ході якого студенти самостійно набувають необхідні знання. Отже, технологія веб-квест – це сукупність методів та прийомів організації дослідницької діяльності, для

виконання якої студенти здійснюють пошук інформації, використовуючи інтернет-ресурси з практичною метою. Така технологія дозволяє:

- підвищити мотивацію до навчання;
- розширити світогляд студентів;
- розвинути творче та критичне мислення;
- надати розвиток індивідуального досвіду;
- сформуванати навички пошукової та дослідницької діяльності;
- навчити користуватися важливими для навчання інтернет-ресурсами;
- розвинути вміння знаходити кілька способів вирішень проблемної ситуації, визначати найбільш раціональний варіант;
- дати студентам стимул до самоосвіти.[1]

Структура веб-квесту:

1. Вступ (знайомство з темою та постановка проблеми);
2. Завдання (формування проблемного завдання, опис форми подання кінцевого матеріалу);
3. Порядок роботи та необхідні ресурси (опис послідовності дій і ресурсів необхідних для виконання завдання);
4. Оцінка (опис критеріїв і параметрів оцінки виконання веб-квесту);
5. Висновок (короткий опис того чого можуть навчитися студенти);
6. Використані матеріали (посилання на ресурси, що використовувалися для створення веб-квесту);
7. Рефлексія (звернення уваги студента на допущення ним помилки та неточності, їх переосмислення).

Додж виділив три принципи класифікації веб-квестів:

1. За тривалістю виконання: короткострокові та довгострокові.
Метою короткотривалих веб-квестів (від одного до трьох занять) є опрацювання та систематизація великої кількості інформації в межах невеликого за обсягом часу. Довготривалі веб-квести розраховані на семестр з метою поглиблення знань студентів.
2. За предметним змістом: монопроекти, міжпредметні веб-квести.
3. За типом завдань, що виконують студенти:

Завдання на переказ є самими примітивними і становлять найбільш простий приклад використання Інтернету як джерела інформації та вважається веб-квестом за умови:

- формат і форма доповідей студентів відрізняється від оригіналів матеріалів, матеріал тексту не є простим копіюванням тексту з Інтернету в текстовий редактор;

- студенти вільні у виборі того, про що розповідають і яким чином систематизують знайдену інформацію;

- студенти використовують навички збирання, систематизації та обробки інформації.

Суть компіляційного завдання полягає в тому, що студенти мають взяти інформацію з різних джерел і привести її до єдиного формату. Підсумкова компіляція може бути опублікована в Інтернету або представлена у вигляді нецифрового продукту, наприклад, книг. Веб-квест, який створений на основі завдання-загадки, потребує синтезу інформації з набору джерел і створення головоломки, яку неможливо розв'язати простим пошуком відповіді на сторінках Інтернету. Навпаки, необхідно придумати загадку, розв'язок якої потребує:

- одержання інформації з множини джерел;

- складання інформації в єдине ціле за допомогою висновків, узагальнень з різних джерел інформації;

- виключення хибних відповідей, які спочатку уявлялися вірними, а в процесі розгляду стали хибними.

У журналістських веб-квестах студенти мають зібрати факти та організувати їх у жанрі репортажу новин, інтерв'ю і т. ін. Конструкторський веб-квест потребує від студентів створення продукту або плану з виконання раніше визначеної мети в певних межах. Творчий веб-квест вимагає від студентів створення продукту в заданому форматі. Творчі проекти схожі на конструкторські, проте є вільними і непередбачуваними в своїх результатах. У процесі оцінки таких проектів необхідно більше уваги приділяти творчості й самовираженню студентів. Веб-квести з розв'язання суперечливих проблем передбачають пошук представлення різних, а інколи суперечливих думок з однієї проблеми і спробу привести їх до консенсусу. Переконуючий веб-квест має на меті створення продукту, здатного переконати будь-кого. Таке завдання

виходить за межі звичного перекладу і вимагає від студентів розробки аргументів на користь будь-якого твердження, думки, варіанту розв'язку проблеми на основі матеріалів, одержаних у процесі роботи з квестом. Кінцевим продуктом такого проекту може бути лист, стаття, прес-реліз, постер, відеозапис, мультимедійна презентація, веб-сторінка і т. ін. Веб-квести, які орієнтовані на самопізнання, мають на меті краще пізнання самих себе, яке може розвиватися через дослідження он-лайн і офф-лайн. Аналітичний веб-квест досліджує взаємозв'язок речей реального світу в межах заданої теми. Такі завдання дають підґрунтя для одержання студентами знань в умовах, за яких вони мають уважно вивчати речі, знаходити спільне і різне, а також знаходити скриті або схожі явища, розуміти зв'язок причин і наслідків, обговорюючи їх значення. Наукові веб-квести слугують для знайомства та залучення студентів до наукових досліджень у різних галузях знань. Інтернет містить історичну та нову інформацію, яка може бути корисною в будь-якій галузі науки. Оцінні веб-квести представляють студентам низку предметів із запрошенням до їх оцінки або класифікації, вибору рішення з обмеженого списку або оцінки результатів проведених досліджень.[4]

Пропонуємо орієнтовний медичний веб-квест на тему: «Подорож у світ медсестринства».

Метою цього заходу є актуалізація та розширення знань про професію медичної сестри. Показати впровадження сучасних технологій у практичну роботу медичних сестер. Стимулювати прагнення до творчого пошуку, створити мотивацію до розвитку конкурентоспроможності працівників медицини і мотивацію до вибору місця роботи.

Для досягнення поставленої мети сформовані такі завдання:

1. Охарактеризувати роботу медичної сестри;
2. Розкрити позитивні сторони цієї професії;
3. Вивчити впровадження нових технологій у роботу і навчання медичних сестер;
4. Проаналізувати вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки медичних сестер.

Матеріали та обладнання: комп'ютер, мультимедійна презентація, картки, завдання відео.

Вступ: налаштування на роботу, представлення ведучих, станцій веб-квесту на інтерактивній дошці. Подання відео про мотивацію до навчання, мотивуючі фрази про медицину та медичних сестер.

Перша станція веб-квесту «Інформаційна» включає пошук інформації про медсестринство, історія виникнення цієї професії, інновації у роботі та навчанні медичних сестер.

Друга станція «Правдива». Назва станції пов'язана з типом завдань правда чи не правда на платформі Kahoot. Подаються онлайн-тести на медичну тематику з обмеженим часом.

Станція «Медичні сервери». Запитання різного типу складності з використанням зображень. На даній станції учасники здійснюють пошук потрібної інформації по темі веб-квесту і складають ситуаційні завдання в Google Presentation.

Станція «Останній ривок». Використовують платформу Padlet за допомогою якої студенти спілкуються між собою, обговорюють питання і проблеми, які виникли під час проходження веб-квесту та шляхи їх вирішення.

Результатами проходження веб-квесту можуть бути такі продукти: мультимедійна презентація, веб-сайт, аналіз даних соціологічного опитування, навчальний посібник, відеофільм, довідник.

Урізноманітнення освітнього процесу у вищих навчальних закладах є засобом зростання їх позитивної мотивації до навчання, активізації пізнавальної діяльності студентів, розвитку креативності, комунікативних та інформаційно-пошукових компетентностей. Інтерактивна методика веб-квестів навчає знаходити необхідну інформацію, здійснювати її аналіз, систематизацію і розв'язувати поставлені завдання. Її використання є нескладним, не потребує завантаження додаткових програм або одержання специфічних технічних знань та навичок – необхідним є лише комп'ютер із доступом до Інтернету. Використання технологій веб-квест сприяє підвищенню мотивації навчання, формуванню інформаційно-комунікативної компетентності, підвищенню особистісної самооцінки, розвитку особистісних якостей, формуванню навичок роботи в команді, формуванню навичок публічних виступів і таким чином підвищує якість освіти. Перспективами подальшої роботи у даному напрямку є визначення

основних напрямів впровадження веб-квестів у підготовці майбутніх медичних сестер в ЗВО.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гуревич Р. С. Веб-квест у навчанні: путівник : навчально-методичний посібник / Р. С. Гуревич, М. Ю. Кадемія, О. В. Шестопалюк. – Вінниця : РВВ ВДПУ імені Михайла Коцюбинського, 2012. – 128 с.

2. Шаматонова Г. Л. Веб-квест как интерактивная методика обучения будущих специалистов по социальной работе / Г. Л. Шаматонова // «СОЦИОпростір: Междисциплинарный сборник научных работ по социологии и социальной работе». – 2010. – №1. – С. 234–236.

3. Шмідт В. В. Технологія веб-квеста при навчанні англійської мови студентів немовних спеціальностей [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://winner.se-ua.net/page26/1/10/>. – Назва з екрану

4. March T. Criteria for Assessing Best WebQuests [Електронний ресурс] / T. March. // Режим доступу: <http://www.bestwebquests.com/bwq/matrix.asp>

БЄЛИЙ М.Б., магістр

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А. Крупинського»

Науковий керівник:

ЛІЩУК Р.М., канд. мед. наук

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А. Крупинського»

ДОСЛІДЖЕННЯ ГОТОВНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДО РОБОТИ В УМОВАХ РИЗИКІВ (НА ПРИКЛАДІ COVID-19)

Страх, відчай, нерозуміння – з такими емоціями боролися українські медики, які торік вперше стикнулися з коронавірусом. Команда StateWatch проаналізувала стан підготовки закладів охорони здоров'я до прийому та лікування пацієнтів на COVID-19. Було отримано інформацію із 15 областей України.

До переліку необхідного забезпечення було включено такі основні позиції, як апарати ШВЛ, ізоляційні халати, костюми біозахисту, фартухи медичні, маски хірургічні, респіратори FFP2, респіратори FFP3, щитки захисні, бахіли. Команда State Watch зазначила у своєму звіті, що станом на березень 2020 року більшість закладів охорони здоров'я Херсонської, Запорізької областей були повністю забезпечені апаратами штучної вентиляції легень та хірургічними масками, проте ситуація з наявністю засобів індивідуального захисту медичних працівників була вкрай невтішна. У працівників медичних закладів, куди шпиталізували пацієнтів Сумської та Харківської областей, а також у лікарнях Хмельницької та Тернопільської областей спостерігався гострий дефіцит костюмів біозахисту, ізоляційних халатів, респіраторів різних марок та іншого [2].

Як зазначається у даних, опрацьованих командою State Watch, трохи краще підготовлені до лікування COVID-19 були на Рівненщині. Якщо медзаклади більше ніж на 100% мали у наявності апарати штучної вентиляції легень, медичні фартухи та хірургічні маски, то медичним сестрам та братам для захисту критично не вистачає ізоляційних халатів, костюмів біозахисту, нітрилових рукавиць, бахіл, респіраторів та захисних щитків. Подібна ситуація спостерігалася і у закладах охорони здоров'я Львівської області, де медичні працівники абсолютно не були спорядженні засобами індивідуального захисту, а саме: ізоляційними халатами, костюмами біозахисту, нітриловими рукавицями, медичними фартухами, респіраторами, хірургічними масками.

У працівників медичних закладів, куди шпиталізували пацієнтів з Черкаської області, не вистачало апаратів штучної вентиляції легень та засобів індивідуального захисту медичних працівників. Працівники лікарень Одеської області взагалі не були готові лікувати ковідних пацієнтів, тому що чиновники їх не забезпечили засобами індивідуального захисту. На час карантину опорні медзаклади Буковини були забезпечили лише 2,21% ізоляційними халатами та 3,92% костюмами біозахисту. На Франківщині в 11 лікарнях, призначених для шпиталізації пацієнтів з COVID-19, рівень забезпечення апаратами штучної вентиляції легень та засобами індивідуального захисту медпрацівників не дотягує до третини від необхідного мінімуму на 1 місяць [2].

Ситуація із протоколом лікування COVID-19 та визначений перелік препаратів для його лікування абсолютно не відповідав реаліям. Варто зауважити, що протокол це не константа, а рекомендації до того, як потрібно «вести» пацієнта з ковідом. Варто пам'ятати, що кожна пацієнт є унікальний, має свої фізіологічні особливості, дещо по різному реагує на ті чи інші препарати. Тут потрібно розуміти, що загальний, базовий план лікування, яким проліковано тисячі осіб, може не спрацювати на сотнях, тому потрібно завжди бути готовим до того, що доведеться шукати варіанти серед ліків, яких немає в протоколі. От тільки проблема в тому, що відповідні препарати не компенсують коштом держави – їх доводиться самим пацієнтам купувати в приватних аптеках. Тому, перелік препаратів, які лікарні можуть замовляти для лікування коронавірусу, повинен бути розширеним. Закладам охорони здоров'я потрібно більше можливостей для швидкого реагування на наявні проблеми з медикаментами. Саме практикуючі медики, а не чиновники у кабінетах, повинні вирішувати, що саме купувати.

Центр громадського здоров'я МОЗ України дослідив, що у процесі підготовки та реагування на пандемію важливо правильно зорієнтувати керівників цих закладів і персонал, щоб мінімізувати ризики зараження та правильно організувати роботу: розподілити потоки пацієнтів, здійснювати пасивний та активний скринінги, виділяти зони, проводити навчання та підготовку працівників[1]. Такі заходи є ефективними, тому що знизять ризики інфікування працівників та перехресного інфікування серед пацієнтів. Оскільки на початку пандемії лікарні були обмежені у засобах індивідуального захисту, то такі дії дозволять раціоналізувати використання цих засобів.

Підготовка стаціонарних закладів охорони здоров'я до прийняття планових пацієнтів є невідкладною проблемою, яка вимагає уваги і негайного вирішення. Для цього фахівці ЦГЗ розробили чек-листи, які допоможуть підготувати медзаклади та заклади соцзахисту до надання допомоги пацієнтам з COVID-19, а також налагодити роботу за умов змішаного прийому. Ці чек-листи, розроблені на основі положень чинних нормативно-правових актів, актуальні і для закладів, які тільки готуються надавати медичну допомогу пацієнтам з COVID-19, і для тих, що вже лікують таких хворих. У чек-листах міститься чіткий перелік заходів для здійснення ефективного інфекційного контролю та роз'яснення

вимог, зокрема: як правильно організувати сортування пацієнтів у медзакладі, щоб захистити їх від коронавірусу та інших захворювань; які вимоги до шлюзу та його розміщення; які вимоги до очищення та дезінфекції поверхонь і до знезараження медичних відходів; як організувати роботу пральні; який скринінг застосувати першочергово – пасивний чи активний; який потрібен запас засобів індивідуального захисту, дезінфектантів і засобів для гігієни рук; як організувати режим роботи й відпочинку медичних працівників[1].

Отже, медичні заклади повинні бути готові до роботи у кризових ситуацій. А медичні сестри та брати повинні бути захищеними. Тому і держава, і благодійники мають чітко розуміти, що і в яких закладах не вистачає. Держава повинна відкрити інформацію про регіональні потреби, щоб благодійники та волонтери чітко розуміли, де дефіцит.

ЛІТЕРАТУРА

1. Центр громадського здоров'я МОЗ України. <https://phc.org.ua/news/cgz-rozrobiv-chek-listi-dlya-pidgotovki-medzakladiv-ta-zakladiv-soczakhistu-do-priyomu>
2. Результати моніторингу про готовність лікарень України до шпиталізації хворих на COVID-19 <https://statewatch.org.ua/publications/rezul-taty-monitorynhu-pro-hotovnist-likaren-ukrainy-do-shpytalizatsii-khvorykh-na-covid-19/>

НЕДІЛЬКО Р.В. кан. держ. упр (док. філософії),
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського»
БІЛОБРИВКА В.Ю. викладач кафедри внутрішньої медицини
та управління охороною здоров'я,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського»

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ МЕДСЕСТРИНСТВА В ПЕРІОД ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Сьогоднішні реалії, які відбуваються не тільки в Україні ай у світі, вимагають швидкого реагування та трансформації в системі освіти України, особливо у підготовці фахівців галузі знань 22 Охорона здоров'я,

оскільки підготовка здобувачів вищої освіти освітньої-професійних програм «Сестринська справа», «Медсестринство», «Лабораторна діагностика», «Фармація», «Стоматологія» передбачають окрім «сухої» теорії практичну підготовку майбутніх фахівців за спеціальностями сестра/брат медичні, акушерка справа, стоматологія ортопедична чи технології медичної діагностики та лікування.

Пандемія COVID-19 стала для системи охорони здоров'я в Україні випробовуванням на міцність. А питання підготовки висококваліфікованих спеціалістів середньої ланки в медичній галузі день у день набуває дедалі більшої актуальності. Додаткова потреба у медичних сестрах та фельдшерах формує попит на їхню підготовку [1].

Як відомо, з 12 березня 2020 року в Україні запровадили карантин для всіх закладів освіти. Відповідне рішення Уряд ухвалив 11 березня 2020 року. Цей період, в освітньому просторі, став серйозним викликом не тільки для освітян, ай для здобувачів вищої освіти. Складний епідеміологічний процес, змусив усіх без винятку опановувати нові підходи до реалізації освітнього процесу – дистанційну форму навчання.

Дистанційне навчання – це новий виклик для системи медичної освіти. Воно вимагає нових знань та умінь, швидкого реагування, обрання дієвих онлайн-інструментів для проведення занять, при чому як від викладачів, так і від студентів. В умовах пандемії вищезазначене змінює класичні принципи організації освітнього процесу на концептуально нову стратегію освіти. Така стратегія передбачає використання нових інструментів для навчання, як, наприклад, віртуальні тренажери, які здатні моделювати максимально наближено до реальності ті чи інші процеси, що є предметом вивчення та сприяють досягненню програмних результатів навчання. [2].

Проведена аналітична розвідка наукових джерел, щодо забезпечення освітнього процесу у закладах вищої освіти медсестринського та медичного спрямування Європейських країн, дає розуміння того, що для багатьох сусідніх країн дистанційне навчання вже давно займає окремий щабель та має неабияку популярність, про те більшість українських закладів вищої освіти не мають такого досвіду, тому для українських освітян цей процес є складним періодом адаптації та впровадження інноваційно-технологічних методик викладання, особливо це стосується

забезпечення практичної частини освітньою-професійних програм «Сестринська справа», «Медсестринство», «Лабораторна діагностика».

До прикладу, у Республіці Польща, студенти дистанційно продовжують опановувати загальні дисципліни, практичні ж заняття в медичних закладах відтерміновано до завершення карантину або перенесено на наступний навчальний рік. 2 квітня 2020 року набуває чинності поправка до Положення про стандарти освіти, яка стосується медичних спеціальностей. Студентам, які здобувають професію лікаря, стоматолога, фармацевта, медсестри, акушерки, лабораторного діагноста, фізіотерапевта або фельдшера та які допомагали медичним установам або санітарним службам у заходах, спрямованих на боротьбу з вірусом, буде зараховано успішне проходження практики. Так, Люблінський медичний університет (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), постійний партнер Центру українсько-європейського наукового співробітництва, навчає охочих студентів методам збору біологічних матеріалів для діагностики корона вірусної інфекції. До занять долучилися понад 40 студентів останнього курсу, щоб бути готовими допомогти медичним службам у разі поширення епідемії [3]. У інших сусідніх країнах Європи, практично так само вирішення питання проходження різних видів практик для здобувачів вищої освіти медичного чи медсестринського спрямування. У Європейських вишах широко застосовується практика зарахування виробничої чи переддипломної практик, коли здобувачі вищої освіти працювали у ковідних відділеннях ЗОЗ на волонтерських засадах.

У Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського практична підготовка здобувачів вищої освіти освітньо-професійних програм «Сестринська справа», «Медсестринство», «Лабораторна діагностика», «Фармація», «Стоматологія» передбачає опанування переліку навичок, які охоплюють роботу медичного персоналу середньої ланки увсіх закладах охорони здоров'я, у різних ситуаціях надання медичної допомоги (екстрена, удома, у відділенні, в операційній, тощо) та має різні види, а саме: проведення практичних занять, виробничої та переддипломної практик, які передбачають набуття та удосконалення фахових компетентностей. Проте реалії сьогодення істотно обмежують можливості здобувачів вищої освіти плідно працювати у стаціонарах під час навчальної, виробничої чи переддипломної практик. Тому методичні

керівники практик та науково-педагогічний колектив нашого ЗВО прикладає максимум зусиль, творчого підходу до впровадження дистанційних форм навчання. У Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського створено онлайн платформу Moodle на якій здобувачі вищої освіти мають можливість ознайомитись з теоретичним матеріалом дисциплін, розв'язувати ситуативні клінічні задачі, проходити тестування. Для більшого зацікавлення здобувачів вищої освіти, на даній онлайн платформі з клінічних дисциплін, запроваджено рубрики – цікавинки медицини, де здобувачі вищої освіти мають змогу переглянути відеоматеріали для більш поглибленого опанування тієї чи іншої клінічної дисципліни. Такі рубрики, також забезпечують набуття студентами м'яких навичок, так званих Softskills, оскільки тематика відеоматеріалу є дуже різноманітною. Запровадження, вище вказаної рубрики на онлайн платформі Moodle, широко застосовується кафедрою внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я при викладанні клінічних дисциплін. В період дистанційного навчання широко використовуються і інші інноваційні технології, онлайн платформи для забезпеченні безперервного освітнього процесу, зокрема: Zoom, Google Meet, Google Classroom.

Науково-педагогічний колектив Академії постійно шукає нові інноваційно-технологічні платформи для забезпечення формування фахових компетентностей у здобувачів вищої освіти, оскільки «суха» теорія обов'язково має підкріплюватись опануванням та відпрацюванням практичними навичками. Одним з найголовніших пріоритетних питань сьогодення в медсестринській освіті є – як допомогти здобувачам вищої освіти на відстані здобути ґрунтовні знання та практичні навички, які формують фахові компетентності, адже від цього залежить і якість практичної підготовки випускників нашої Академії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Газета Кабінету Міністрів України, Урядовий кур'єр, 07.04.21 року. URL:<https://ukurier.gov.ua/uk/articles/teoriya-bez-praktiki-bezplidna/>.
2. Наука та метрика. URL: <https://nim.media/articles/vikoristannya-osvitno-naukovogo-instrumentariyu-v-umovakh-karantinu-u-kiyivskomu-medichnomu-universitet>.

3. Центр українсько-європейського наукового співробітництва.
URL: <https://cuesc.org.ua/novini/zhorstkij-karantin-v-krayinah-yes-yak-organizuvali-distantnijne-navchannya-krayini-susidi/>.

ГВОЗДЕЦЬКА Г.С.,

завідувач сестринським відділенням,

викладач-методист

ГЛОВ'ЯК В.Г.,

завідувач фельдшерським відділенням,

БУЛЬБУК О.І., к.мед.н., доцент

директор фахового медичного коледжу

Івано-Франківський національний медичний університет

ПІДГОТОВКА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОГО ФАХІВЦЯ ШЛЯХОМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ

Починаючи з 2014 р., перед студентами, науково-педагогічними та педагогічними працівниками України відкрилися нові можливості: Європейська комісія затвердила довгострокову програму ЕРАЗМУС+. Міжнародна співпраця є важливою складовою покращення навчального процесу та підготовки конкурентноспроможного фахівця.

Міжнародне співробітництво є невід'ємною складовою діяльності Івано – Франківського національного університету в цілому та його структурних підрозділів зокрема. Наш ВУЗ підтримує тісні міжнародні зв'язки, здійснює обмін інформацією з більш як 54 навчальними закладами різних країн (Польща, Угорщина, Латвія, Литва, Естонія, Грузія та ін.).

Це надає можливість проходити стажування викладачам, виступати з доповідями на міжнародних форумах за кордоном, можливість навчання.

Еразмус+ є одним із найбільших міжнародних проектів і програм, метою якого є поліпшення засвоєння практичних знань, професійних навичок та умінь, розширення можливостей працевлаштування, надає більше можливостей для професійної освіти та інноваційних способів обміну знаннями.

У рамках програми ERASMUS+ та співпраці між ІФНМУ та Вищою професійною медичною школою в місті Ополе (Польща) наш навчальний

заклад став першим в Україні серед медичних коледжів, який відправляє своїх студентів на навчання за кордон за програмою ERASMUS+.

У межах концепції активізації міжнародного співробітництва та підвищення мобільності серед студентів, двічі студенти спеціальності «Медсестринство» стали учасниками Erasmus+, що дало можливість безкоштовно навчатися впродовж 6 місяців в Вищій державній професійній медичній школі в місті Ополе (Польща).

Таке навчання є дуже корисним для студентів, це чудова можливість отримати знання і навички за найновішими європейськими стандартами, побувати за кордоном, побачити цікаві місця, отримати безліч нових вражень. Студенти знайомляться і освоюють нові методики навчання (електронний розклад, восьмигодинна начитка лекцій, самостійне опрацювання матеріалу та підготовка до іспитів, практика у лікувальних закладах міста).

Це не єдиний напрямок співпраці між Івано-Франківським національним медичним університетом та Вищою медичною школою Ополе.

Три роки поспіль щовесни в ІФНМУ відбувається Українсько-польська академія з медсестринства та реабілітології, в якій беруть участь студенти та викладачі фахового медичного коледжу ІФНМУ і Вищої медичної школи Ополе. Дана академія має дві секції: наука студентів та обмін педагогічним досвідом.

Отже, міжнародна співпраця є важливою складовою покращення освітнього процесу, мобільності науково-педагогічної та студентської спільноти ІФНМУ, якісної модернізації освітнього процесу у співпраці між закладами освіти ЄС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Реформування системи підготовки медичних сестер в Україні // Медсестринство. – 2014. – №1. – С. 20–24.

2. Ковальчук Л.Я. Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті // Медсестринство. – 2011. – №1. – С. 13–16.

3. RCSA / "Consensus statement of the Researchers in Clinical Skills Assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills" // Academic Medicine. - 2015. – № 4. – С. 475–477

ГОЛОВЧАК М.І., магістр
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
ДУБ Н.Є., канд. наук держ. упр.
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
БЕРЕЗОВСЬКА І.Б., к. техн. н., доцент
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ДИДЖИТАЛІЗАЦІЯ ЯК ТРЕНД СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ ЯКОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Онлайн-навчання – це не наше
«велике завтра», це наше «велике
сьогодні».*

Донна Дж. Абернаті

Постановка проблеми. Несподівана пандемія COVID-19 внесла свої корективи в звичну для нас організацію освітнього процесу. Поширення підступної хвороби спонукало заклади освіти в авральному режимі налаштовувати освітній процес з очної (стаціонарної) форми у дистанційну (віддалену). Варто зазначити, така форма не нова для України, так як дистанційне навчання активно впроваджується ще з 2002 року. У багатьох закладах вищої освіти (далі – ЗВО) України використовується програмна платформа MOODLE (система управління дистанційним навчанням), за допомогою якої здійснюється дистанційне навчання [1].

З наказу Міністерства освіти і науки України (МОН) від 25.04.13 р. № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання»,

впливає визначення дистанційного навчання, як «індивідуалізованого процесу набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності студента закладу освіти, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників освітнього процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій» [2]. А під змішаним навчанням розуміється цілеспрямований процес формування загальних та спеціальних (фахових) компетентностей здобувачів фахової передвищої та вищої освіти за відповідною освітньо-професійною програмою (ОПП) в умовах інтеграції аудиторної та позааудиторної навчальної діяльності суб'єктів освітнього процесу на основі взаємного доповнення технологій традиційного та електронного навчання, що передбачає елемент самоконтролю здобувачами фахової передвищої та вищої освіти, часу, місця, маршруту і темпу під час автономного та онлайн навчання. Змішане навчання ґрунтується на використанні технологій дистанційного навчання для забезпечення освітньої діяльності з використанням таких найпопулярніших сервісів та платформ: Moodle, Zoom, Google Meet, Google Classroom, Classtime, Microsoft Teams, BigBlueButton. Основною складовою інформаційного забезпечення змішаного навчання є електронний навчальний курс (ЕНК), розроблений кожним викладачем [4].

В Україні гостро постали проблеми, пов'язані з забезпеченням і підвищенням якості дистанційної освіти. Адже, карантинні обмеження блокують повернення здобувачів до очної форми навчання, а активна конкуренція, дія ринкових механізмів на ринку освітніх послуг вимагає від закладів посилення відповідальності як за власну діяльність, так і за випускників [3]. У цьому контексті оцінка сучасного розвитку якості системи дистанційного навчання є одним з актуальних питань сьогодення.

Мета статті – оцінити якість дистанційної освіти в медсестринських освітніх закладах в умовах пандемії COVID-19.

Матеріали та методи. Для унаочнення проблеми ми провели власне соціологічне дослідження користуючись Google-формами, розповсюдженими через соціальну мережу Facebook. Було опитано 388 осіб: педагогічних працівників (ПП) та науково-педагогічних працівників

(НПП) (159), здобувачів освіти (229). Анкетування включало 24 запитання для ПП і НПП та 17 – для здобувачів фахової передвищої та вищої освіти.

Результати та їх обговорення. Аналіз результатів опитування показав, що серед респондентів з числа ПП і НПП переважали особи віком від 36 до 50 років – 59,5%; до 35 років – 18,4%; 51-59 – 15,8%; понад 60 років – 6,3%.

На запитання «Який освітній ступінь Ви здобуваєте?» 34,9% здобувачів освіти сказали, що здобувають освітній ступінь бакалавра; 17,5% відповіли «магістр»; 17% - «молодший спеціаліст»; 13,9% дали відповідь «фаховий молодший бакалавр»; 9,2 і 7,9% - молодший бакалавр і доктор філософії. Для ПП і НПП наступне запитання звучало так: «Ваш педагогічний стаж?», на яке ми отримали відповіді - від 1 до 47 років. Респонденти-здобувачі переважно навчаються на 1 курсі (38%), 2 курсі (31%), 4 курсі (17,9%), 3 курсі (13,1%). На запитання «Зі студентами якого освітнього ступеня Ви працюєте? (можливі декілька варіантів)» ПП та НПП відповідали так, як зображено на Рис.1.

159 відповідей

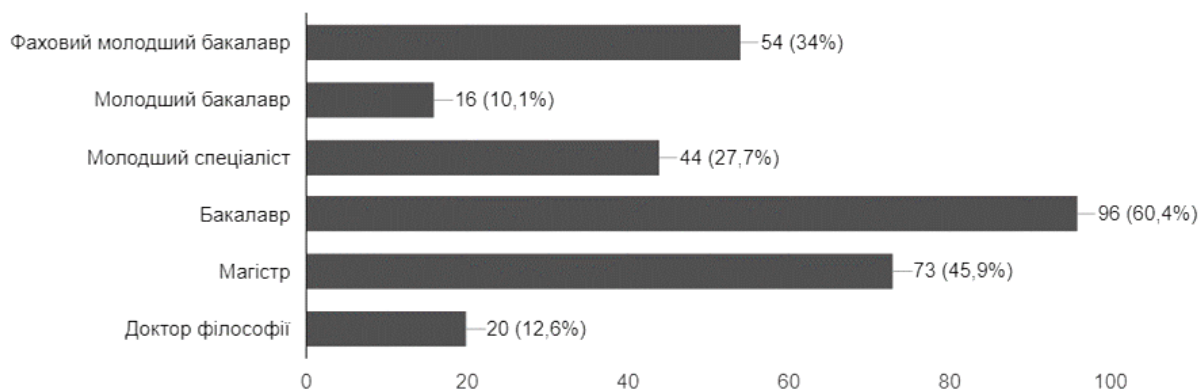


Рис.1. Відповіді ПП та НПП на запитання «Зі студентами якого освітнього ступеня Ви працюєте? (можливі декілька варіантів)»

Серед респондентів з числа ПП і НПП: 48,1% мають науковий ступінь кандидата наук; 44,3% – наукового ступеня не мають, 7,6% відповіли «доктор наук».

На запитання «Як Ви ставитеся до використання системи дистанційного навчання під час карантину?» ми отримали наступні відповіді від ПП і НПП: 61,4% сказали «позитивно»; 17,7% – «дуже позитивно»; 16,5% відповіли «негативно»; 3,8% стверджують, що їм байдуже; 0,6% дали відповідь «різко негативно». 44,1% студентів сказали «позитивно»; 24,5% обрали варіант

«дуже позитивно»; 21,8% – «негативно»; 4,8% і 4,8% відповідно повідомили, що різко негативно і їм байдуже.

На запитання «За якою формою працює Ваш заклад освіти зараз?» ми отримали такі відповіді: 69% ПП і НПП відповіли, що ЗВО та ЗФПО, у яких вони провадять педагогічну та науково-педагогічну діяльність працюють за дистанційною формою, а 24,7% – за змішаною формою, лише 6,3% закладів освіти працюють стаціонарно. Студенти ж на це запитання дали відповідь: 83,4% - дистанційна форма; 10, 9% обрали варіант «змішана»; 5,7% відповіли - «стаціонарна».

Відповіді на запитання «Як ви оціните якість дистанційного навчання у Вашому освітньому закладі у I семестрі 2020–2021 навчального року? (0 – зовсім незадоволений(а), 5 – дуже задоволений(а))» показано на Рис. 2. та Рис. 3.

159 відповідей

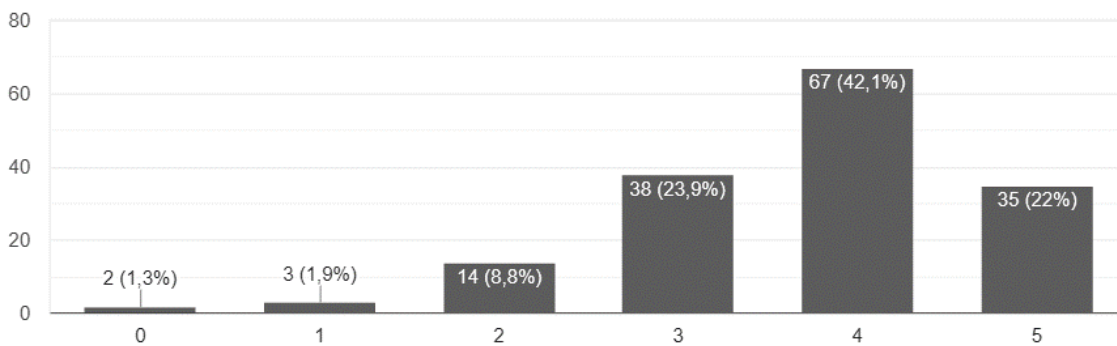


Рис.2. Відповіді ПП і НПП на запитання «Як ви оціните якість дистанційного навчання у Вашому навчальному закладі у I семестрі 2020–2021 навчального року?»

229 відповідей

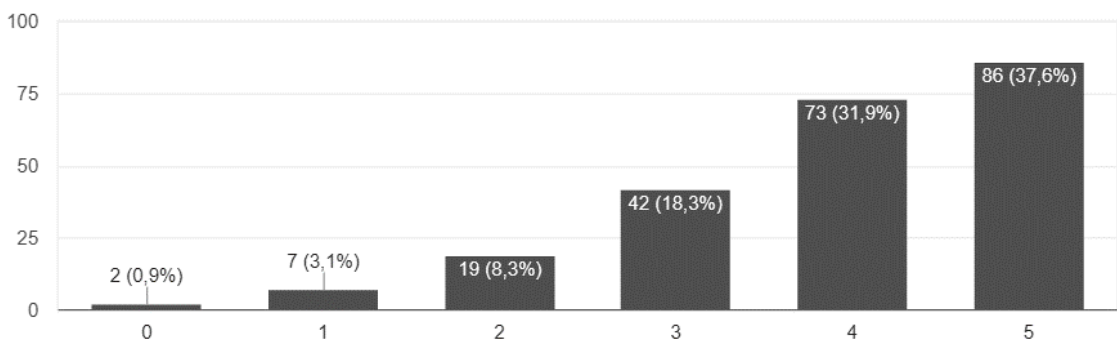


Рис.3. Відповіді здобувачів фахової передвищої та вищої освіти на запитання «Як ви оціните якість дистанційного навчання у Вашому навчальному закладі у I семестрі 2020-2021 навчального року?»

Зауважимо, що запитання «З якими труднощами Ви зіштовхнулися під час організації освітнього процесу у період з березня по червень 2020 року (весна 2020)?» передбачало власну коротку відповідь респондентів-викладачів. Цитуємо деякі відповіді: «Жодної організації дистанційного навчання з боку керівництва. Добре, що попередньо сама опанувала викладання онлайн та вже мала 5-річний досвід»; «Брак єдиної платформи, затвердженої університетом для організації дистанційного навчання»; «Опанування нового формату роботи, відсутність навичок викладання у дистанційному форматі, відсутність чітких правил роботи»; «На початковому етапі психологічний блок, потім стало зрозуміло, яким чином організувати навчальний процес»; «Спочатку потрібно було швидко адаптувати курс під дистанційну форму навчання. Не зрозуміло було, на якій онлайн платформі працювати, потрібно було налагодити зв'язок зі студентами, пояснити їм, яким чином працювати на курсі, допомагати з вирішенням технічних проблем»; «Цифрові технології недостатньо освоїли пенсіонери»; «Технічна обмеженість. Цифрова безграмотність».

На Рис. 4 та Рис. 5 подано відповіді респондентів на запитання «Оцініть якість дистанційного освітнього процесу в Вашому навчальному закладі у II семестрі 2020–2021 навчального року? (0 – Зовсім незадоволений(а), 5 – Дуже задоволений(а))».

159 відповідей

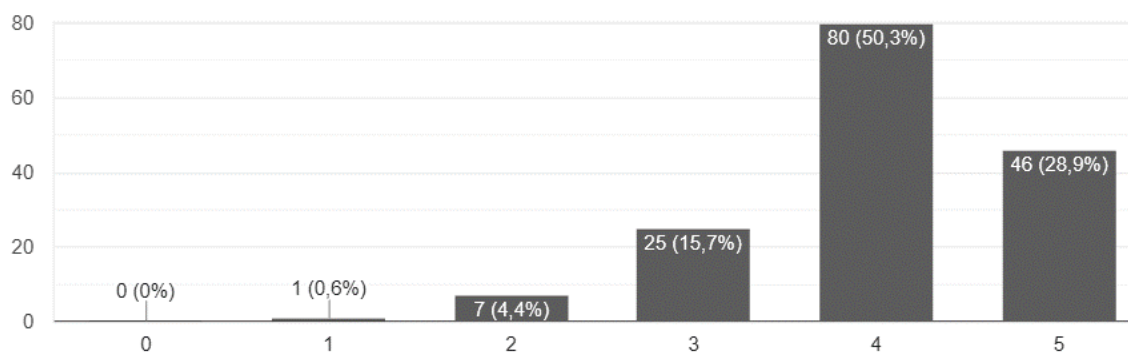


Рис. 4. Відповіді ПП та НПП на запитання «Оцініть якість дистанційного освітнього процесу в Вашому навчальному закладі у II семестрі 2020–2021 навчального року?»

Оцініть якість дистанційного освітнього процесу у Вашому навчальному закладі в II семестрі 2020-2021 навчального року?

229 відповідей

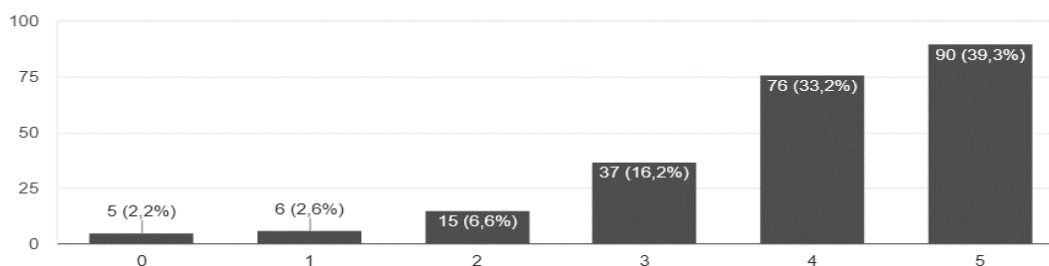


Рис.5. Відповіді здобувачів фахової передвищої та вищої освіти на запитання «Оцініть якість дистанційного освітнього процесу в Вашому навчальному закладі у II семестрі 2020–2021 навчального року?»

Наведемо кілька коментарів респондентів-педагогів на запитання «Які труднощі залишилися у Вас під час реалізації дистанційного освітнього процесу у порівнянні з II семестром 2019–2020 н. р. (весна 2020)?»: «Брак часу для якісного виконання роботи (багато задумів, на виконання яких бракує часу)»; «Все те ж психологічне навантаження, але все ж адаптація відбулася»; «Не всі програмні рішення відомі. Відсутність практичних навичок роботи з окремими програмними продуктами. Не весь функціонал використовується»; «Викладачі адаптувались, проте не всі проводять заняття з використанням відеозв'язку у повному обсязі»; «Студенти не своєчасно виконують завдання, не виходять на конференції он-лайн, або не відкривають відео (тільки аватарки)»; «Студенти несерйозно поставилися до дистанційного навчання, почали зловживати академічною доброчесністю під час виконання завдань, невчасно здавали завдання, хоча був оголошений дедлайн (посилаючись на псевдопроблеми з інтернетом та технікою)».

На запитання «Вкажіть, які технології дистанційного навчання Ви використовуєте: (можливі декілька варіантів)» 91,2% ПП і НПП віддають перевагу використанню освітніх платформ та сервісів (MOODLE, Microsoft Teams, Google Classroom, ZOOM та ін.); 88,7% – онлайн-заняттям; 31,4% – тестовим завданням, які надсилаються через соціальні мережі, Viber, електронну пошту та ін.; 25,8% – онлайн тестуванням з додатковим відеоконтролем»; 22% – відео-заняттям, записаним викладачем; 16,4% – використовують телефонний дзвінок. Варто відзначити, що варіант «Я не використовую технології дистанційного навчання» не обрав жоден респондент-викладач.

Наведемо коментарі педагогів до даного запитання: «Є власнорозроблена платформа. Розроблено її було саме як файлообмінник ще до початку карантину. Але вона стала в нагоді особливо у березні 2020. Зараз використовуємо, як єдиний простір збереження матеріалів до кожного заняття у період карантину»; «Відеопроєкти, які готують студенти»; «Ряд платформ для створення інтерактивних вправ: wordwall, learning.apps та ін.».

На запитання «Вкажіть, які технології дистанційного навчання використовують викладачі у Вашому закладі освіти: (можливі декілька варіантів)» студенти відповідали так: 93,4% вказали «завдання з використанням освітніх платформ та сервісів (MOODLE, Microsoft Teams, Google Classroom, ZOOM та ін.)»; 76% дали відповідь «онлайн-заняття»; 54,6% сказали «тестові завдання, які надсилаються через соціальні мережі, Viber, електронну пошту та ін.»; 20,5% обрали варіант «онлайн тестування з додатковим відеоконтролем»; 17% «відео-заняття, записані викладачем», а 4,4% – «телефонний дзвінок». Коментарі студентів щодо цього запитання були такі: «Дехто задає тільки конспект але нічого не перевіряє»; «Письмові роботи»; «Занять не проводять зовсім».

На Рис.6 та Рис.7 подаємо відповіді на запитання «Які з інструментів дистанційних технологій на Ваш погляд найкраще допомагають студентам досягати результатів навчання? (можливі декілька варіантів)».

159 відповідей

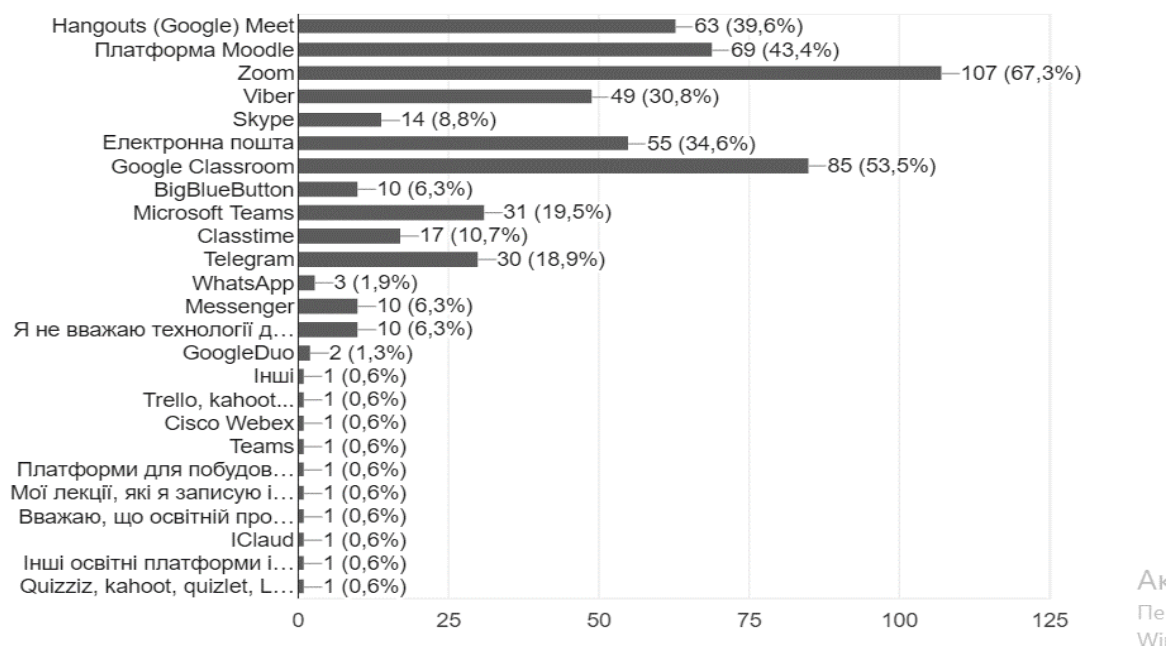


Рис. 6. Відповіді ПП і НПП на запитання «Які з інструментів дистанційних технологій, на Ваш погляд, найкраще допомагають студентам досягати результатів навчання? (можливі декілька варіантів)»

Які з інструментів дистанційних технологій на Ваш погляд найзручніші для забезпечення комунікації з викладачем? (можливі декілька варіантів)

229 відповідей

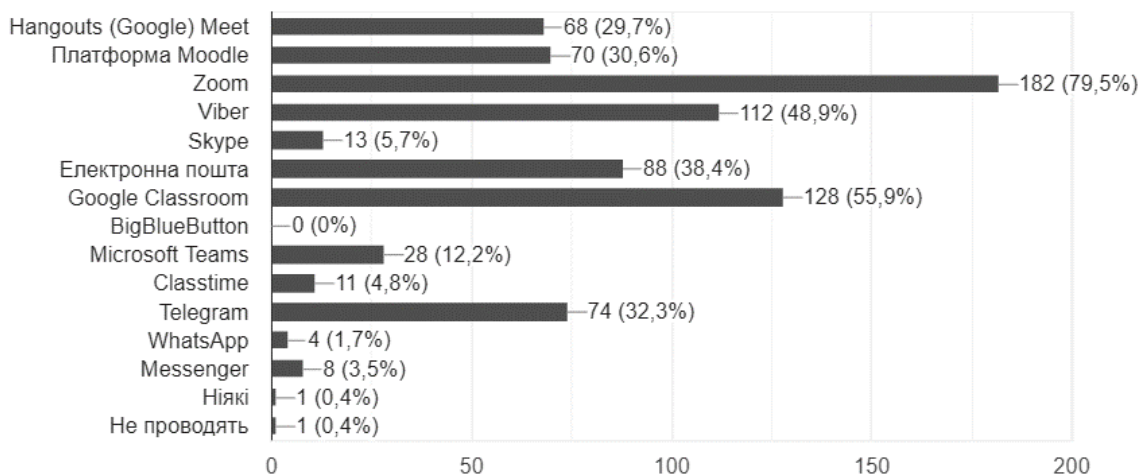


Рис.7. Відповіді здобувачів фахової передвищої та вищої освіти на запитання «Які з інструментів дистанційних технологій, на Ваш погляд, найкраще допомагають студентам досягати результатів навчання? (можливі декілька варіантів)»

На запитання «На Вашу думку, яка ефективність онлайн-навчання?» 51,6% викладачів вважають, що ефективність онлайн-навчання середня; 19,5% – сказали «нижче середнього»; 14,5% – «вище середнього»; 7,5% зазначили, що ефективність онлайн-навчання низька, а 6,9% – висока. У свою чергу 35,4% здобувачів освіти відповіли – «середня»; 29,7% – «вище середнього»; 13,5% – сказали «висока»; 11,4% – обрали варіант «нижче середнього»; 10% – стверджують, що ефективність онлайн-навчання низька.

49,7% педагогів вважають, що після завершення карантину доцільно частково продовжити активне використання технологій дистанційного навчання, а 42,8% сказали, що освітній процес варто організувати у дистанційному форматі; 7,5% виступають проти активного використання технологій дистанційного навчання після завершення карантину. 46,3% студентів стверджують, що варто продовжити активне використання технологій дистанційного навчання після завершення карантину у повному обсязі; 36,7% – частково; 17% протестують проти активного впровадження технологій дистанційного навчання після карантину.

Варто відзначити, що у нашій анкеті було запитання «Якими гарними практиками організації освітнього процесу під час дистанційного навчання у Вашому закладі освіти Ви б могли поділитися з колегами?». Відповідаючи на нього, педагогічні та науково-педагогічні працівники мали змогу поділитися власним досвідом з колегами: «Використання корпоративних скриньок, робота на платформі Moodle, електронний розклад та журнал успішності, цілодобова он-лайн підтримка на сайті університету»; «Використання Socrative та Kahoot через мережу Zoom»; «Організація єдиного інформаційного простору кафедри»; «Використання Google Jamboard при проведенні практичних занять»; «З мого досвіду, студенти добре сприймають, якщо крім теоретичного матеріалу є завдання подивитися лекції з курсів відповідної тематики розміщених на онлайн платформах (Prometheus, EdEra тощо); «Робота в кімнатах Zoom, Padlet, інтерактивні вправи на занятті»; «Проходження навчань, відвідування семінарів з метою поглиблення знань, щодо використання освітніх програм: Padlet, Wordwall, Mentimeter»; «Наявність власної платформи дистанційного навчання (на базі MOODLE) загалом, багаторівнева підтримка НПП: навчання педагогічних працівників роботі з платформою, за необхідністю – підтримка під час проведення занять».

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Як бачимо, технології, використані під час дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень варто й надалі активно впроваджувати для змішаного навчання та електронної підтримки очних занять тощо. Для цього потрібно визначити практики та технології, які підтвердили свою ефективність та успішність, і застосовувати їх надалі. Наприклад, технології організації інтерактивних опитувань чудово працюють на очних заняттях, цифрові творчі завдання можуть використовуватись для проєктних підходів, а практика формувального оцінювання має стати звичною, незалежно від форми організації освітнього процесу, що зумовить підвищення якості освіти.

Адміністрація закладів освіти має розробити власні дієві технологічні рішення для забезпечення безперервного освітнього процесу, організувати підвищення кваліфікації для викладачів, запропонувати ознайомчі курси чи окремі заняття для студентів.

Наприклад, курс «Цифрова грамотність». Зазначимо, погана репутація не тільки самого студента, але і закладу освіти є суттєвою перешкодою для академічної мобільності та отримання випускником перспективної роботи після завершення навчання [5]. Вважаємо, упровадження та вдосконалення вищезазначених заходів у подальшій роботі ЗВО та ЗФПО забезпечить високу якість освітнього процесу, зумовить зростання іміджу та рейтингу закладу освіти, а також підвищить конкурентоспроможність випускників на ринку праці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про дистанційне навчання. URL: <http://www.dut.edu.ua/ua/1032-pro-distanciyne-navchannya-organizaciyno-metodichniy-centr-novitnih-tehnologiy-navchannya>
2. Про затвердження Положення про дистанційне навчання: наказ МОН України від 25.04.13 р. № 466. URL: https://osvita.ua/legislation/Dist_osv/2999/
3. Колодій І. Впровадження системи внутрішнього забезпечення якості у закладі вищої освіти. Молодь і ринок №3 (158), 2018, с. 69–74. URL: <http://mir.dsru.edu.ua/article/view/128971/124204>
4. Положення впровадження змішаного навчання у навчальний процес. URL: https://lbt.lviv.ua/wp-content/uploads/2020/10/положення_впровадження_змішаного_навч._у_навч.процес.pdf
5. Методичні рекомендації для закладів вищої освіти з підтримки принципів академічної доброчесності. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishchaosvita/2018/10/25/recomendatsii.pdf>

ЯНКІВ С.В., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»
ЖУБРИД М.Т., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»

ІНСТРУМЕНТИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ВІЗУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ НАВЧАННЯ В СУЧАСНІЙ ОСВІТНІЙ ПАРАДИГМІ

*Формула ефективного дистанційного уроку:
одне провокативне запитання замість сотні визначень.*

Бернард Бул,
Concordia University

У всьому світі сучасні реалії складаються таким чином, що особлива увага приділяється саме дистанційному навчанню. Саме останні роки відзначились стрімким і подекуди вимушеним активним впровадженням дистанційних технологій навчання в освітніх закладах усіх спрямувань на теренах нашої країни. Дистанційні технології навчання як важливий компонент освітнього процесу поставили чимало вимог до усіх його учасників та до технічного забезпечення якісного викладання. Водночас карантин став своєрідним стимулом, який відкрив вікно нових можливостей, виступаючи каталізатором давно назрілих модернізаційних змін у вітчизняній освіті.

Першими, хто зустрілися з новими умовами переформатування освіти, стали викладачі, котрі на вимогу сьогодення зіткнулися з потребами як технічного супроводу дистанційного формату, так і вибудовування нових тактик, стратегій та методичних підходів до онлайн навчання.

На початку лютого 2021 року Міністерство праці Америки оприлюднило вражаючий звіт про втрату роботи, який висвітлює трагічний вплив COVID-19 на американські коледжі та університети. У звіті, який привернув чимало уваги громадськості, робиться висновок, що у секторі вищої освіти коледжі та університети скоротили 650 000 робочих місць, що на 13 відсотків зменшило робочу силу з лютого минулого року. Відповідно до отриманих даних, звільнення становили близько третини загальної втрати

робочих місць у державній освіті в 2020 році: більша частина працівників покидали робоче місце добровільно; смерть, втрата працездатності та вихід на пенсію становило ще третину; і уповільнення найму – останню третину. Варто зазначити, що подібних статистичних досліджень в Україні на даний момент не проводилось. Але, аналізуючи світові джерела, слід зазначити, що викладачі старшого віку гірше адаптуються до різких змін та нових вимог в інформаційно-комп'ютерних технологіях та збільшення психоемоційного навантаження при викладанні в дистанційному форматі.

Цифрові компетентності викладача визначаються з точки зору професійного їх розвитку, враховуючи мотивації педагога та його здатності використовувати ІКТ(інформаційно-комп'ютерні технології) для розвитку і поглиблення знань здобувачів вищої освіти.

ЮНЕСКО в 2008 році опублікувало стандарти ІКТ (інформаційно-комп'ютерної компетентності) вчителів і наголосило на взаємовідношенні між використанням ІКТ, реформою освіти та економічним ростом держави на основі трьох підходів (технологічна грамотність, поглиблення знань, створення знань). ІКТ – це засіб зростання і зміцнення, що має велике значення у справі перебудови та вдосконалення освіти. У 2017 році розроблена європейською спільнотою країн DigComp 2.1 [1], яка на сьогодні є одним з останніх європейських сучасних стратегічних документів. Рамка цифрової компетентності 2.1 базується на документах ЮНЕСКО і включає такі рівні: базовий користувач, незалежний користувач, професійний користувач.

Першою умовою формування цифрової компетентності викладачів визначено цифровізацію освіти і наявність нормативно-правових документів:

- щодо стандартів та вимог до цифрової компетентності викладача (міжнародні, інституційні, національні);
- критеріїв розвитку цифрової компетентності викладача (тести, анкети тощо);
- санітарних норм щодо використання цифрових технологій в освітньому процесі.

Друга умова. Готовність освіти забезпечити формування цифрової компетентності викладачів:

- наявність інституцій (суб'єктів), що надають підвищення кваліфікації з формування цифрової компетентності;
- наукові, навчально-методичні ресурси для формування цифрової компетентності;
- запровадження міжнародних, вітчизняних проектів із питань використання ІКТ;
- ІТ-інфраструктура післядипломної педагогічної освіти України;
- інформаційно-освітнє середовище післядипломної педагогічної освіти;
- створення електронних національних платформ і середовищ для обміну досвідом, накопичення електронних освітніх ресурсів.

Третьою умовою є розвинута ІТ-інфраструктура закладів освіти, в яких працює викладач (апаратне, програмне забезпечення, в тому числі цифрові лабораторії, підключення до швидкісного Інтернету, інформаційно-освітні середовища і т.д).

Четверта умова. Мотивація викладача до професійного розвитку

- мотивація педагога до професійного розвитку, в тому числі цифрової компетентності;
- неперервний професійних розвиток з опанування цифрових технологій та методів їх використання та інформаційна культура учасників освітнього процесу.

Таблиця 1

Виклики онлайн-освіті під час пандемії COVID-19 (N = 200) *

* Вісім відповідей відсутні; ** Позначте всі відповідні

COVID-19: коронавірусна хвороба 2019

Виклики	N(%) **
Спілкування	118 (59.0)
Оцінювання учнів	115 (57.5)
Використання технологічних інструментів (доступ до апаратного та програмного забезпечення)	113 (56.5)
Досвід онлайн-викладання / навчання	110 (55.0)
Психічне здоров'я (стрес, тривога)	96 (48.0)
Крива навчання (адаптація до незнайомих технологій)	71 (35.5)
Управління часом	70 (35.0)
Оцінка студентами факультету	48 (24.0)
Технофобія	34 (17.0)
Інший	9 (4.5)

Згідно з результатами опитування у Медичному коледжі (COM) Університету Alfaisal в Ер-Ріяді, Саудівська Аравія. За квітень-травень 2020 р основними труднощами, з якими стикнулися викладачі медичних ВНЗ, під час онлайн викладання стали:

Викладачі повинні мислити нестандартно, щоб створювати різні можливі рішення, які допоможуть задовільнити потреби здобувачів вищої освіти.

Намагаючись не зупиняти навчальний процес, академічні установи у всьому світі пришвидшили розвиток середовища навчання в Інтернеті. [2] Інтернет-дистанційна освіта (ODE) зазвичай може надаватися студентам-медикам у двох основних форматах: асинхронна дистанційна освіта, така як записані відео та подкасти, та синхронна (пряма) дистанційна освіта (SDE), наприклад, відеоконференція та віртуальні класи. Недавній мета-аналіз рандомізованих клінічних випробувань продемонстрував більшу загальну задовільність (стандартизована середня різниця 0,60, 95% ДІ від 0,38 до 0,83; $p < 0,001$) щодо СДЕ порівняно з традиційною освітою, показавши, що СДЕ є цілком прийнятним для студентів-медиків. [3] Впровадження онлайн навчання в медичній освіті може мати кілька переваг: одним з найбільш позитивних аспектів ОДЕ є гнучкість часу та місця розташування та подальша зручність, [4-5] що означає, що студенти-медики можуть легше адаптувати свій графік. Окрім гнучкості розкладу, ОДЕ також може бути набагато вигіднішим, ніж навчання в класі, оскільки не вимагає пересування викладачів, тоді як більше людей з різних установ (або навіть країн) можуть брати участь у віртуальних курсах.[6]. Крім того, електронне навчання допомагає студентам-медикам краще адаптуватися до веб-медичного світу, який все частіше використовує цифрові медичні послуги.

З іншого боку, ОДЕ може потенційно перешкоджати міжособистісному контакту та взаємодії між студентами-медиками та викладачами, водночас обмежуючи можливості студентів практикуватися на співбесіді [7] і таким чином розвивати необхідні навички спілкування при взаємодії з пацієнтами та своїми колегами. Дійсно, обмежений доступ до клінічного середовища є основною перешкодою для підготовки студентів до клінічної практики, тим самим знижуючи їхню впевненість у собі.[8] Хоча відсутність практичної підготовки в доклінічні роки може мати серйозні наслідки для підготовки студентів та може призвести до труднощів у наступні клінічні роки. [9-10]. Протягом останнього року існували також серйозні наслідки в

анатомічній освіті, включаючи патанатомію. Студенти-медики отримують обмежені шанси поводитися з основними хірургічними інструментами і, таким чином, розвивати ручну спритність, маючи при цьому менше можливостей вирішувати тривимірні взаємозв'язки анатомічних структур. [11] Були здійснені спроби якомога більше замінити практичну освіту, включаючи демонстрації практичних процедур, дистанційні програми консультацій пацієнтів та змодельовані випадки. Різні країни адаптували навчання студентів медиків по-своєму, використовуючи наявні інтернет ресурси та платформи і залучаючи новітні віртуальні інструменти. У таблиці нижче наведені основні віртуальні ресурси та платформи, що використовували провідні медичні ВНЗ та факультети з усього світу.

Таблиця 2

Навчальний заклад	Країна	Віртуальні ресурси та інтернет платформи для навчання, що використовуються
Qassim University & Cairo University	Саудівська Аравія	Blackboard learning management system, Zoom™, WhatsApp application
Faculty of Medicine, Macau University of Science and Technology	Китай	Vernier Go Direct wireless spirometer, laboratory technician, Zoom
Sidney Kimmel Medical College, Thomas Jefferson University	США	Zoom™
School of Clinical Medicine, University of Cambridge	Великобританія	Microsoft Teams, AccuRx (a clinical video consultation tool)
School of Medicine, University of Insubria	Італія	Body Interact™ Clinical Education, TakeTheWind, Coimbra
Brigham & Women's hospital, Harvard Medical School	США	Aquifer, Inc modules, Zoom™
Faculty of Medicine, University of Southampton	Великобританія	SotonBrainHub website, Youtube channel & Instagram account
Brighton, Sussex & Bristol Medical Schools, Medical Schools Council, Health Education England	Англія	Online platforms, "Capsule", "Speaking Clinically" & national academic mailing list, "JiscMail"
University of Washington	США	Zoom™, Microsoft PowerPoint, the PathPresenter online digital platform, Canvas Learning Management System (Canvas GFX), Microsoft Teams (Microsoft)

University of Auckland	Нова Зеландія	Goodfellow Unit continuing professional development website, BMJ Learning modules ,Zoom™
Imperial College London	Великобританія	Online platform for patient data, cloud based tool for interaction during webinars
All India Institute of Medical Sciences	Індія	“G Suite for Education” – “Google Classroom” for the online classroom environment & “Google Meet” for video-conferencing
National University of Singapore	Сингапур	Body part models, Harvey mannequins
Medical University of Lublin	Польща	SimMan 3G (Laerdal, Stavanger, Norway); a technician (substituting for 'students' hands');

Як бачимо, Інтернет-засоби навчання стали незамінною та фундаментальною частиною тих, хто навчається в медичній освіті, оскільки вони пропонують засоби для постійного розвитку навчальних завдань (Shamji and Law, 2011 , Ruiz et al., 2006). Візуалізацію інформації можна вважати каталізатором більш інтенсивного засвоювання навчального матеріалу здобувачами вищої освіти, а в поєднанні з відповідними типами завдань – розвитку клінічного та критичного мислення. Однак, лише заняття без умінь практичного використання втрачають значення.

Зазвичай процес навчання передбачає адаптацію до різних стилів навчання в компанії невідомих людей на новому місці. Ці зміни можуть не відповідати особистості всіх здобувачів, що призводять до недостатньої академічної успішності. Викладачам важливо підкреслити своїм студентам, що навчання є процесом, що триває впродовж життя, і культивування цієї культури в групах може не відповідати стилю всіх учнів.

Зацікавленість саме до відео в навчальному процесі обумовлено, зокрема, й на підставі наукових напрацювань у галузі педагогічного дизайну та педагогічної психології. Так, відомий фахівець Едгар Дейл наприкінці 60-х років минулого століття надавав своїм підопічним навчальний матеріал різними способами. Після цього він проводив аналіз їхніх здібностей відновлювати отриману інформацію. У підсумку він зробив такі висновки:

- прослуховування лекцій і читання матеріалів на конкретну тему є найбільш неефективним способом засвоєння інформації;
- навчання людей і застосування особистих знань на практиці є найбільш ефективним методом засвоїти будь-що.

Результати проведеного аналізу він виклав у вигляді схеми, що отримала назву «Конуса навчання Едгара Дейла». У його основу було покладено власні результати, проте відсотки було вже отримано його послідовниками, які проводили свої власні дослідження [10].

Навчальні відео, а також прослуховування аудіо файлів характеризуються перш за все тим, що передана ними інформація динамічна, об'єкти, явища і процеси демонструються в русі, розвитку. При цьому динаміка об'єктів і подій на екрані істотно впливає на розкриття й засвоєння досліджуваних процесів і явищ, допомагає зробити зміст наочнішим, упорядковуючи факти і виділяючи головні аспекти. Широка інформаційна наповнюваність відео- й аудіоматеріалів дозволяє скоротити час на виклад навчального матеріалу і збільшити тривалість роботи щодо його засвоєння.



Рис. 1.

Для кращого запам'ятовування узагальнювального, історичного, суспільно-політичного, художнього змісту викладеного матеріалу в аудіо- чи відеофайлі його тривалість має становити не більше 10 хв, а в окремих випадках – 30 хв.

Крім навчальних відео, можна виділити такі види навчального відеоконтенту: відеозапис лектора («голова, що говорить»); студійний запис лектора – «живий» запис заняття; інтерактивне відео; слайд-фільм із

закадровим голосом; відео інструкція. Однією з нових моделей є "перегорнута класна кімната", що є змішаним типом режиму навчання з асинхронним компонентом, який може дозволити студентам-медикам більшу гнучкість розкладу, та синхронним компонентом, який пропонує взаємодію між студентами-медиками та викладачами.²

Проте застосування відео- й аудіоматеріалів має і низку проблемних моментів. Так, виготовити відео досить складно, оскільки це потребує значних часових і фінансових затрат і високого рівня кваліфікації розробника. Тому його застосування має бути виправдане цілями, на досягнення яких спрямований ресурс [11].

Для продуктивності й дидактичного результату відео- й аудіофрагменти мають відповідати технічним, ергономічним, психологічним і педагогічним вимогам:

- наочна демонстрація певного питання, призначеного для вивчення;
- відеоматеріал має бути високоякісним (якісна операторська робота, чистота звуку, правильна дикція лектора, чіткість зображення малюнків і тексту на відеокадрах, відсутність перешкод і факторів, що відволікають увагу);
- глибина і доступність викладеного матеріалу;
- простота, зрозумілість і зручність використання;
- коротко і по суті (невелика тривалість);
- наявність елементів управління показом (щоб студент чи викладач, за потреби, міг зупинити перегляд та перейти до повторного перегляду потрібного моменту, керувати гучністю чи розміром екрану);
- наявність альтернативного джерела інформації (титри, мовний чи текстовий супровід, що особливо допоможе тим студентам, які мають проблеми зі слухом і зором) [11].

Таким чином, відео й аудіо є потужними дидактичними засобами, що сприяють підвищенню ефективності навчання. Включення відео- й аудіоматеріалів до електронних освітніх ресурсів робить їх насиченішими, а навчальний процес із їх використанням – інтенсивнішим.

Провівши дослідження серед здобувачів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського щодо доцільності та актуальності впровадження відеохостингу Youtube для покращення та урізноманітнення інструментів дистанційного навчання, було опитано 242

респонденти з них: 64,5% – молодші спеціалісти; 34,5% – бакалаврського рівня та – 1 % – магістрів. Охоплено спеціальності: Сестринська справа, Акушерська справа, Стоматологія, Лабораторна діагностика та Фармація. За результатами дослідження здобувачам найбільш цікавим є відео контент – 76,4 %, трансляції наживо – 42,1 % презентації – 41,4 %, щодо тематичного вибору відеохостингу результати були наступними:

Цікавим є те що серед різноманіття структур формату здобувачі надали перевагу професійним лайфхакам – 58,4%, новинками в медицині – 54,3%, статтям про новітні методики лікування – 51%. Важливим фактом є те, що довіру до відеоматеріалу викликають автори, що є практикуючими лікарями – 49% та практикуючими медичними сестрами/братами – 44%.

Узагальнюючи результати досліджень можна зробити висновок про високу актуальність саме професійного медичного відеоконтенту на платформі YouTube як вагомого доповнення до формату дистанційного навчання в контексті обмеженого доступу до пацієнт-орієнтованого навчального процесу. YouTube – це цінний інструмент навчання, що дозволить організувати мультисенсорне освітнє середовище та дасть змогу ефективно організувати самоосвіту студентів медиків, конкретизувати та інтенсифікувати навчальний процес. Окрім цього, відеохостинг може суттєво підвищити мотиваційну складову та довіру до викладача, покращить якість процесу навчання, інтегруючи особистісно-орієнтований підхід до викладання.

Практично-орієнтовані відеоматеріали подані практикуючими медичними працівниками здатні сфокусувати ЗВО на доказовості, реалістичності та актуальності поданого відеоконтенту.

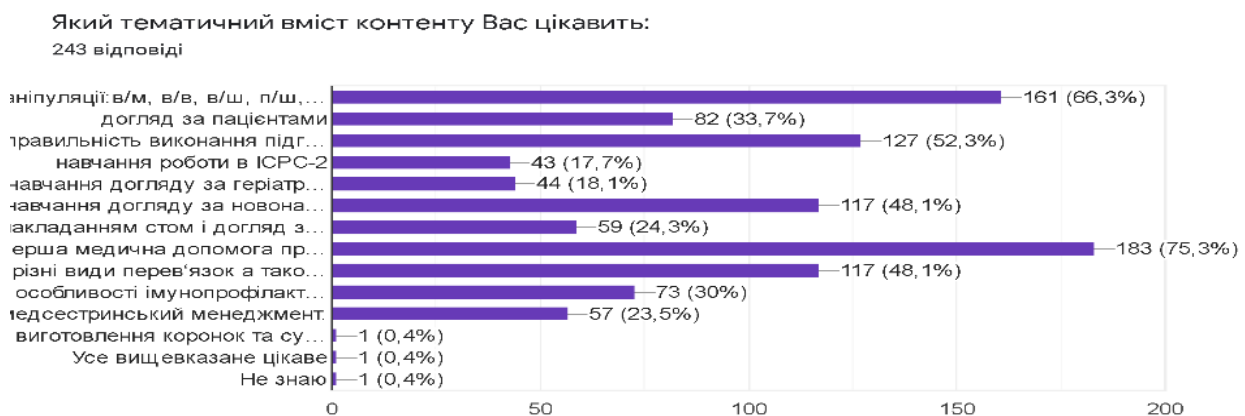


Рис. 2

Запровадження відеоконтенту для поглиблення знань здобувачів вищої освіти на всіх спеціальностях є необхідним інструментом для покращення взаємодії викладача та студента, формування критичного мислення та розвитку професійних компетентностей сестри/брата медичних.

Крім того, важливо враховувати технічні проблеми, які може спричинити викладання та навчання в Інтернеті для студентів-медиків, які включають проблеми зі звуком та відео, помилки завантаження чи потокового передавання, проблеми з входом, низьку якість Інтернету, проблеми з безпекою, а також обмежені технічні навички як у студентів, так і в інструкторів.

Таким чином, спалах COVID-19 спричинив нові та непередбачувані виклики у галузі медичної освіти, пов'язані з розвитком навчання в Інтернеті. Оскільки перехід до онлайн-освіти кидає важливі виклики сучасній освіті, медичні школи повинні бути готовими забезпечити успішне освітнє середовище для студентів-медиків шляхом, консультування, акцентування уваги на технічній педагогіці, мотивації студентів-медиків, а також шляхом підтримки медичних педагогів адаптуватися до нової реальності. Прийняття онлайн-навчання є ключовою стратегією забезпечення неперервності медичної освіти під час пандемії COVID-19.

ЛІТЕРАТУРА

1. Джозеф JP, Joseph AO, Conn G та ін. Пандемія COVID-19 – адаптація медичної освіти: сила студентів, персоналу та технологій. *Викладач медичних наук* 2020; 30 (4): 1355–56.

2. Choi B, Jegatheeswaran L, Minocha A, et al. Вплив пандемії COVID-19 на студентів останніх курсів медицини у Великобританії: національне опитування. *Медична освіта BMC* 2020; 20 (1): 1–11.

3. Compton S, Sarraf-Yazdi S, Rustandy F, et al. Студенти-медики віддають перевагу поверненню до клінічних умов під час пандемії COVID-19. *Медична освіта* 2020

4. Aron JA, Bulteel AJ, Clayman KA, et al. Роль телемедицини в медичній освіті під час пандемії COVID-19. *Академічна медицина* 2020

5. Saini K, Abdul W, Purohit G. Традиційне навчання проти веб-навчання: аналіз ефективності. *Int J Comp Sci Informat Technol*. 2014; 5 : 5182–4. [Google Scholar]
6. Dunham L, Dekhtyar M, Gruener G, CichoskiKelly E, Deitz J, Elliott D, et al. Уявлення студентів-медиків про навчальне середовище в медичній школі змінюються в міру переходу студентів на клінічну підготовку в медичній школі. *Навчати Learn Med*. 2017 р .; 29 : 383–91. [PubMed] [Google Scholar]
7. Fedorchuk, M.V. (2015). Sutnist i stan uprovadzhennia elektronnoi osvity v Ukraini [Essence and state of implementation of e-education in Ukraine]. *Pravo i bezpeka – Law and Safety*, 4 (59), 61-66 [in Ukrainian].
8. Назан Догруера, Рамадан Еямб, Іпек Меневіс. Використання Інтернету в навчальних цілях. *Soc Behav Sci*. 2011 р .; 28 : 606–11. [Google Scholar]
9. Tackett S, Slinn K, Marshall T, Gaglani S, Waldman V, Desai R, et al. Відео з медичної освіти для всього світу: аналіз моделей перегляду для каналу YouTube. *Акад. Мед*. 2018 рік; 93 : 1150– [PubMed] [Google Scholar]
10. Денисенко С.М. Використання відеоматеріалів у мультимедійних електронних освітніх ресурсах / С.М. Денисенко // *Information Technologies in Education*. – 2015. – № 25. – С. 74-83.
11. Майстренко В. Застосування засобів навчання у навчальному процесі / В. Майстренко / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://ukped.com/statti/profesijna-pedagogika/5241-zastosuvannya-zasobiv-navchannya-u-navchalnomu-protsesi.html>

ІЛЬЧИШИН О.В., магістр,
ТЕРЕЩУК С.І., канд. фарм. наук, доц.,
СОЙКА Л.Д., канд. хім. наук,
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., кандидат наук з
державного управління
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

**КОРЕЛЯЦІЯ КОНКУРСНОГО БАЛУ З АКАДЕМІЧНОЮ
УСПІШНІСТЮ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
І КУРСУ ЛЬВІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ
АКАДЕМІЇ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО ЗА
СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 226 ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ**

Вступ. Впровадження в Україні загальнонаціональної системи зовнішнього незалежного оцінювання (ЗНО) кардинально змінило підходи до проведення підсумкової атестації випускників загальноосвітніх закладів, що своєю чергою трансформувало і правила прийому абітурієнтів до закладів вищої освіти (ЗВО).

Система ЗНО на державному рівні постійно вдосконалюється з метою проведення якісного, незалежного заміру знань з обраних випускниками дисциплін та розрахунку на їхній основі єдиного неупередженого конкурсного бала, який дозволяє відбирати саме тих студентів, котрі здатні краще навчатись на відповідній спеціальності. Така об'єктивна модель конкурсного відбору реалізується шляхом визначення відповідного профільного предмету та введенням вагових коефіцієнтів дисциплін ЗНО для певного фахового напрямку.

Оцінку адекватності застосованої моделі конкурсного відбору досліджують за показником прогностичної валідності конкурсного бала. А саме, за допомогою коефіцієнта кореляції між показником, за яким здійснюється конкурсний відбір та результатами успішності студента впродовж першого семестру навчання. Отже, оцінюючи показник прогностичної валідності, можна досліджувати вплив результатів ЗНО з

окремих предметів або відповідних їм вагових коефіцієнтів на успішність та на їх основі будувати оптимальні моделі конкурсного відбору.

Мета статті. Вивчення та аналіз статистичних зв'язків між складовими конкурсного відбору до вступу та показниками успішності впродовж першого семестру навчання бакалаврів фармацевтів за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація.

Матеріали і методи. Проведено дослідження успішності 20 здобувачів вищої освіти першого курсу денної форми навчання за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація, зарахованих до ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» в 2020 році.

Відомості про бали сертифікатів ЗНО та середній бал документа про повну загальну середню освіту виражені у 200-бальній шкалі.

Оцінки поточної успішності, отримані здобувачами вищої освіти за підсумками першого семестру, виражені в 100-бальній шкалі Єдиної кредитно-трансферної системи (ЄКТС). Оцінка сили лінійного взаємозв'язку між конкурсним балом (та його складовими) і показниками поточної успішності здобувачів вищої освіти проводилась за допомогою розрахунку коефіцієнта кореляції за Пірсоном. Статистична обробка проведена з використанням Microsoft Excel.

Результати й обговорення. Розглянуто можливість і допустимість використання результатів ЗНО для виявлення вступників, які зможуть успішно продовжити навчання у закладах вищої освіти. Запропоновано рекомендації щодо підвищення якості конкурсного відбору для виявлення вступників та їх потенціалу для навчання. Рекомендації ґрунтуються на статистичному аналізі даних про успішність здобувачів вищої освіти першого курсу навчання спеціальності 226 Фармація, промислова фармація галузі знань 22 Охорона здоров'я, що вступили до Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського в 2020 році, в зіставленні з конкурсним балом.

Ключові слова: прогностична валідність; конкурсний бал; результати ЗНО; вступник; здобувач вищої освіти, поточна успішність.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивчення показника прогностичної валідності конкурсного відбору привертало увагу дослідників з моменту впровадження системи ЗНО [1,2]і дотепер [3,4].

Саме завдячуючи цим результатам, з кожним роком система конкурсного відбору абітурієнтів удосконалюється і трансформується в бік найоптимальнішої. Треба зазначити, що ЗВО мають можливість самостійно впливати на такий процес трансформації, встановлюючи відповідні значення вагових коефіцієнтів дисциплін ЗНО та визначаючи для них мінімально необхідну кількість балів для участі у конкурсі. Отже, статистичне вивчення впливу значень відповідних коефіцієнтів на прогностичну валідність конкурсного бала є актуальним завданням, яке досліджується у низці робіт, наприклад, [2, 4].

Вивченню прогностичної валідності критеріїв відбору до ЗВО приділяється значна увага в багатьох країнах світу [5-7]. На основі результатів таких досліджень вивчається ефективність діючих моделей відбору до ЗВО та визначаються можливі напрямки подальшого удосконалення. Серед вітчизняних робіт варто відзначити науково-практичне видання [1], в якому наводяться ґрунтовні дослідження якості конкурсного відбору студентів вищих навчальних закладів за результатами ЗНО упродовж 2008-2015 років. Оцінка та аналіз кореляційних зв'язків міжскладовими конкурсного бала та окремими дисциплінами розглянуто також у роботах [3, 8]. Науковцями з Національного фармацевтичного університету [4] вивчено вплив вагових коефіцієнтів на прогностичну валідність конкурсного бала вступників галузі знань «Охорона здоров'я».

Виклад основного матеріалу дослідження

У 2020 р. Львівська медична академія імені Андрея Крупинського відновила набір студентів за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація. Впродовж майже 30 років (з 1963 до 1992 років) у Львівському базовому медичному училищі вже проводилася підготовка висококваліфікованих спеціалістів-фармацевтів [9].

Згідно вимог Правил вступу у ЗВО України [10] у 2020 р. конкурсний бал (S_k) для вступників, що подали заяви на вступ до Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського на спеціальність 226 Фармація, промислова фармація на базі повної загальної середньої освіти, розраховувався за формулою:

$$S_k = 0,1 \times S_{\text{ат}} + 0,2 \times S_{\text{укр}} + 0,2 \times S_{\text{мат}^*} + 0,5 \times S_{\text{біол}^*} + 0,5 \times S_{\text{хім}^*} + 0,5 \times S_{\text{фіз}^*},$$

де – Sk – конкурсний бал для вступників

Sat – середній бал документа про повну загальну середню освіту;

Sукр – бал ЗНО з української мови та літератури;

Sмат* – бал ЗНО з математики;

Sбіол* – бал ЗНО з біології;

Sхім* – бал ЗНО з хімії.

S фіз* – бал ЗНО з фізики(*– предмети на вибір)

Таблиця 1

**Складові конкурсного балу для бакалавра фармації
в ЛМА імені Андрея Крупинського**

№ з/п	Предмети	Коефіцієнти до балів сертифікату ЗНО	
		2020 р.	2021 р.
Обов'язкові			
1	Українська мова та література	0,20	0,30
2	Математика	-	0,20
На вибір			
3	Математика	0,20	-
4	Біологія	0,50	0,40
5	Хімія	0,50	0,40
6	Фізика	0,50	0,40
7	Середній бал документа про освіту	0,10	0,10

У 2021 р. доповнився перелікобов'язкових дисциплін, бо до української мови та літератури, додалася математика, а також змінено вагові коефіцієнти, тому формула розрахунку конкурсного балу (Sk) буде розраховуватися за формулою:

$$Sk=0,1xSat + 0,3xSукр + 0,2xSмат.+ 0,4xSбіол* + 0,4xSхім*+ 0,4xSфіз*,$$

де – Sk – конкурсний бал для вступників

Sat – середній бал документа про повну загальну середню освіту;

Sукр – бал ЗНО з української мови та літератури;

Sмат – бал ЗНО з математики;

Sбіол* – бал ЗНО з біології;

Sхім* – бал ЗНО з хімії.

S фіз * – бал ЗНО з фізики(*– предмети на вибір)

При прийомі до ЗВО вступники ранжуються на підставі конкурсного балу та передбачається, що більш високий бал означає кращий рівень підготовки вступників. Так, в 2020 р. у ЛМА імені Андрея Крупинського найбільшу питому вагу (25 % та 30 %) склали заяви від 140 до 150 балів та від 130 до 140 балів(рис.1).

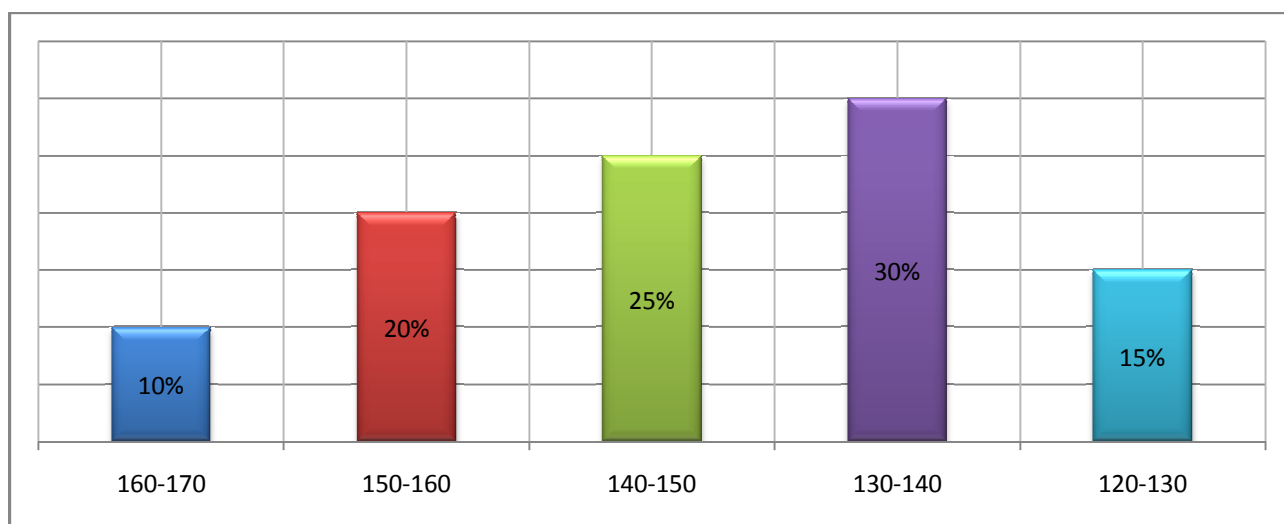


Рис 1. Розподіл заяв за сумою балів (у %) від кількості зарахованих вступників за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація у 2020 р.

Середній рейтинговий бал зарахованих на контракт у 2020 р. склав 142,87, середній бал ЗНО – 134,56, середній бал атестата – 9,00, що є досить низьким.

Вибір предметів на ЗНО абітурієнтів 2020 р. у ЛМА імені Андрея Крупинського засвідчив, що крім обов'язкової атестації з української мови та літератури, з дисциплін на вибір, найбільшу питому вагу (70%) склала комбінація біологія – математика, 25% – хімія та математика і 5% – хімія, фізика.

Як подано із даних табл.1, у 2021 р. вагові коефіцієнти балів ЗНО зазнали змін, а також введено другий обов'язковий предмет – математику. Нами узагальнено дані про встановлення різних вагових коефіцієнтів у 17-ти ЗВО, що пропонують підготовку бакалаврів за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація на базі повної загальної середньої освіти (табл.2).

**Аналіз коефіцієнтів складових конкурсного балу для бакалавра
фармації в Україні на 2021 р.**

№ з/п	Предмети	Варіанти коефіцієнтів								
Обов'язкові										
1	Українська мова та література	0,2	0,2	0,2	0,25	0,25	0,3	0,3	0,35	0,5
2	Математика	0,4	0,35	0,3	0,25	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2
На вибір										
3	Біологія	0,3	0,35	0,4	0,4	0,25	0,4	0,3	0,35	0,2
4	Хімія	0,3	0,35	0,4	0,4	0,25	0,4	0,3	0,35	0,2
5	Фізика	0,3	0,35	0,4	0,4	0,25	0,4	0,3	0,35	0,2
6	Середній бал документа про освіту	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1
7	К-сть навчальних закладів	2	1	2	1	1	2	6	1	1

Кожний ЗВО, на свій розсуд, формує вагові коефіцієнти, притримуючись засади, що сума коефіцієнтів двох обов'язкових предметів, предмету на вибір та середній бал про освіту має скласти 1,0[11]. Як подано з даних табл.2, найбільш популярна комбінація коефіцієнтів – порівну по 0,3 та середній бал атестату – 0,1 використана у шести навчальних закладах.

У Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського кожного семестру проводиться рейтингова оцінка успішності студентів, що дозволило порівняти її з конкурсним балом. У першому семестрі студенти фармацевти атестувалися за 9 дисциплінами, серед яких: українська мова, неорганічна хімія, біологія, історія фармації, англійська та латинська мови, домедична допомога з ознайомчою медичною практикою. Розмах варіації середнього показника успішності склав від 62 до 85 балів (табл.3).

Встановлено, що 50% студентів за середнім показником успішності відносяться, згідно оцінки ЄКТС, до групи „С”, 45 % до групи „В” та 5 % до групи „D”. Кращу успішність продемонстрували студенти (80%), які обрали на ЗНО хімію.

Таблиця 3.

Аналіз успішності студентів фармацевтів за даними рейтингової оцінки 2020/2021 навчального року

№ з/п	Суми балів	Оцінка ЄКТС	Питома вага студентів, %	Предмети на вибір в ЗНО/ % студентів		
				Хімія, математ.	Біологія, математ.	Хімія, Фізика
1	80–89	B	45	80	36	
2	70–79	C	50	20	57	100
3	60–69	D	5		7	
				100	100	100

Одним із критеріїв правильності вибору показників конкурсного відбору, який дозволяє прогнозувати успішність навчання здобувачів вищої освіти на першому курсі ЗВО, виступає прогностична валідність. Даний критерій являє собою кореляцію між конкурсним балом і середнім балом результатів сесій здобувачів вищої освіти на першому курсі ЗВО [1]. Нами проведений перерахунок конкурсного балу вступників 2020 р. на основі вагових коефіцієнтів 2021 р. У 75 % студентів конкурсний бал зріс, середнє значення конкурсного балу збільшилося на 2 бали. У табл. 4 наведено розрахунок коефіцієнтів кореляції між показниками поточної успішності та конкурсного вступного балу у 2020 та 2021 роках.

Таблиця 4.

Коефіцієнти кореляції між показниками поточної успішності та конкурсного вступного балу для різних значень вагових коефіцієнтів

Рік	Формула розрахунку конкурсного балу, S_k	К кореляції
2020	$0,1 \times S_{at} + 0,2 \times S_{укр} + 0,2 \times S_{mat} + 0,5 \times S_{біол} + 0,5 \times S_{хім} + 0,2 \times S_{фіз}$	0,26
2021	$S_k = 0,1 \times S_{at} + 0,3 \times S_{укр} + 0,2 \times S_{mat} + 0,4 \times S_{біол} + 0,4 \times S_{хім} + 0,2 \times S_{фіз}$	0,23

Встановлено слабкий зв'язок між поточною успішністю студентів у першому семестрі та конкурсним балом – 0,26 (2020 р.) і у 2021 р. – 0,23. Зміна вагових коефіцієнтів у 2021 р. в порівнянні з поточною успішністю студентів у першому семестрі зменшило К кореляції на 0,03.

Інтегральний показник прогностичної валідності для m здобувачів вищої освіти обчислювався як коефіцієнт кореляції між величинами S x імія = (S_1, S_2, \dots, S_m) та G поточна успішність з хімії, української мови та літератури, біології та середнього балу атестату = (G_1, G_2, \dots, G_m) за Пірсоном (табл.5).

Таблиця 5.

Коефіцієнти кореляції між показниками поточної успішності та складовими конкурсного балу

Бали ЗНО	К кореляції
Українська мова та література	0,25
Біологія	- 0,26
Хімія	0.80
Середній бал атестату про повну загальну середню освіту	0,52

За результатами аналізу даних про успішність за перший семестр були отримані такі результати: прогностична валідність знань з хімії становить 0,80, що визначається як достатньо високий результат. Значно нижчий прямолінійний зв'язок виявлено між середнім балом атестату та поточною успішністю (0,52). Слабкий зв'язок кореляції (0,25) отримано для показників ЗНО з української мови та літератури. Встановлено, низький зворотній зв'язок між даними ЗНО з біології та поточною успішністю (- 0,26).

Висновки.

1. Середній рейтинговий бал зарахованих на контракт здобувачів вищої освіти у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського у 2020 р. склав 142,87, середній бал ЗНО – 134,56, середній бал атестата – 9,00, що є досить посередніми показниками.

2. Серед предметів на вибір при складанні ЗНО 70 % абітурієнтів обрали біологію та математику, 25 % – хімію та математику.

3. Встановлено, що для розрахунку конкурсного балу у 17 ЗВО України, найчастіше, (шість закладів), у 2021 р. використовується комбінація коефіцієнтів двох обов'язкових предметів, предмету на вибір по 0,3, середній бал атестату – 0,1.

4. За результатами дослідження встановлено силу кореляційного зв'язку між конкурсним балом вступника та поточною успішністю здобувача вищої освіти під час першого семестру навчання.

5. Аналізуючи рейтингову оцінку студентів за перший семестр встановлено, що 50% студентів за середнім показником успішності відносяться, згідно оцінки ЄКТС, до групи „С”, 45 % до групи „В” та 5 % до групи „D”. Кращу успішність продемонстрували студенти (80%), які обрали на ЗНО хімію.

6. Найвищий інтегральний показник прогностичної валідності знань виявлено для предмету хімія (0,8), що для студентів спеціальності 226 Фармація, промислова фармація є базовою теоретичною дисципліною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дослідження якості конкурсного відбору студентів вищих навчальних закладів за результатами зовнішнього незалежного оцінювання: аналітичні матеріали / За редакцією В. В. Ковтунця і С. А. Ракова. – К.: Нора-Друк, 2015. – 160 с. Режим доступу: https://ihed.org.ua/images/biblioteka/yakist_vidboru_studentiv_za_ZNO_Kovtunc-Rakova_2015_160p.pdf

2. Головенкін В. П. Щодо якості підготовки абітурієнтів та зовнішнього незалежного оцінювання [Електрон. ресурс] / В. П. Головенкін. – Режим доступу: <http://kpi.ua/quality>.

3. Моцний Ф. В. Статистичне порівняння результатів ЗНО з оцінками студентів-першокурсників / Ф. В. Моцний, М. Є. Сіницький // Порівняльні статистичні дослідження розвитку соціально-економічних систем: Матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції з нагоди дня працівників статистики. – К.: «Інформаційно-аналітичне агентство», 2017. – С. 279–282.

4. Котвіцька А.А. Вивчення впливу вагових коефіцієнтів на прогностичну валідність конкурсного бала вступників галузі знань «Охорона здоров'я» / А. А. Котвіцька, Н.В. Живора, С.В. Погорелов, І.В. Красовський, О. О. Віслоус // Фармацевтичний часопис. – 2017. – № 4. – С. 129–135.

5. Carmel Oren. Demonstrating the validity of three general scores of PET in predicting higher education achievement in Israel / Carmel Oren, Tamar

Kennet-Cohen, Elliot Turvall and Avi Allalouf // Psicothema. 2014. Vol. 26, No. 1. P. 117-126. DOI: 10.7334/psicothema2013.257.

6. Beard Jonathan, Marini Jessica. Validity of the SAT for Predicting First-Year Grades: 2013 SAT Validity Sample. College Board Research Report. 2018. Retrieved from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED582459.pdf>.

7. Shaw E. J. An SAT validity primer. College Board Research Report. 2015. №2015-6. Retrieved from: <http://research.collegeboard.org/sites/default/files/publications/2015/6/research-reportsat-validity-primer.pdf>.

8. Шевчук О.Ф. Вивчення впливу сільського коефіцієнта на прогностичну валідність конкурсного бала студентів-першокурсників. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. Зб. наук. пр. Випуск 52. Київ-Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2018. С. 439-443.

9. Офіційний сайт ВНКЗ ЛОР Львівська медична академія імені Андрея Крупинського. Режим доступу: <https://lma.edu.ua/pro-akademiyu/istoriya/>

10. Вступ. ОСВІТА. UA.[Електрон. ресурс] Режим доступу: <https://vstup.osvita.ua/y2020/r14/627/767708/>

11. Вступ.ОСВІТА.UA. [Електрон. ресурс] Режим доступу: https://vstup.osvita.ua/spec/1-40-1/0-110-1965-0-0-0/1_14_21/

КАСПЕРСЬКА Г.І.,

магістр, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А. Крупинського»

КРИВКО Ю. Я.

доктор медичних наук, професор
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А. Крупинського»

КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ПЕДАГОГІЧНА КАТЕГОРІЯ МАЙБУТНІХ СЕСТЕР/ БРАТІВ МЕДИЧНИХ

Основою професійної діяльності у майбутніх фахівців сфери охорони здоров'я є комунікативна компетентність, тому вірне трактування змісту даного поняття є важливим для ефективної організації процесу професійної підготовки майбутніх сестер/братів медичних.

Компетентність у смисловому значенні охоплює три аспекти: знання, уміння, навички. Термін компетенція широко використовується в наш час там, де йдеться про навчання і виховання. Компетентність – це комплексна характеристика особистості, яка вбирає в себе результати попереднього психічного розвитку, знання, уміння, навички; має здатність до творчого вирішення завдань, ініціативності, самостійності, самооцінки, самоконтролю; це сформованість інтелектуальних операцій, спрямованість у діяльності, усвідомленість і мотиваційна насиченість. На кожному віковому етапі компетентність має орієнтовні показники розвитку особистості, тобто різні види компетенції.

Поняття комунікативної компетенції ввійшло у науковий обіг у 1972 р. завдяки американському лінгвісту Д. Хаймзу. Теорія була орієнтована на визначення того, що має знати мовець, аби бути компетентним у спілкуванні. Саме з 70-х рр. минулого сторіччя і розпочалися інтенсивні дослідження проблеми комунікативної компетенції [1].

Згідно з визначенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти (International Board of Standards for Training, Performans and Instruction), компетентність – це спроможність кваліфіковано здійснювати діяльність, виконувати завдання або роботу. При цьому поняття компетентності містить набір знань, навичок і відносин, що дають змогу особистості ефективно здійснювати діяльність або виконувати певні функції, спрямовані на набуття певних стандартів у галузі професії або виду діяльності [2]. Для полегшення оцінювання компетентностей департамент пропонує виокремити із цього поняття такі індикатори, як набуті знання, вміння, навички та навчальні досягнення.

Багато науковців приділяли увагу вивченню поняття компетентності. Та прийшли до висновку, що компетентність є складним утворенням, яке складається з певних напрямів чи груп. Якщо давати визначення за науковцем Л. Гузеєвим то комунікативна компетентність – це здатність вступати в комунікацію з метою порозуміння.

Якщо розглядати комунікативну компетентність за Ю. Ємельяновим, то можна стверджувати, що це вища здатність особистості, яка дає змогу розв'язувати проблеми, що виникають у різних життєвих ситуаціях, це конгломерат знань, мовних та позамовних умінь і навичок

спілкування, набутих особистістю під час природної соціалізації, навчання та виховання .

Комунікативна компетентність базується на використанні загальних компетенцій брата та сестри медичних, котрі містять оволодіння мовами та способами взаємодії з людьми, навички роботи в групі. Майбутній медичний працівник має вміти відреконструувати себе, написати листа, анкету, заяву, поставити запитання, вести дискусію, вміти збирати анамнез, додаткові запитання, які допоможуть конкретизувати захворювання тощо.

Спробуємо окреслити бачення комунікативної компетентності медичної сестри чи брата у галузі охорони здоров'я. Науковець Л. Пиріг вважає її комплексом знань про спілкування у різноманітних ситуаціях і з різними комунікантами, комплексом умінь ефективно застосовувати у конкретному спілкуванні роль комунікатора чи реципієнта [3]. Сучасний дослідник Ю. Юсеф вказує, що вона є базовою складовою професійної компетентності фахівців медичного профілю [4]. М. Анквааб розуміє як багаторівневу інтегральну якість особистості, що впливає на професійну діяльність медичного працівника й базується на установці, підтримці та розвитку ефективних стосунків з пацієнтами та іншими учасниками лікувально-профілактичного процесу [5].

Виокремлюють такі складові комунікативної компетентності:

Ø орієнтованість у різноманітних ситуаціях спілкування, яка заснована на знаннях і життєвому досвіді індивіда;

Ø спроможність ефективно взаємодіяти з оточенням завдяки розумінню себе й інших при постійній видозміні психічних станів, міжособистісних відносин і умов соціального середовища;

Ø адекватна орієнтація людини в самій собі – власному психологічному потенціалі, потенціалі партнера, у ситуації;

Ø готовність і вміння будувати контакт з людьми;

Ø внутрішні засоби регуляції комунікативних дій;

Ø знання, вміння і навички конструктивного спілкування;

Ø внутрішні ресурси, необхідні для побудови ефективної комунікативної дії у визначеному колі ситуацій міжособистісної взаємодії.

Таким чином, комунікативна компетентність постає як структурний феномен, що містить як складові цінності, мотиви, установки, соціально-психологічні стереотипи, знання, уміння, навички. Комунікативна компетентність сестри/брата медичних є базовою складовою професійної компетентності медичного працівника, а інтенсивне законотворче реформування у галузі охорони здоров'я, соціальний запит суспільства та мотивованість самих медичних працівників у власному професіоналізмі – підсилюють її значущість. Комунікативна компетентність допомагає медичному працівнику адаптуватися у професійному середовищі, якісно виконувати професійні обов'язки, налагоджувати належну взаємодію «медична сестра\брат-пацієнт», уникати конфліктів та непорозумінь, а також сприяє у формуванні комплаєнсу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Крилова К.В. Комунікативна компетентність як педагогічна категорія. Вісник Національного авіаційного університету. Серія «Педагогіка, Психологія». 2005. Вип. 7. С. 70–74
2. Компетентність як ключ до оновлення змісту освіти. Електронний ресурс URL: <https://ru.osvita.ua/school/method/381/>
3. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство: зб. мед. публіц. пр. Київ : Б. в., 1998. 472 с.
4. Юсеф Ю. В. Теоретичні засади формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів. Педагогічний процес: теорія і практика. 2013. Вип. 3. С. 187–194. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prpt_2013_3_22.
5. Анкваб М. Ф. Формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях региона : автореф. дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.02. Владикавказ, 2012. 26 с.
6. Комунікативна компетентність. URL:<https://sites.google.com/site/komunikativna21234567890/>

КУКСЕНКО І.В.,

магістр, ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»

Науковий керівник:

ЮРИСТОВСЬКА Н.Я., канд. держ. упр.,

ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»

ПОЦЮРКО Н.Т.

магістр, ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»

Науковий керівник:

НЕДІЛЬКО Р.В., канд. держ. упр.,

ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»

РОЗВИТОК СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В МЕДСЕСТРИНСТВІ

Актуальність даної теми полягає у тому, що сучасний розвиток інтерактивно-інноваційних технологій дає змогу обстежувати та консультувати пацієнтів без фізичної присутності останніх. Останніми роками, в процесі реформування охорони здоров'я та особливо в період пандемії COVID-19 набирає обертів сучасний напрямок в медицині, як – телемедицина. При застосуванні новітніх технологій користь мають обидві сторони лікувально-діагностичного процесу, тобто медичний персонал, пацієнти та його оточення, оскільки є можливість швидкого реагування на виникнення проблеми у пацієнта та отримання адекватної консультаційної допомоги, особливо це є важливо для мешканців географічно віддалених районів від обласних чи районних центрів, тобто для мешканців сільської місцевості.

У рамках політики Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) в області телемедицини 1997 року було запропоновано наступне визначення. Телемедицина – це метод надання послуг з медичного обслуговування там, де відстань є критичним чинником. Послуги здійснюються медичними працівниками з використанням інформаційно-комунікаційних технологій з метою отримання інформації, необхідної для діагностики, лікування і профілактики захворювання. [1].

Проводячи розвідку наукових джерел, нами досліджено, що телемедицина не є абсолютно новим напрямком медицини, як би не здавалось на перший погляд, оскільки цей термін асоціюється із застосуванням комп'ютерних технологій, відв'язку тощо. Вперше про телемедицину заговори понад 100 років тому.

В Україні телемедицина вперше була застосована у 1935 році в м. Львів, коли професор Мар'ян Франке та професор Вітольд Липинський організували постійне використання телеелектрокардіографії (теле-ЕКГ). Відповідно до публікації у виданні *PolskaGazetaLekarska* (№ 27, 1937 рік, с.15): «Протягом 2 останнього років у відділенні інфекційних захворювань Державного загального шпиталю у Львові, систематично проводилися телеелектрокардіографічні обстеження. Хворі перебували у відділенні, а результати обстежень серця передавалися на 500 метрів в Інститут патології. Обстеження ці виконувалися разом із професором Франке» [2]. На сьогоднішній день застосування телемедицини в галузі охорони здоров'я регламентується Галузевим нормативним документом з застосування телемедицини в Україні, Наказ МОЗ від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [3] та методичні рекомендації. Вперше в Україні, на державному рівні, заговорили про телемедицину у 2017 році для сільського населення. Екс-президентом Петром Порошенко було подано до Верховної Ради законопроект «Про підвищення доступності та ефективності медичного обслуговування в сільській місцевості», в якому чітко вказувалося, що таке телемедицина, а також як і де її можна використовувати [4]. Депутати Верховної Ради Закон ухвалили дуже швидко який набрав чинності вже за два місяці після подання.

А ось використання телемедицини в практиці медичної сестри навіть отримало свою назву – телемедсестринство. З англійської це означає використання телекомунікацій і інформаційних комп'ютерних технологій для надання сестринської допомоги та забезпечення скоординованої роботи медсестер в разі, якщо фізична відстань є критичним чинником. Використання телемедсестринства можливе

амбулаторно, в лікарні, в телемедичному центрі або за допомогою мобільних пунктів [5].

Аналізуючи впровадження телемедсестринства, можна сформулювати функції сестри/брата медичної, які проводить телемедичну діяльність, а саме:

- управління зверненнями (дзвінками, e-mail) пацієнтів;
- моніторинг результатів діагностичних обстежень, призначень і плану лікування;
- координування надання спеціалізованої та первинної допомоги пацієнтам;
- моніторинг ефективності протоколів (знеболювання, інсулін тощо).

Надавати телемедичні послуги сестра/брат медичні можуть за допомогою різних технологічних інструментів зв'язку. Головною передумовою ефективної комунікації сестри/брата медичних з пацієнтами та їх оточенням при здійсненні телемедсестринства є забезпечення обох сторін адекватним швидкісним інтернетом, мережею телефонного зв'язку, а також пристроями для передачі інформації. За допомогою різноманітних девайсів сестра/брат медичні можуть проводити відеоконференції, консультації за допомогою телефонних мобільних пристроїв тощо.

Нами розроблена модель застосування телемедсестринства залежності від потреб пацієнта, який знаходиться у критично віддалених місцевостях. Цю модель можна широко застосовувати навіть у період COVID-19 чи якихось інших форс-мажорних обставинах, коли потрібна швидка комунікація, консультація чи інші види та методи лікувально –діагностичного спрямування.



Рис.1. Телемедсестринські послуги залежно від використання технологічних пристроїв

Отже, можна зробити висновок, що телемедсестринство є вкрай важливою ділянкою роботи в галузі охорони здоров'я. Оскільки це є швидкий доступ до медичної допомоги населенню, особливо географічно віддалених районів. При використанні телемедицини загалом, у вииграші залишаються, як пацієнти та їх оточення так медичні працівники і заклади охорони здоров'я. Можна сказати, що даний вид медичної допомоги є пацієнто-центрований і важливу роль у його забезпеченні відіграють саме сестри/брати медичні.

ЛІТЕРАТУРА

1. URL: <https://medinet.com.ua/telemedytsyna-y-sviti#rec190692024>
2. Владзимирський А. В. Перше застосування телемедицини в Україні: Мар'ян Франке та Вітольд Ліпінські / А. В. Владзимирський, О. М. Стадник, М. Карліньска // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2012. – Т. 10, № 1. – С. 18–26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ujtm_2012_10_1_5.
3. Наказ МОЗ від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>.
4. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.
5. URL: <https://medinet.com.ua/telemedytsyna-v-praktytsi-likarya>.

КУХТІЙ М.О., магістр

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені АндреяКрупинського»

Науковий керівник:

НЕДІЛЬКО Р.В. кан. держ. упр. (док. філософії),
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені АндреяКрупинського»

СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ФОРМУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ

Сучасний розвиток вищої медсестринської освіти зазнає значних трансформацій. Суспільство потребує абсолютно нового покоління практикуючих сестер/братів медичних, які б могли швидко реагувати на виклики та зміни у сучасному світі, були висококваліфікованими фахівцями своєї професійної діяльності та володіли фаховими компетентностями на сучасному рівні.

Висока якість вищої освіти в Україні може бути забезпечена шляхом інтеграції фахових і педагогічних складових змісту, спрямованого на формування компетентного фахівця, здатного до неперервного навчання [1]. З огляду на це, головним завданням професійної медсестринської освіти є підготовка кваліфікованих конкурентоспроможних кадрів з

високим рівнем сформованості професійних знань, навичок і вмінь, творчого мислення, кращих людських якостей, національної свідомості[2].

З розвитком медсестринства змінюється роль медсестри, розширюється коло її повноважень, а діяльність передбачає автономність в оцінці стану здоров'я пацієнта та прийнятті самостійних рішень при виконанні незалежних медсестринських втручань [3]. Власне, педагогічна компетентність, якою володіють сестра/брат медичні може забезпечити якісну комунікативну складову, лідерські та менеджментські якості та розширить кругозір дасть більш ширше розуміння багатьом процесам, які відбуваються в період трансформації медсестринства. Оволодіння професійно-педагогічною компетентність здобувачами вищої освіти забезпечуються такими освітніми компонентами, як: Менеджмент та лідерство в медсестринстві, Основи психології та міжособове спілкування, Медсестринська етика та деонтологія.

Сьогоднішня реформа охорони здоров'я, особливо первинної ланки, а також високі вимоги суспільства щодо компетентностей сестри/брата медичних вимагають нових підходів до пацієнта та його оточення, роботи у команді, уміння взяти на себе відповідальність та приймати рішення. Професійно-педагогічна компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини розглядається як володіння знаннями, уміннями і навичками здійснювати просвітницьку діяльність серед населення, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх потреб та складання плану інформування щодо елементів само- і взаємодогляду, та використавши всі механізми навчальної взаємодії, забезпечити теоретичну підготовку та практичне відпрацювання елементів догляду. Це допоможе передбачати, запобігати, уникати потенційних проблем пацієнта та забезпечить його відносно комфортний стан, попередить ускладнення, викликані захворюваннями. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини є компонентами їх професійної компетентності і поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, етичну, комунікативну складові, що передбачає володіння суміжними знаннями та вміннями, високий рівень професійно-педагогічної мобільності [4].

Оволодіння педагогічною складовою у медсестринстві розпочинається на перших курсах навчання, оскільки студенти вивчають етапи медсестринського процесу, які застосовують у подальшому навчанні з

клінічних дисциплін та впроваджують у практичну охорону здоров'я. Етапи медсестринського процесу це послідовний алгоритм роботи сестри/брата медичних з пацієнтом та його оточенням. Оскільки, сестра/брат медичні, під час виконання своєї фахової діяльності спілкується не тільки з пацієнтом, а й з його родичами, близькими надаючи їм знання щодо догляду за пацієнтом, проводять просвітницьку роботу серед населення, комунікують з медичним персоналом, працюють у команді то педагогічна компонента має бути вивчена студентами на високому рівні.

На сучасному етапі розвитку медсестринства та враховуючи вимоги суспільства до отримання медичних та медсестринських послуг, фахова діяльність сестри/брата медичних отримують більш ширші повноваження, які не обмежуються лише володінням практичними навичками, тобто медсестринськими маніпуляціями та втручанням, а й набуття ними навиків Softskills (м'якими навичками), які є вкрай важливими для фахової діяльності медсестринського персоналу. Володіння м'якими навичками сестрами/братами медичними забезпечують ряд важливих фахових складових, а саме:

1. Комунікація – уміння вербального та невербального спілкування, грамотність.
2. Вміння виступати публічно – навик давати інтерв'ю, публічно виступати, доповідати, проводити тренінги.
3. Командна робота – вміння налагоджувати комунікацію при взаємодії з пацієнтами та їх оточенням, робота в міжпрофесійній команді.
4. Управління часом – вкрай важлива навичка, оскільки вона дає можливість вчасно виконувати поставленні завдання, самоорганізовуватись.
5. Гнучкість і адаптивність – вміння аналізувати ситуацію чи проблему, сприйняття, уміння провести корекцію медсестринських втручань чи змінити свою думку задля вирішення проблеми.
6. Лідерські якості – це уміння спокійно та виважено працювати у стресових ситуаціях, приймати правильні рішення, встановлювати пріоритети та цілі, планувати, прагнення до розвитку і зростання.

В результаті здійсненої теоретичної розвідки нами визначені ефективні педагогічні компетентності сестри/брата медичних для підсилення імплементації їх у медсестринську практику для покращення надання медичних послуг.

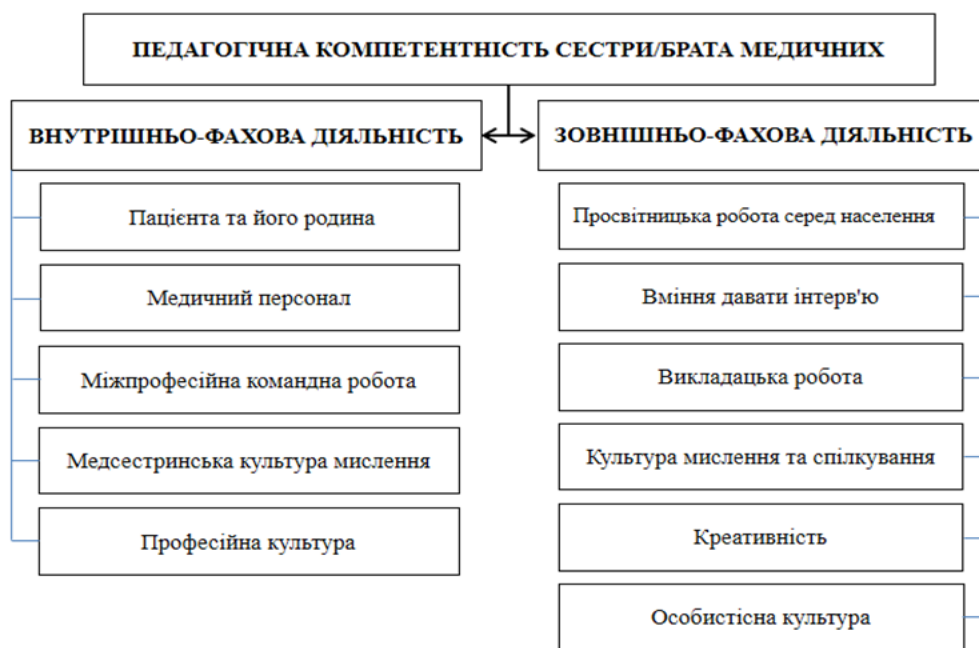


Рис 1. Модель педагогічної компетентності сестри/брата медичних

Отже, можна сказати, що володіння навиками педагогічної компетентності сестер/братів медичних, значно покращує професійність медсестринського персоналу та забезпечує набуття навичок Softskills. Вивчаючи та аналізуючи наукові джерела з даної проблематики, можна сказати, що є деякі суперечливості та до кінця не вивчено питання, що до формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх сестер/братів медичних та потребують подальшого теоретичного вивчення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузьмінський А.І. Педагогіка вищої школи: навч.посіб. / А.І. Кузьмінський. – К. : Знання, 2005. – 486 с.
2. Ястремська С.О. Інноваційні методи викладання дисциплін у медсестринстві, URL: <https://cutt.ly/uc2b5Z2>
3. Сестринська справа / За ред. М. Г. Шевчука. – К.: Здоров'я., 1991. – 496 с .
4. Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності // Проблеми освіти: Наук-метод. зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. – Київ, 2015. – Вип. 85. – С. 9–14.

МУЗИКА О.І., магістр
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
Науковий керівник:
ДУБ Н.Є., канд. держ. упр.
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УПРАВЛІННЯ ІНКЛЮЗИВНОЮ ОСВІТОЮ

Вступ. 23 травня 2017 року Верховна Рада України ухвалила Закон «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг». Цим законом закріплюється право на освіту осіб з особливими освітніми потребами і надається їм можливість здобувати освіту в усіх освітніх закладах, у тому числі безоплатно в державних і комунальних навчальних закладах, незалежно від «встановлення інвалідності». Цей нормативний акт підкреслює значення інклюзивної освіти для створення рівних умов та повної доступності особам з інвалідністю [1].

Основна частина. Законодавство України трактує інклюзивне навчання, як систему освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахуванні багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.

Інклюзивне освітнє середовище - сукупність умов, способів і засобів для спільного навчання, виховання та розвитку здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб і можливостей.

Особа з особливими освітніми потребами – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту [2].

Управління інклюзивною освітою в Україні регламентується рядом нормативно-правових документів.

У 2009 році Україна ратифікувала основні міжнародні документи щодо формування інклюзивного середовища для осіб з інвалідністю.

Зокрема, у Конвенції ООН про права дитини, прийнятій 20 листопада 1989 р. підкреслено, що дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства [3].

У статті 53 Конституції України прописано право кожного на освіту [4].

У 2016 р. Президент України підписав Указ «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» від 13.12.2016 [5].

Право осіб з інвалідністю на освіту задекларовано також в Законі України «Про освіту». У пункті 2, статті 3 Закону наголошено, що в Україні створюються рівні умови доступу до освіти. Ніхто не може бути обмежений у праві на здобуття освіти. Право на освіту гарантується незалежно від віку, статі, раси, стану здоров'я, інвалідності, громадянства, національності, політичних, релігійних чи інших переконань, кольору шкіри, місця проживання, мови спілкування, походження, соціального і майнового стану, наявності судимості, а також інших обставин та ознак. У пункті 6 статті 3 Закону підкреслено, що держава створює умови для здобуття освіти особами з особливими освітніми потребами з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів, а також забезпечує виявлення та усунення факторів, що перешкоджають реалізації прав і задоволенню потреб таких осіб у сфері освіти. Закон України «Про освіту» дає трактування освіти осіб з особливими освітніми потребами, інклюзивного навчання, тощо [6].

Пункт 12 статті 1 Закону України «Про повну загальну середню освіту» подає визначення інклюзивного навчання, як системи освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників [7].

Особливу увагу на надання освітніх послуг особам з особливими освітніми потребами звернено у Законі України «Про вищу освіту». У Законі подано визначення особи з особливими освітніми потребами, як особи з інвалідністю, яка потребує додаткової підтримки для забезпечення здобуття вищої освіти. Особи з інвалідністю мають право на спеціальний навчально-реабілітаційний супровід та вільний доступ до інфраструктури

закладу вищої освіти відповідно до медико-соціальних показань за наявності обмежень життєдіяльності, зумовлених станом здоров'я [8].

Закон України «Про фахову передвищу освіту» 2019 року також не оминув увагою доступність освіти особам з інвалідністю. У Законі задекларовано, що заклади фахової передвищої освіти створюють умови для вступників з особливими освітніми потребами шляхом забезпечення розумного пристосування та універсального дизайну. Здобувачі освіти з особливими освітніми потребами мають право на необхідні умови для навчання [9].

Забезпечення доступності і безоплатності освіти для осіб з інвалідністю задекларовано і у статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [10].

Особливості доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг та організації інклюзивного навчання знайшли своє відображення у Законах України «Про внесення змін до деяких законів України про освіту» (2014, 2017 рр).

Підходи до управління інклюзивною освітою окреслено в Постановах Кабінету міністрів України: Про встановлення строку навчання у загальноосвітніх навчальних закладах для дітей з особливими освітніми потребами» від 23.04.2003 № 585, «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» від 15.08.2011 № 872, «Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами» від 21.08.2013 № 607, «Про порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на надання державної підтримки особам з особливими освітніми потребами» від 14.02.2017 № 88, «Деякі питання створення ресурсних центрів підтримки інклюзивної освіти та інклюзивно-ресурсних центрів» від 22.08.2018 № 617.

МОН України розробив ряд наказів у допомогу освітнім закладам щодо організації інклюзивного навчання: Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання» від 01.10.2010 № 912, Про затвердження Плану заходів щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітньому просторі від 31.12.2015 № 1436, Деякі питання комплексної оцінки розвитку дітей з особливими освітніми потребами від 06.09.2018 № 977 тощо.

Висновки. Зважаючи, на наявність потужної нормативно-правової бази управління інклюзивною освітою в Україні, можна зробити висновки, що в Україні наданню освітніх послуг особам з особливими освітніми потребами приділяється значна увага. Виклики, які стоять сьогодні перед інклюзивною освітою в нашій державі обумовлені відносно незначним проміжком часу вивчення цього питання на усіх рівнях, малим досвідом України у роботі з особами з інвалідністю на рівні світових стандартів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про внесення змін до Закону України "Про освіту" щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг». URL.: <https://ips.ligazakon.net/document/T172053>
2. Інклюзивне навчання. МОН України. URL.: <https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya>
3. Конвенція ООН про права дитини (20 листопада 1989 року). URL.: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text.
4. Конституція України. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80#Text>
5. Указ Президента України від 13.12.2016 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/553/2016#Text>
6. Закон України «Про освіту». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
7. Закон України «Про повну загальну середню освіту». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>
8. Закон України «Про вищу освіту». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
9. Закон України «Про фахову передвищу освіту». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19#Text>
10. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

НАЛИВАЙКО Л.М., студентка I-го курсу
спеціальності 223 Медсестринство
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»
АНТОНЕНКО Ю.О., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., к. держ. упр.,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А.Крупинського»

ВИБІРКОВІ ДИСЦИПЛІНИ: ПЕРЕШКОДИ У ВПРОВАДЖЕНІ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ

З метою формування індивідуальної освітньої траєкторії здобувача, відповідно до Закону України «Про вищу освіту» №1556-VII від 01.07.2014 року, статті 62 пункт 15 «вибір навчальних дисциплін у межах, передбачених відповідною освітньою програмою та навчальним планом, в обов'язку, що становить не менш як 25 відсотків загальної кількості кредитів ЄКТС, передбачених для даного рівня вищої освіти», кожний здобувач вищої освіти має право на вільний вибір варіативної складової освітньо-професійної програми. [1]

В середині ХХ ст. американський психолог Карл Роджерс систематизував поняття вибіркового дисциплін (англ. *electives*) походять із концепції *person-centered teaching* (навчання, орієнтоване на особистість). У її основі лежить принцип, за яким студент бере активну участь у формуванні своєї освітньої траєкторії, обираючи, що вчити, як вчити та як оцінювати власні знання. Викладач виконує функції не так джерела знань, як провідника та фасилітатора під час руху по цій траєкторії. Цей рух супроводжується постійним самоаналізом та тісною комунікацією викладача зі студентом чи учнем, і сама оцінка знань тяжіє більше до накопичення різних завдань та видів робіт, ніж до звичного підсумкового контролю. Активний розвиток студентоцентрованого навчання в Європі розпочалося в 1990-х роках.

У вибіркових дисциплінах зацікавлені всі учасники освітнього процесу. Здобувачі вищої освіти отримують змогу доповнювати свою основну спеціальність додатковим фахом або брати окремі курси для широкої ерудиції. Можливість вибору дисциплін із різних факультетів та кафедр є ефективним інструментом міждисциплінарності. Також навчання у змішаних групах дозволяє студентам отримати неформальний досвід від студентів з інших спеціальностей. У свою чергу, викладачі на вибіркових дисциплінах працюють із більш умотивованими студентами. Самі заклади вищої освіти загалом стають більш привабливими для абітурієнтів. Зрештою, кінцеві компетентності, якими може оволодіти студент, за рахунок гнучкості навчальних планів часто краще відповідають потребам ринку праці. Особлива увага до вибіркових курсів не випадкова. На нашу думку, вони є лакмусовим папірцем для комплексного аналізу готовності університетів до запровадження орієнтованого на студента дизайну освітніх програм, справедливої конкуренції між викладачами, внутрішніх систем забезпечення якості вищої освіти та інших механізмів, передбачених реформою вищої освіти.

Які існують перешкоди у впровадженні вибіркових дисциплін в закладах вищої освіти? **Брак коштів.** Суттєвою перешкодою для впровадження вибіркових дисциплін є система оплати праці викладачів. Викладацькі ставки жорстко прив'язані до кількості студентів. Як наслідок, по-перше, кількість ставок не може бути більшою, ніж розраховано згідно з нормативами, по-друге, при розрахунках ставок неможливо врахувати реальне навантаження на викладача. Це призводить до необхідності набирати якомога більші групи студентів для запису на кожен дисципліну: університет не може оплатити викладачеві курс, прочитаний для невеликої групи студентів. У багатьох ВНЗ скаржилися на те, що студентів і так мало, тому ділити їх на дрібні групи неможливо. **Нерозуміння орієнтованого на студента підходу.** У різних ВНЗ неодноразово наголошували на тому, що в їхніх закладах не збираються змінювати усталену систему. Крім того, представники ВНЗ часто підкреслювали, що не можуть довірити студентам формування навчального плану. На їхню думку, цим мають займатися лише досвідчені викладачі й методисти, адже студенти будуть обирати лише легкі дисципліни. Тобто представники адміністрації не розцінюють

вибіркові дисципліни як інструмент підвищення якості освіти. Бракує розуміння того, що студенти, які записуються на ті дисципліни, в яких вони найбільше зацікавлені, мотивовані докладати зусилля для засвоєння матеріалу. Викладачі не сприймають вибіркові дисципліни як можливість працювати з більш умотивованими студентами, що може підвищити якість курсів. **Брак конкуренції між викладачами.** Викладачі не готові змагатися за студентів, адже студенти в будь-якому разі зобов'язані прослухати їхні курси. В таких умовах практично немає стимулів для постійного вдосконалення дисциплін та актуалізації їхнього змісту. Формування хоча б частини навантаження в залежності від вибору студентів, а не кафедри, порушуватиме звичні для викладачів правила розподілу ставок. **Позмінна організація освітнього процесу.** Методистам не вдається поєднувати в розкладі обрані студентами дисципліни з дисциплінами, які визначив університет. Однією з основних причин цієї проблеми є поділ студентів на зміни. Набагато простіше обрати час для вибіркової дисципліни, коли всі слухачі присутні в університеті одночасно, ніж коли частина з них відвідують заняття зранку, а частина – ввечері. **Перенавантаження студентів.** У деяких ВНЗ брак достатньо широкого вибору дисциплін було пояснено тим, що студенти надто навантажені обов'язковими предметами. Це нерозуміння або порушення норми, за якою вибіркові дисципліни мають бути запропоновані як частина навчального навантаження.[2]

Які можна надати рекомендації в даній ситуації? Рекомендації можна акцентувати в трьох напрямках: адміністрації закладу вищої освіти, науково-педагогічним, педагогічним працівникам та здобувачам вищої освіти. Адміністрації ЗВО. Оскільки однією із причин відсутності вибірових дисциплін є брак ресурсів, зокрема неможливість проводити заняття у малих групах, то вартує до курсу вибірових дисциплін залучати здобувачів вищої освіти з різних факультетів та курсів. Таким чином сформована група буде з достатньою кількістю здобувачів вищої освіти. Записи на вибіркові дисципліни здійснювати в електронних Google формах. Презентації вибірових дисциплін повинні бути виставлені на сайтах вищих навчальних закладів. Здійснювати постійний моніторинг освітніх програм, вибірових дисциплін,

випускників та стейкхолдерів для того, щоб можна було оцінити, які саме компетентності здобувачам вищої освіти потрібно надолужити за допомогою вибіркового дисциплін. Для науково-педагогічних та педагогічних працівників необхідно подавати презентацію вибіркової дисципліни де би містилася доступна та зрозуміла інформація про даний курс. Тому є більша ймовірність, що його оберуть найбільш вмотивовані здобувачі вищої освіти. Здобувачі вищої освіти. Ви є повноцінними учасниками освітнього процесу, тому ви маєте безпосереднє право впливати на його організацію. Також маєте право здійснювати вибір дисциплін не лише у себе на факультеті, але й за його межами. Консультуйтеся з іншими здобувачами старших курсів, щоб ті надали вам інформацію про вибірково дисципліни та компетенції, якими ви оволодієте. А також варто відвідати презентації вибіркового дисциплін науково-педагогічними та педагогічними працівниками, де ви б мали змогу задати запитання, щодо курсу якщо вам щось незрозуміло.

Сьогодні диктує нові правила для закладів вищої освіти, тому потрібно пам'ятати, що вибірково дисципліни – це не тільки норма закону, яка повинна функціонувати лише за для звітності, а й нові можливості для всіх.

ЛІТЕРАТУРА

1. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
2. <https://cedos.org.ua/researches/vybir-bez-vyboru-monitorynh-vybirkovykh-kursiv-u-derzhavnykh-vyshakh/>

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

канд. держ. упр. (док. філософії),
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім.А.Крупинського»

НЕДІЛЬКО Р.В.

канд. держ. упр. (док. філософії)
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім.А.Крупинського»

КУЗЬМЕНКО О.В.

магістр,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім.А.Крупинського»

ДЕБРИФІНГ – ІНОВАЦІЙНИЙ МЕТОД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Актуальністю даної теми є провадження реформування в галузі охорони здоров'я в нашій державі. Перед закладами вищої освіти, котрі готують фахівців з медицини та медсестринства, постає питання покращення надання освітніх послуг для здобувачів вищої освіти, впровадження сучасних методів викладання для формування фахових компетентностей відповідно до ринку праці і готовності випускників ЗВО до конкурентоспроможності у професійній діяльності.

Мета статті – проаналізувати та вивчити метод дебрифінгу в освіті медсестринської спеціальності, розуміння даної методики та запровадження в освітній процес.

Одним із ефективних методів навчання метою яких є формування клінічного мислення це метод дебрифінгу. Дебрифінг (англ. debriefing – «витягування»), в даному випадку знань з учасників ігрової взаємодії) – це процес перегляду суджень або думок учасників інтерактивного навчання, а також обговорення і порівняння їх вирішення з можливими альтернативами [1]. Варто зазначити, що дебрифінг широко застосовується у практиці клінічної підготовки сестри/братамедичних за канадською моделлю. Використовуючи дебрифінг викладач стимулює всіх студентів до міжособистісної взаємодії, включаючи викладача під час розгляду клінічної задачі як в умовах клініки з пацієнтом, так і в

стимуляційному класі чи центрі. Процес дебрифінгу побудований на взаємодії всіх студентів, включаючи викладача.

Педагог частіше виступає лише в ролі організатора процесу навчання, лідера групи, фасилітатора, творця умов для ініціативи студентів [2]. Поняття дебрифінг означає – розбір «польотів», обговорення виконаного завдання, отримання зворотного зв'язку. В цілому, це можна трактувати, як аналіз досвіду, набутого учасниками під час виконання тренінгового завдання.

Одними із перших, метод дебрифінгу почали застосовувати військові у США з метою проведення аналізу виконаної місії солдатами чи пілотами, що мотивувало останніх до детального та ретельного самоаналізу виконуваних дій.

Для проведення якісного дебрифінгу потрібно дотримуватись двох ключових вимог, а саме:

1. Структурованість – включає три конкретні дії: мета, дія, час.
2. Основа (база) – міжособистісна підтримка, протоколи, алгоритми (чек-листи) [3].

Мета педагога в дебрифінгу – не визнавати твердження студентів лише як «вірні» або «невірні», а максимально «витягувати» інформацію з аналізу ігрового заняття, націлювати учасників підійти до вирішення проблеми з різних точок зору і тим самим дати їм більше можливостей для самостійного вибору дій [4].

Варто зазначити, що у нашому закладі вищої освіти запроваджено новий формат безперервного професійного розвитку – Групи рівних за підтримки Україно-Швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти» і на одній із зустрічей групи рівних презентувалась доповідь «Дебрифінг в симуляційному навчанні сестер/братів медичних: структура та методика проведення», презентаторки Роксолана Неділько та Ольга Кузьменко розповіли про метод дебрифінгу учасникам зустрічі та запропонували розв'язання кейсів для кращого усвідомлення та закріплення знань та навичок під час впровадження даної методики у викладанні дисциплін, особливо клінічних. Акцентувавши увагу учасників Групи рівних на тому, що дебрифінг починається з розгляду кожним здобувачем вищої освітиситуативної/клінічної задачі чи алгоритму виконання практичної навички, з метою практичногovidпрацювання та проведення відеозапису

виконання дій. Після чого, кожен здобувач вищої освіти переглядаючи це відео, разом іншими студентами та з викладачем/інструктором, починає обговорення кожного кроку виконання алгоритму практичної навички чи ситуативної/клінічної задачі, підмічаючи помилки, неточності, отримуючи практичний досвід вчитися на помилках інших та виконувати усі дії свідомо, застосовуючи в комплексі теоретичні знання та практичні навички.

Під час проведення дебрифінгу зі здобувачами вищої освіти, слід уникати таких помилок, як:

1. Не перетворювати дебрифінг на лекцію/урок.
2. Не вибирати фаворитів.
3. Не боятись «тиші» – 10 секунд це не багато часу.
4. Не відповідати самому на власні запитання.
5. Не бути дуже авторитарними, надто критичними та дружелюбними.
6. Не монополізувати дискусію (учасник/студент: викладач/інструктор – 3:1).
7. Не робити надто довгих дебрифінгів (2/3 часу від загальної кількості часу симуляційного навчання) [5].

Нами було розроблено опитувальник для здобувачів вищої освіти ЛМА з метою дослідження – для чого застосовують методу дебрифінгу на заняттях.

У даному опитуванні прийняли участь 250 респондентів, а саме – 17,2% респондентів (43 ст.) I курсу, 40,4% респондентів (101 ст.) II курсу, 20,8% респондентів (52ст.) III курсу, 21,6% респондентів (54 ст.) IV курсу. Охоплені усі спеціальності: 66,8% респондентів (167ст.) сестринської справи, 21,1% респондентів (53 ст.) спеціальності лабораторна діагностика, 5,2% респондентів (13ст.) – стоматологія, 4,8 % респондентів (12ст.) спеціальності стоматологія ортопедична та 2% (5ст.) – акушерська справа. А також, 55,6% респондентів (139 ст.) – котрі здобувають бакалаврський рівень освіти, 43,2% респондентів (108 ст.) – здобувають рівень освіти фаховий молодший бакалавр та 1,2% респондентів (3 ст.) – здобувають магістерський рівень освіти. Таким, чином, нами охоплені всі курси, спеціальності та рівні освіти наших здобувачів вищої освіти.

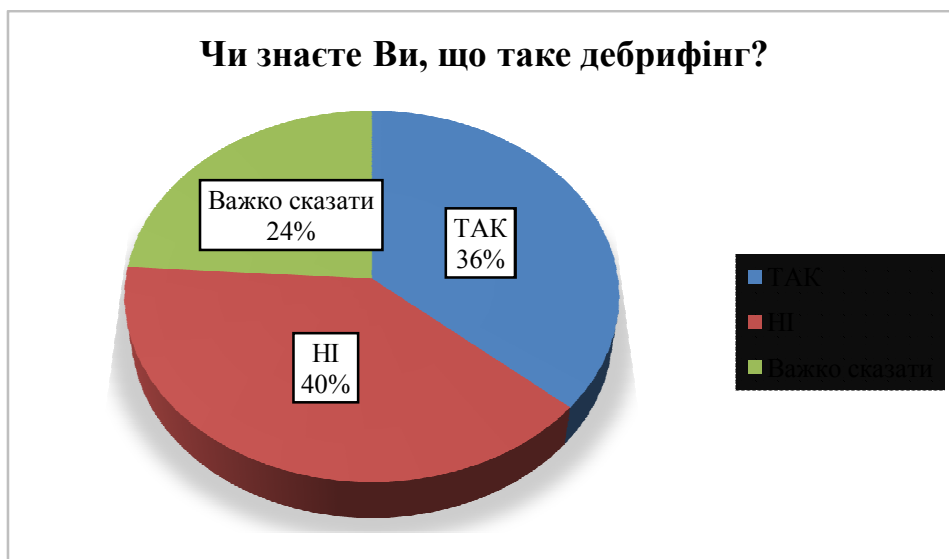


Рис 1.

З даної секторної діаграми можна зробити висновок, що здобувачі вищої освіти недокінця розуміють термін «дебрифінг» і як він застосовується у навчанні, оскільки 40% респондентів (99 ст.) відповіли, що не знають терміну «дебрифінг», а 24% респондентів (60 ст.) взагалі важко відповісти на дане запитання. Лише 36% респондентів (91 ст.) дали стверджувальну відповідь.

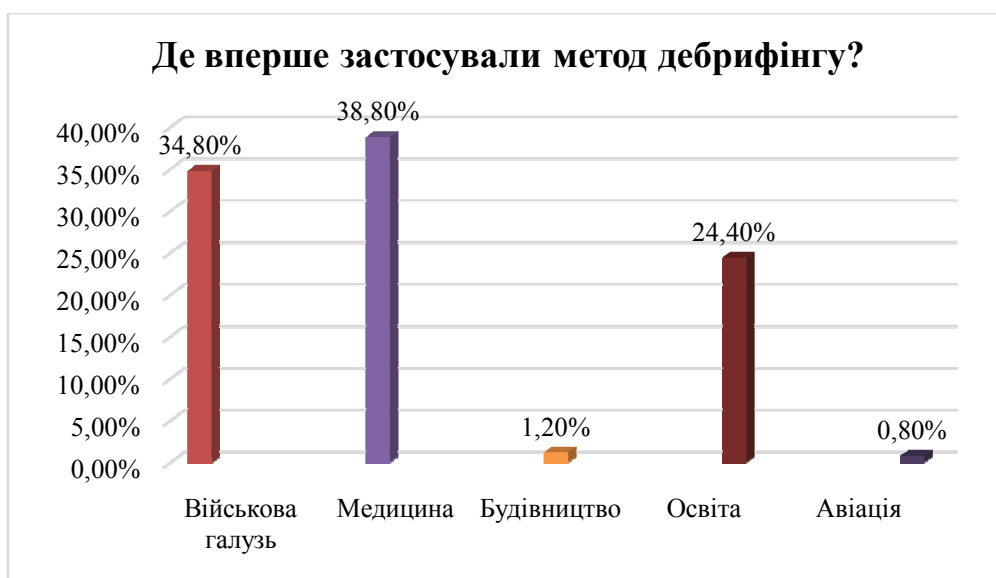


Рис 2.

Дана стовпчиками діаграма свідчить про те, що більшість здобувачів вищої освіти вважають, що метод дебрифінгу вперше почали використовувати у медицині – 38,8% респондентів (97 ст.), а 34,4%

респондентів (87 ст.) знають про історію застосування методу у практичній діяльності людей. 24,4% респондентів (61 ст.) вважають, що даний метод започаткували освітяни. Дане питання ми поставили для здобувачів вищої освіти свідомо, оскільки ми хотіли переконатись у різносторонній обізнаності наших студентів.

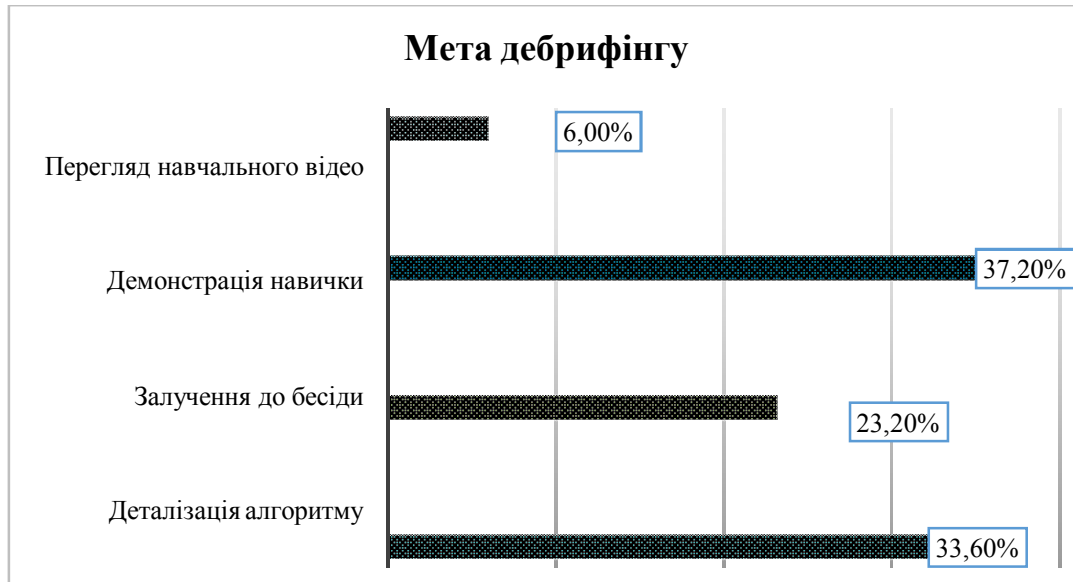


Рис 3.

Дана діаграма свідчить про те, що 37,2% респондентів (93 ст.) вважають, що дебрифінг це демонстрація виконання практичної навички, 33,6% респондентів (8 ст.) переконані, що це детальний розбір виконання алгоритму практичної навички чи ситуативної задачі, 23,2% респондентів (58 ст.) – вважають, що це є залучення до бесіди після виконання практичної навички, а 6% респондентів (15 ст.) – перегляд навчального відео-ролика.

Отже, можна зробити висновки, що застосування методу дебрифінгу не тільки при симуляційному навчанні, а й при звичних практичних заняттях, дозволить студентам самостійно і свідомо роздумувати та вирішувати такі питання, як:

- Що вони зробили?
- Як вони діяли?
- Чому вони діяли певним чином?
- Як вони можуть поліпшити свої дії в майбутньому?

Педагогічна практика із застосуванням методу дебрифінгу доводить, що він є раціональним та оптимальним у формуванні таких компетентностей як вміння приймати рішення, вміння вчитися на своїх помилках, вміння аналізувати, оцінювати та прогнозувати результати своєї діяльності тощо.

ЛІТЕРАТУРА

1. The role of debriefing in simulation-based learning / R. Fanning and D. Gaba // *Simulation in Healthcare*. – 2007. – Vol. 2 (1). – P. 115–125.
2. Основы менеджмента. Полное руководство по кейс-технологиям / [Панфилова А. П., Громова Л. А., Богачек И. А., Абчук В. А.] ; под ред. В. П. Соломина. – СПб., 2004. – 240 с.
3. O'Donnell, J.M., Rodgers, D.L., Lee, W, W., Edelson, D. P., Haag, J., Hamilton, M. F., Hoadley, T., McCullough, A., Meeks, R., (2009), *Structured and Supported Debriefing [Computer Software]*. American Heart Association, Dallas, TX.
4. Мухина С. А. Современные инновационные технологии обучения / С. А. Мухина, А. А. Соловьева. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 360 с.
5. Adapted from Mort, T.C. & Donahue, S.P (2004). “Simulators in Critical Care and Beyond”.

BEZKOROVAINA U. Yu. PhD in Public Administration,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy

NEDILKO R. V. PhD in Public Administration,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy

KUZMENKO O. V. Master of Science in Nursing,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy

DEBRIEFING – INNOVATIVE METHOD OF TEACHING MEDICAL STUDENTS

The topicality of the issue is due to implementation of the national health care reforms. Higher educational institutions, training specialists in medicine and nursing, face the necessity of improving educational strategies for the

students of higher education, and realising innovative teaching methods for formation of professional competencies in accordance with the labour market and the graduates' readiness to compete professionally.

The aim of the paper is analysing and examining the method of debriefing in nursing education, comprehension of the technique and its implementation into the educational process.

One of the effective teaching methods aimed at developing clinical thinking is the method of debriefing. Debriefing («extracting» the knowledge from the participants of game interaction) is a process of reviewing the judgments or opinions of the participants of interactive learning, as well as discussing and comparing their solutions with possible alternatives [1]. It should be noted that debriefing is widely used in the practice of clinical training of medical nurses by the Canadian model. Using debriefing, the teacher stimulates all students to interpersonal interaction, including the teacher during the consideration of the clinical task both in the clinic with the patient and in the stimulation class or centre. The debriefing process is based on the interaction of all students, including the teacher.

The teacher often only organizes the learning process, is the group leader, facilitator, and provides the conditions for student initiative [2]. The term debriefing means analysing, discussion of the completed task, receiving feedback. In general, this can be interpreted as an analysis of the experience gained by participants during the training task.

Among the first to use debriefing method were the military in the United States, their aim was to analyse the mission performed by soldiers or pilots, motivating them to a detailed and thorough self-analysis of their actions.

To debrief successfully, it is essential to meet the two key requirements as follows:

1. Structuring – includes three specific actions: purpose, action, time.
2. Basis – interpersonal support, protocols, algorithms (checklists) [3].

The goal of the teacher in debriefing is not to recognize the statements of students only as «right» or «wrong», but to «extract» information analysing the game class, and to aim the participants to approach the problem solving from different points of view and thus give them more opportunities to choose actions themselves [4].

Noteworthy is that our institution of higher education has implemented the continuous professional development of a new format – Peer-groups supported by the Ukrainian-Swiss project «Medical Education Development». The report «Debriefing in simulation training of nurses: the structure and methodology» was presented at one of the peer-groups meetings. The presenters Roksolana Nedilko and Olha Kuzmenko reported on the method of debriefing to the meeting participants, and suggested solving cases for better comprehension and reinforcement of knowledge and skills during implementation of this technique in teaching the disciplines, in particular the clinical ones. The peer-group participants' attention was also emphasized on the fact that debriefing begins with the students' consideration of a situational / clinical task or a practical skill algorithm for their practical implementation and video recording of the actions. Then the video is watched with other students and the teacher/instructor in order to discuss each step of the practical skill algorithm or the situational/clinical task, notice the mistakes and imprecisions, gain practical experience of learning from the mistakes of others and performing all actions consciously, and apply the theoretical knowledge in complex with practical skills.

While debriefing with students, it is essential to avoid the following mistakes:

1. Do not to turn the debriefing into a lecture/lesson.
2. Do not select the favourites.
3. Do not be afraid of “silence” – 10 seconds is not much time.
4. Do not answer your own questions.
5. Do not be very authoritarian, too critical and friendly.
6. Do not monopolize the discussion (participant/student : teacher/instructor –3:1).
7. Do not make too long debriefings (2/3 of the total simulation training time) [5].

We have developed a questionnaire for the students of Lviv Medical Academy to investigate the purpose of debriefing method at the classes.

250 respondents took part in this survey: 17.2% – 43 first-year students, 40.4% – 101 second-year students, 20.8% – 52 third-year students, 21.6% – 54 fourth-year students. The questionnaire covered all specialties: 66.8% – 167 students of nursing, 21.1% – 53 students of laboratory diagnostics, 5.2% – 13

students of dentistry, 4.8% – 12 students of orthopaedic dentistry, 2% – 5 students of obstetrics. 55.6% of the respondents (139 students) obtain bachelor’s degree, 43.2% (108 students) – vocational junior bachelor’s degree, 1.2% (3 students) – master’s degree. Thus, the survey involved the students of all years of study, specialties and levels of education in our institution.

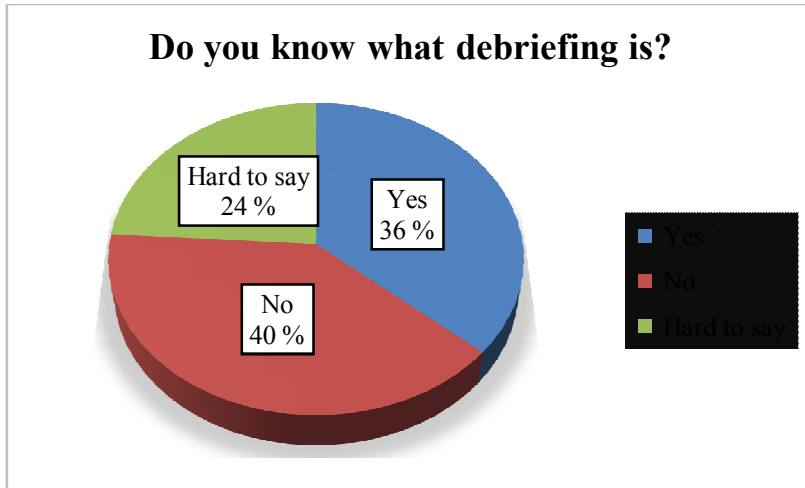


Fig. 1.

On the grounds of this pie chart, we can conclude that the students do not fully understand the term debriefing and how it is used in education, as 40% of the respondents (99 students) did not know the term debriefing, and 24% (60 students) had difficulty answering this question. Only 36% of the respondents (91 students) answered positively.

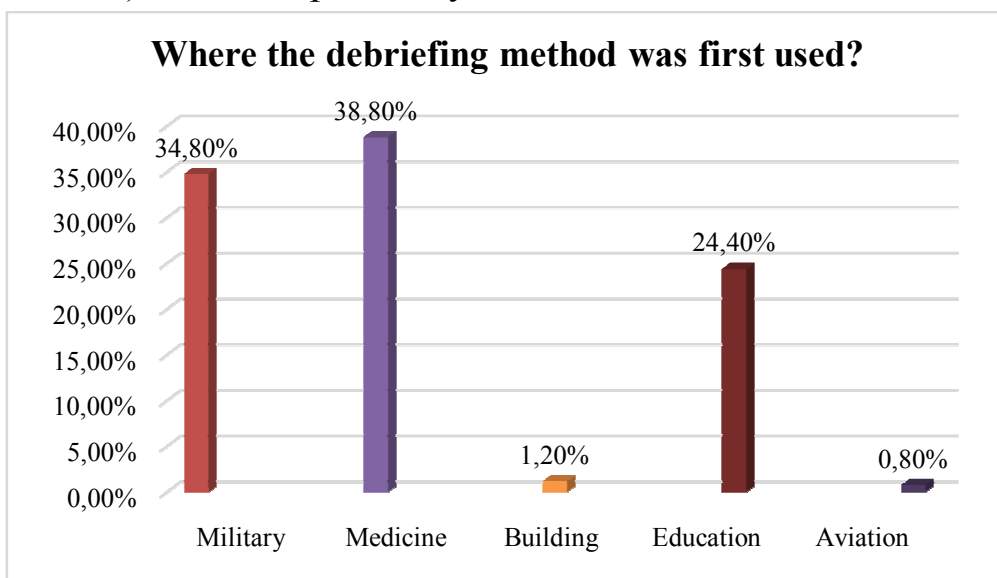


Fig. 2.

This bar chart shows that most students believe that the debriefing method was first used in medicine – 38.8% of the respondents (97 students), and 34.4%

(87 students) know about the history of the method application in the practical activities of people. 24.4% of the respondents (61 students) suppose that educators initiated this method. The students were asked this question on purpose to make sure that our students were well informed.

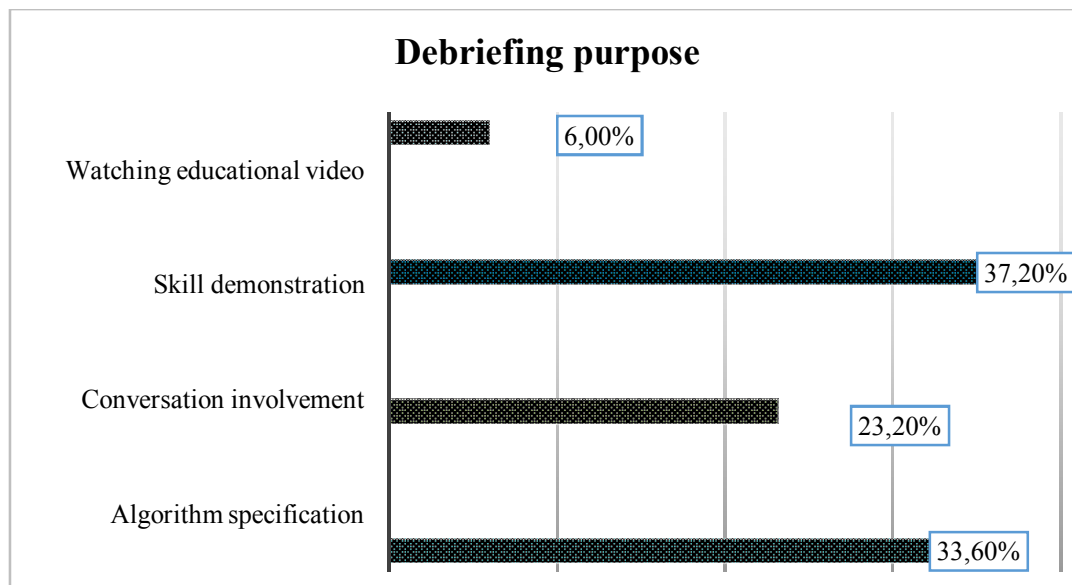


Fig. 3.

Due to this diagram, 37.2% of the respondents (93 students) consider debriefing as a practical skill demonstration; 33.6% (8 students) believe this is an algorithm specification for a practical skill or a situational task; 23.2% (58 students) think it is the conversation involvement after performing a practical skill; 6% (15 students) suppose it to be watching educational video.

Thus, it is possible to conclude that implementation of debriefing method, both in simulation training and at traditional practical classes, allows for the students' independent and conscious considering and addressing the issues as follows:

- What did they do?
- How did they act?
- Why did they act in a certain way?
- How can they improve their actions in the future?

Pedagogical practice of implementing debriefing method proves it to be rational and optimal in formation of such competencies as making decisions, learning from one's mistakes, analysing, evaluating and predicting results of one's activities, etc.

REFERENCES

1. The role of debriefing in simulation-based learning / R. Fanning and D. Gaba // *Simulation in Healthcare*. – 2007. – Vol. 2 (1). – P. 115–125.
2. Основы менеджмента. Полное руководство по кейс-технологиям / [Панфилова А. П., Громова Л. А., Богачек И. А., Абчук В. А.] ; под ред. В. П. Соломина. – СПб., 2004. – 240 с.
3. O'Donnell, J.M., Rodgers, D.L., Lee, W, W., Edelson, D. P., Haag, J., Hamilton, M. F., Hoadley, T., McCullough, A., Meeks, R., (2009), *Structured and Supported Debriefing [Computer Software]*. AmericanHeartAssociation, Dallas, TX.
4. Мухина С. А. Современные инновационные технологии обучения / С. А. Мухина, А. А. Соловьева. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 360 с.
5. Adapted from Mort, T.C. & Donahue, S.P (2004). “Simulators in Critical Care and Beyond”.

ПАРТИКА У. Б. викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А. Крупинського»
КУЗЬМЕНКО О.В. магістр,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. А. Крупинського»

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЯКІСНОЇ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ В ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Актуальність. У системі медичної освіти України останнім часом зростає значення проведення тестування з профільних дисциплін для контролю отриманих студентами знань. Фармакологія за обсягом та значенням є одним з вагомих предметів серед теоретичних дисциплін, що вивчаються у закладах вищої медичної освіти. Виходячи з цього постає питання щодо відповідності прикінцевих результатів об'єктивним знанням студентів при дистанційній формі навчання.

Мета. Проаналізувати якісну успішність студентів медичної академії з дисципліни фармакологія за підсумками тестового контролю в онлайн-

форматі, як незалежного кінцевого етапу оцінювання, та двоетапної системи підсумкового модульного контролю (тестування та практичні навички).

Встановлення відповідності тестового контролю як єдиного критерію визначення оцінки за підсумковий модуль було проаналізовано в порівняльному аспекті результати підсумкового контролю при традиційному підході (з урахуванням тестового контролю та результатів складання практичних навичок) та одного тестового контролю як Google-формі складання підсумкового модулю.

Протягом періоду навчання тестовий контроль проводився з використанням баз тестових завдань з дисципліни фармакології, рекомендованих для підготовки студентів медичної академії. З метою оптимізації підготовки до тестування викладачами дисципліни фармакологія, тести були розподілені по темам згідно навчальних планів і розміщені в такому вигляді на платформі Moodle Вищого Навчального Комунального Закладу Львівської Обласної Ради «Львівський медичний коледж імені Андрея Крупинського» на сторінці фармакологія. Загальна кількість тестових завдань для студентів складає близько 500. Окрім підсумкових контролів тестові бази використовуються при проведенні змістовних модулів (семінарських занять) та поточного контролю наступним чином: студент, який показав на змістовному модулі результат тестування нижче 60,5 % правильних відповідей отримує оцінку «незадовільно» і до наступних етапів змістовного модуля не допускається [6,9]. В подальшому студент допускається до перескладання змістовного модулю за умов подолання означеного відсоткового бар'єру тестування. Кількість перескладань не обмежується в межах терміну вивчення дисципліни [8].

Наприкінці курсу вивчення дисципліни студенти складають перед екзаменаційний тестовий «зріз» знань, за результатами якого можна прогнозувати підсумкову результативність при складанні екзамену [2,4].

Наступним і завершуючим етапом вивчення дисципліни є складання студентами підсумкового модульного контролю, який проводиться у вигляді тестового контролю. Це дало змогу провести незалежний завершальний етап контролю знань [5]. Подібна практика широко використовується в медичних ВНЗ України. Контроль практичних навичок студентів з дисципліни фармакологія був проведений на останньому занятті семестру та не був критерієм допуску до складання тестів [1,3].

Нами проведений кількісний аналіз чисельності студентів за спеціальністю 223 Медсестринство та різними формами навчання, який представлений у табл.1.

Таблиця 1.

Кількісний аналіз студентів за спеціальністю 223 Медсестринство та різними формами навчання (2019/2020, 2020/2021 н.р.)

РІК	СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО		
	Перед фаховий молодший бакалавр д.ф.н.	Перед фаховий молодший бакалавр в.ф.н.	Бакалавр д.ф.н.
2019/2020	22	11	24
2020/2021	19	12	36

Ми зіставили результати якісної успішності при двох різних формах оцінювання, що були використані у 2019/2020 році (традиційний підхід) та у 2020/2021 році (тестовий контроль в Google-формі). Результати даного зіставлення відображені у табл 2. Найкращі результати демонструють студенти денної форми навчання за спеціальністю 223 Медсестринство при будь-якій формі кінцевого контролю. Якісна успішність за всіма формами навчання була вищою при використанні тестового контролю в онлайн-форматі.

Таблиця 2.

Зіставлення результатів якісної успішності (%) студентів спеціальності 223 Медсестринство при проведенні традиційного підходу оцінювання (2019/2020 н. р.) та тестового контролю з фармакології (2020/2021 н. р.)

РІК	ТИП МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ	СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО		
		Перед фаховий молодший бакалавр д.ф.н.	Перед фаховий молодший бакалавр в.ф.н.	Бакалавр д.н.ф.
2019/2020	Традиційний модульний контроль	20 (90,9%)	8 (72,7%)	19 (79,2%)
2020/2021	Модульний контроль в онлайн-форматі	17 (89,5%)	11 (91,7%)	34 (70%)

Відмінності в якійсній успішності студентів обумовлені мотиваційними факторами. Отримані результати збігаються з тим фактом, що за спеціальністю з найвищим рівнем успішності, при вступі до академії був найвищий конкурс [1,7].

Якісна успішність студентів з дисципліни фармакологія при застосуванні різних форм кінцевого контролю, зберігає співвідношення за різними формами навчання. Враховуючи те, що показник якісної успішності при ретельно підготованому та адекватно проведенному тестовому контролі, демонструє зіставні результати з іншими формами проведення підсумкового контролю, при цьому забезпечуючи високій рівень об'єктивності, ми пропонуємо подальше проведення підсумкового модульного контролю в вигляді тестування. Практичні навички при такій формі кінцевого оцінювання в повномуобсязі студент складає на змістовних модулях та наприкінці дисципліни. У подальшому потрібно розробляти методи контролю знань студентів з базових медичних дисциплін, з урахуванням можливості навчання студентів дистанційно та відповідності сучасним вимогам об'єктивності та якості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багрій М. М. Тестовий контроль теоретичних знань у структурі підготовки майбутніх лікарів / М. М. Багрій // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 4, Т. 1. – С. 64-67.

2. Вища освіта в Україні: Навч. посібник / За ред. В. Г. Кременя, С. М. Николаєнка. – К.: Знання, 2005. – 327 с.

3. Довгополова Я. В. Впровадження тестової методики в процес навчання у вищих навчальних закладах / Я. В. Довгополова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2011. – № 972. – С. 173-178.

4. Замараев В. А. Инновационная система совершенствования непрерывного образовательного процесса по курсу анатомии в вузах физической культуры / В. А. Замараев // Вестник УГТУ-УПИ. Серия «Образование и воспитание. Экономика и управление физической культуры и спорта». Современные проблемы развития физической культуры и спорта: сб. науч. статей / под ред. И. В. Брызгалова. – Екатеринбург. – 2006. – № 10 (81), Вып. 6, Т. 1. – С. 35-37.

5. Касярум О. П. Проблеми діагностування й контролю результатів навчання студентів / О. П. Касярум, Н. В. Касярум // Вісник Черкаського університету. – 2010. – Вип. 181. – С. 145-148.

6. Кулагин В. П. Информатизация образования: направления, средства, технологии: пособие [для системы повышения квалификации] / [В. П. Кулагин, Г. А. Краснова, Б. Б. Овезов и др.]. – М.: МЭИ, 2004. – 868 с.

7. Мистецтво бути викладачем: практич. посіб. / А. Брінклі, Б. Десантс, М. Флемм [та ін.]; за ред. О. І. Сидоренка. – К.: Навчально-методичний центр «Консорціумі з удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2003. – 144 с.

8. Маладика Л. Тестовий контроль професійних знань у структурі підготовки майбутніх фахівців МНС України / Л. Маладика // Наукові записки. Серія: Педагогіка. – 2009. – №3. – С. 92-96

9. Щевелева Г. М. Диагностическое тестирование предметных знаний первокурсников / Г. М. Щевелева // Педагогика. – 2001. – № 7. – С. 53-58.

СТАДНИЦЬКА І.Р., викладач
ТЗОВ Львівський медичний
фаховий коледж «Монада»
СТАДНИЦЬКА О.Б., психолог
КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ У ВНЗ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ, ЯК ШЛЯХ ДО САМОРЕАЛІЗАЦІЇ

У статті показано провідну роль інклюзивного навчання у ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації із певною інклюзивною часткою в процесі самореалізації осіб з особливими освітніми проблемами.

INCLUSIVE EDUCATION IN HIGHER EDUCATION INSTITUTE OF I-II ACCREDITATION LEVELS, AS WAYS TO SELF- REALIZATION

I.R. Stadnytska, O.B. Stadnytska

The basic department of the LTD Medical College « Monada »

The articles show the leading role of inclusive education in higher educational institutions of I-II accreditation levels with a certain inclusive part in the process of self-actualization of people with special educational problems.

Вступ

В період входу України до європейської спільноти, іде пошук шляхів активізації усвідомлення сутності окремої людини в спільноті, її значимості, самореалізації, суспільної корисності. Особливо ці питання актуальні для людей з особливими освітніми потребами. Саме на етапі становлення особи задоволення її освітніх потреб є тою базою, яка визначатиме все подальше життя індивіда. Актуальним на сьогодні є не відособлення людини з певними проблемами у здоров'ї, а саме її соціалізація гарантуватиме здорові відносини у суспільстві. Цим питанням і присвячена наша робота [1].

Основна частина

Інклюзивне навчання (англ. inclusive education) – буквально означає «особливе навчання» і передбачає, що учні чи студентів із особливими потребами будуть прийняті до загального освітнього середовища чи за місцем їхнього проживання чи за іншого вибору на загальних основах, що, практично, становитиме альтернативу інтернатній системі, де дітей з особливими потребами відокремлювали від інших дітей чи таке ж відокремлення спостерігалось і при домашній освіті.

ЮНЕСКО визначає інклюзивне навчання як «процес звернення і відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади, та зменшення виключення в освіті та навчальному процесі» [2].

Інклюзивна освіта – це не лише створення доступного освітнього середовища для дітей з особливими освітніми потребами, а й створення рівних можливостей для всіх категорій дітей. Головне завдання інклюзії полягає в тому, щоб діти не відчували себе особливими, щоб на рівні з іншими вони брали участь у навчальному, виховному, розважальному процесах. Найважливішим завданням є дати їм можливість проявити свою успішність відповідно до своїх здібностей та таланту [3].

Здобуття особами з особливими освітніми потребами чи інвалідністю вищої освіти (фахова підготовка) здійснюється у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації різних форм власності та відомчої

належності, зокрема й у середніх спеціалізованих навчальних закладах (коледжах) України [4].

Навчання студентів з особливими освітніми потребами чи інвалідністю у коледжах здійснюється як у складі спеціальних навчальних груп, так і у складі змішаних навчальних груп разом із звичайними студентами [5].

Здобуття вищої освіти абітурієнтом з особливими освітніми потребами чи інвалідністю зазвичай повинно починатися із довузівської підготовки. Головною її метою є предметна підготовка до вступних іспитів та адаптація до навчання і життєдіяльності в незвичних умовах навчального закладу [6]. Однак, через здебільшого платний характер навчання, відсутність спеціально розроблених методик та належним чином підготовлених викладачів, можливість проходження цієї підготовки особами з особливими освітніми потребами чи інвалідністю (особливо із малозабезпечених сімей) фактично згорнута. Наслідком цього є відмінність рівня вступної підготовки таких осіб від рівня підготовки решти абітурієнтів.

Враховуючи те, що можливості доступу до освіти в осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю та здорових громадян різняться (головним чином через нижчий рівень матеріального забезпечення та загальноосвітньої підготовки), законодавством України передбачено для них ряд пільг при вступі до ВНЗ I-II рівнів акредитації. Так, згідно з умовами прийому до ВНЗ, в тому числі коледжів, передбачено зарахування інвалідів I та II груп та дітей-інвалідів віком до 18 років, яким не протипоказане навчання за обраним напрямом (спеціальністю) поза конкурсом при поданні сертифікатів Українського центру оцінювання якості освіти (при одержанні оцінок на вступних випробуваннях не нижче встановленого рівня). Крім того, згідно з умовами прийому до ССНЗ за рекомендацією органів охорони здоров'я та соціального захисту населення приймальна комісія повинна розглядати питання про можливість зарахування до ССНЗ понад державне замовлення за результатами співбесіди з правом на навчання за місцем проживання інвалідів, які не спроможні відвідувати навчальний заклад, а також зобов'язана створити умови для проходження ними курсу навчання за екстернатною чи дистанційною формами [2].

За інших рівних умов переважне право на зарахування до ВНЗ мають інваліди та діти з малозабезпечених сімей, в яких: обидва батьки – інваліди; один із батьків – інвалід, а інший помер; одинока матір – інвалід чи батько – інвалід, який виховує дитину без матері.

Під час навчання зазначеним категоріям громадян стипендія та пенсія (державна соціальна допомога інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам) виплачуються у повному обсязі.

Міносвіти України постійно здійснюється цілеспрямована діяльність щодо забезпечення громадянам з особливими освітніми потребами чи інвалідністю можливості здобуття вищої освіти. Так, на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 16.10.2008р. №1252-р, яким схвалено Комплексний план дій з розвитку освіти в Україні на період до 2012 року, передбачено адаптацію системи вищої освіти до норм, стандартів та основних принципів держав – членів ЄС; забезпечення особистісно-орієнтованого навчання осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю та видання спеціальних підручників, наочно-дидактичних посібників для осіб з інвалідністю; запровадження у вищих навчальних закладах психолого-педагогічної підтримки та соціального супроводу студентів-інвалідів; забезпечення цілісного підходу до створення належних умов для здобуття освіти такими особами у вищих навчальних закладах незалежно від їх типу, підпорядкування і форми власності. На виконання зазначеного Плану дій Інститутом інноваційних технологій і змісту освіти Міносвіти України розробляються нові державні стандарти для напрямку «Корекційна освіта» (за нозологіями).

Питання доступності для осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю середньої спеціалізованої освіти продовжує на сьогоднішній день являти собою гостру соціальну проблему[7].

Розширення доступності освіти для осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю (у першу чергу, інклюзивної освіти), інтеграція їх в освітнє та соціальне середовище ускладнюється цілим рядом проблем, що мають різний масштаб та характер.

Динаміку чисельності осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю, які навчаються у ВНЗ I-IV рівнів акредитації, подано на Рис.

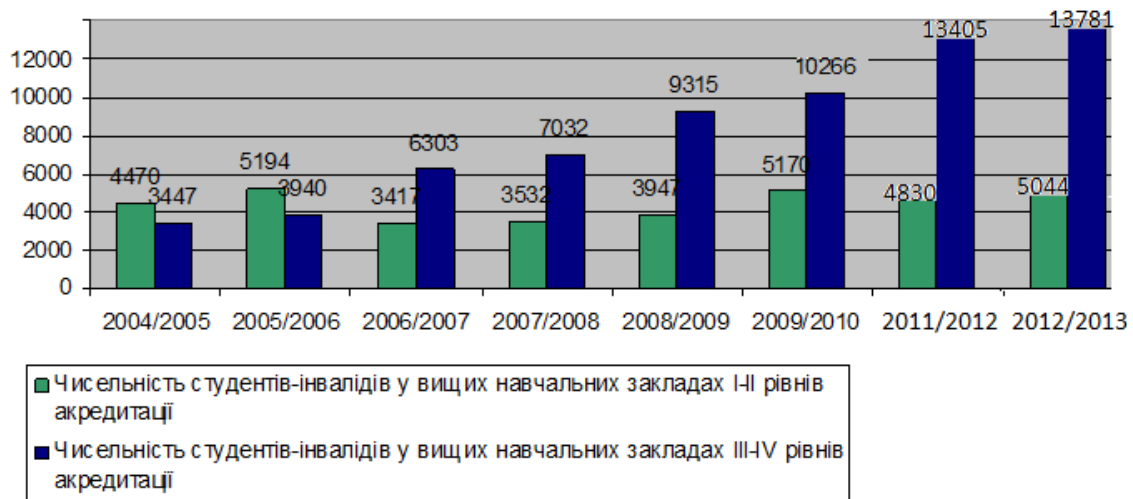


Рис. Чисельність студентів, які мають інвалідність у ВНЗ I-IV рівнів акредитації

Основними проблемами доступності до вищої освіти для осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю (у першу чергу, інклюзивної освіти), інтеграція їх в освітнє та соціальне середовище, які ще й мають різний масштаб та характер, є:

- недостатній рівень якості загальної середньої освіти інвалідів, що створює перешкоди при їх вступі до ВНЗ I-II рівнів акредитації;
- відсутність умов для сумісництва фахової підготовки інвалідів та їх медичної реабілітації;
- недостатня розробленість нормативно-правової бази щодо освіти інвалідів;
- незабезпеченість безбар'єрного архітектурного середовища при навчанні інвалідів у коледжах;
- недостатній рівень забезпечення студентів-інвалідів адаптивними технічними засобами навчання (різноманітним сурдо-, тифлотехнічним та іншим адаптивним обладнанням);
- недостатній рівень забезпечення студентів-інвалідів навчально-методичною літературою, адаптованою до їх психофізіологічних потреб;
- недостатній рівень розвитку суспільної свідомості щодо розуміння проблем та потреб інвалідів;
- недостатня консолідація зусиль інвалідів (в силу як суб'єктивних, так і об'єктивних обставин) в частині відстоювання своїх прав, у т.ч. й права на здобуття освіти.

середньої спеціалізованої освіти продовжує на сьогоднішній день являти собою гостру соціальну проблему. Розширення доступності освіти для інвалідів (у першу чергу, інклюзивної освіти), інтеграція інвалідів в освітнє та соціальне середовище ускладнюється цілим рядом проблем, що мають різний масштаб та характер.

Висновки

Таким чином, основними проблемами інклюзивної вищої освіти для осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю є:

- недостатній рівень якості загальної середньої освіти осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю, що створює перешкоди при їх вступі до ВНЗ I-II рівнів акредитації;

- відсутність умов для сумісництва фахової підготовки осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю та їх медичної реабілітації;

- недостатня розробленість нормативно-правової бази щодо їх освіти;

- незабезпеченість безбар'єрного архітектурного середовища при навчанні осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю у коледжах;

- недостатній рівень забезпечення осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю адаптивними технічними засобами навчання (різноманітним сурдо-, тифлотехнічним та іншим адаптивним обладнанням);

- недостатній рівень забезпечення таких студентів навчально-методичною літературою, адаптованою до їх психофізіологічних потреб;

- недостатній рівень розвитку суспільної свідомості щодо розуміння проблем та потреб осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю;

- недостатня консолідація зусиль самих осіб з особливими освітніми потребами чи інвалідністю (в силу як суб'єктивних, так і об'єктивних обставин) в частині відстоювання своїх прав, у т.ч. й права на здобуття освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Саламанкська декларація і рамки дій з освіти осіб з особливими потребами (1994 р.). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/salamanka.pdf

2. Законопроект України «Про освіту осіб, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (спеціальну освіту)» (у форматі doc)

3. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник / за заг. редакцією Байди Л. Ю., Красюкової-Еннс О. В. / кол. авторів: Байда Л. Ю., Красюкова-Еннс О. В., Буров С. Ю., Азін В. О., Грибальський Я. В., Найда Ю. М. – К., 2012. – 216 с.

4. Лорман Т., Демплер Дж., Харві Д. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практ. посіб.; пер. з англ. – К.: СПД-ФО Парашин І. С., 2010. – 296 с.

5. Лорман Т., Демплер Дж., Харві Д. Освіта дітей з особливими потребами: пошуки та перспективи Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практ. посіб.; пер. з англ. – К.: СПД-ФО Парашин І. С., 2010. – 296 с.

6. Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: науково-методичний збірник. – К.: ФО-П Придатченко П. М., 2007. – 336 с.

7. Дзеркало інклюзивної освіти в Україні: про стан інклюзивного навчання 2017–2018 роки

ФУРДИКОНЬ І.В., магістр

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

Науковий керівник:

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., канд. наук з держ.упр.

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПІДГОТОВЦІ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ НА ЗАСАДАХ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ

Інтеграція медичної освіти у світовий освітній та науковий простір, сучасні тенденції розвитку суспільства, суттєво посилили вимоги до рівня підготовки майбутніх фахівців закладів вищої освіти медичного профілю. Специфіка діяльності фахівців охорони здоров'я передбачає наявність у них ключових професійних, педагогічних, психологічних, комунікативних та інших компетентностей для успішної професійної діяльності. Якісна професійна підготовка фахівців охорони здоров'я зумовлює необхідність оновлення та впровадження інноваційних технологій, форм та методів

навчання в освітній процес закладів вищої освіти. На часі формування сучасного фахівця, який буде не лише компетентним, але й здатним незалежно мислити, приймати відповідальні рішення та творчо діяти в різних сферах професійної діяльності, орієнтуватися у сучасному суспільстві, інформаційному просторі, навчанні протягом життя. Розглядаючи інтерактивні технології навчання як інноваційні, нами враховано, що будь-яка педагогічна технологія не досягне своєї мети, якщо не розглядати її як цілісну систему в єдності її компонентів і взаємозв'язків. Сутність інтерактивного навчання полягає в тому, що воно відбувається за умов постійної, активної взаємодії всіх учасників освітнього процесу.

Інтерактивні технології дозволять не тільки засвоїти знання, вміння та навички з певної дисципліни, але, й надають можливість формувати інтегральні, загальні, педагогічні, та психологічні компетентності, розкрити нові можливості особистості через колективну діяльність, розвинути комунікативні вміння, сформувати навички роботи у співробітництві, які необхідні у професійній діяльності [1].

Актуальною та необхідною у формуванні особистості медиків є стратегія навчання упродовж життя. Мета цієї стратегії – постійне вдосконалення своїх знань, практичних та комунікативних навичок. Ця стратегія – неодмінна частина професіоналізму медичного працівника, оскільки різні випадки, конфліктні ситуації змушують медиків знаходити нові методи та підходи для підвищення якості комунікативних навичок [2].

Системно-структурний аналіз дозволив визначити, що другим принципом формуванні професійних навичок є принцип системності, що ґрунтується на принципах керівництва.

Керівництво застосовується для формування навчання студентів в Україні. За допомогою цього принципу відбуваються організація та контроль навчального процесу. Насамперед цей принцип спрямований на підготовку студентів до самоорганізації, вмотивованості, формування лідерських навичок і тайм-менеджменту, чесності та справедливості.

Варто наголосити, що важливим у підготовці висококваліфікованого спеціаліста (сестри/брата медичного) є необхідність застосування майстер-класів, тренінгів та консультацій для всебічного розвитку

медиків, що допоможе активізувати та систематизувати знання, підвищити мотивацію до навчання та самоорганізації студентів.

Зосередимо увагу та детальніше розглянемо методи синтезу та аналізу при підготовці медперсоналу, які дозволяють визначити, що для формування професійних навичок потрібне застосування таких форм навчальної роботи як: індивідуальна та самостійна, робота у великих групах чи підгрупах, дискусії.

Робота в команді сприятливо впливає на якість знань студентів, покращує формування професійних навичок та критичного мислення, умінь взаємодіяти один з одним, що є соціальною потребою суспільства.

Методика критичного та аналітичного мислення визначена як головна умова професіоналізму кожного медика. Ця методика допомагає підтримувати дискусію, знаходити ефективні рішення в складних ситуаціях, пристосовуватися до екстрених та конфліктних ситуацій. Цю методику ще називають інтелектуально-концептуальною, адже вона включає вміння працювати з нормативною базою та застосування моральних якостей. Використання методики критичного та аналітичного мислення підвищує рівень формування професійних навичок і впливає на загальний рівень розвитку студентів у медичних закладах.

Методика холізму комплексно вирішувати будь-яку проблему та особливо у лікуванні та медичному догляді за пацієнтами.

Значний акцент зроблено на методиці лідерства. Це допоможе студенту, а в майбутньому сестрі/брату медичному відповідально ставитись до своїх функціональних обов'язків, планувати комунікативну взаємодію з пацієнтами, контролювати лікувальний процес.

Методика мобільності й адаптивності тісно пов'язана з уміннями, якими повинен володіти кожний медик, а саме: розбірливо писати, чітко читати, розбирати рецепти та інші записи своїх колег, розумітися в нормативних актах, спілкуватися з пацієнтами, рідними пацієнта та іншими працівниками лікарні, бути уважними (особливо під час телефонних розмов) та готовими працювати 8–12 годин на день [3].

У підготовці висококваліфікованих спеціалістів обов'язковим є використання сучасних методів, які допоможуть у активізації та систематизації знань, формуванні умінь та навичок.

Практичні настанови – це метод, що використовується для ознайомлення студентів із сучасними нормами, протоколами, стратегіями та процедурами, основні з яких визначені на державному рівні.

Особливу увагу звернемо на метод «наставник на хвилину». Цей метод передбачає одержання завдання, допомогу від викладача, акцентування сильних сторін студента (що було ним зроблено добре), надання вказівок щодо неточностей та помилок, визначення загальних принципів та висновків [4, с.3].

Метод електронного навчання, дозволяє працювати з електронними ресурсами, матеріалами, надає можливість одержувати якісні поради і допомогу від професіоналів, навчатися дистанційно. Даний метод набув особливої актуальності з 2020 року, адже згідно Наказу МОН України від 16.03.2020 р. №406 «Про організаційні заходи для запобігання поширенню коронавірусу COVID-19», всі студенти медичних закладів України працювали дистанційно, з використанням електронних ресурсів.

Метод активного навчання поділяє навчання на два етапи : перший етап - прослуховування матеріалу, другий етап - виконання студентами завдань та розуміння того, що вони роблять.

Не менш важливим є застосування практичних методів, які виражаються у виконанні вправ та розв'язанні ситуаційних задач, розвитку аналітичного мислення та лідерських якостей, критичного мислення у складних ситуаціях.

До практичного методу відносять аудиторний метод – розвиток у медиківслухової пам'яті, запам'ятовування термінів та фактів, почутих на лекції або семінарі; застосування комунікативних навичок на високому рівні, включаючи «широкий спектр слів, що входять до активного вокабуляра»; використання різних тонів, ритмів та засобів мистецтва для досягнення високого професіоналізму [5, с.5].

Для активного вивчення пройденого матеріалу з різних дисциплін широко використовується метод ситуаційних задач. Це дозволить студентам розширити теоретичні знання, закріпити вивчену тему, сформулювати аналітичне мислення і правильно діяти у рамках ситуації, що вказана в задачі.

Метод рефлексії широко використовується для покращання міжособистісних стосунків, вмінні справлятися в проблемних ситуаціях

зменшенні стресів та зосередженості на власній інтуїції. Поняття саморефлексії, що використовується при підготовці медиків, означає внутрішню обізнаність, що проявляється у думках, почуттях, переконаннях, оцінці та сприйманні [6, с.28].

Отже, реалізація інтерактивних технологій на заняттях суттєво підвищила рівень формування загальних, педагогічних, психологічних та комунікативних компетентностей, підвищила зацікавленість майбутніх фахівців до вирішення професійних проблемних питань, що спонукало їх до конкретних дій, до активності, і процес навчання ставав для них більш осмисленим.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кайдалова Л. Г., Дрожик Л. В. Інтерактивні технології у підготовці магістрів фармацевтичних та медичних спеціальностей // Теорія та методика навчання та виховання, 2018, № 44. – URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LDhFljaiPhEJ:journals.hnpu.edu.ua/index.php/methodics/article/view/1126/1154+&cd=5&hl=uk&ct=clnk&gl=ua>;
2. BachelorofScienceinNursing – ProgramOutcomes. – Universityof Central Arkansas. URL: <http://uca.edu/nursing/bachelor-of-science-in-nursing-program-outcomes/>.
3. Performance Standards– Valdostastateuniversity, Collegeof nursingandhealthsciences. – 2015. – URL : <http://www.valdosta.edu/colleges/nursing-and-health-sciences/programs/basic-pre-licensure-program-b.s.n./performance-standards.php>
4. Clinicalexperience : [programinformation]. – Evansville : Universityof SouthernIndiana, 2015. – 15 p.
5. Academicskills: resourcemanual / [adaptedfrom Dominican University of California, updatedbylearningassistanceprograms, MSMC]. – LosAngeles : MountSaintMary’sUniversity, 2015. – 91 p.
6. Smith M. U. Toward a UnifiedTheoryofProblemSolving: Views Fromthe Content Domains / M. U. Smith. – NewYork : Routledge, 2012. – 176 p

ДИСТАНЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ – ВИКЛИК ДЛЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Актуальність даної проблематики полягає у тому, що пандемія COVID-19 внесла суттєві корективи в організацію та впровадження освітнього процесу, зокрема і у навчальні заклади, які готують фахівців галузі знань 22 Охорона здоров'я. Підготовка фахівців спеціальності сестринська справа має свою особливу специфіку, оскільки окрім теоретичної підготовки студенти мають оволодіти практичними навиками, які формують фахові компетентності.

Дистанційна форма навчання, як будь-яка інша форма навчання, не може бути ізольованою від загальної системи освіти. Дистанційне навчання – не досить поширена форма для України, тому багате незрозумілого й багате труднощів виникає в процесі її застосування [1].

Перед викладачами нашого навчального закладу, як і перед іншими викладацькими колективами ЗВО медичного спрямування, постало питання швидкого реагування на нові умови запровадження освітнього процесу, забезпечення адекватного та результативного навчання. Перш за все, викладачам потрібно було врахувати, що студенти більшість часу будуть самостійно опановувати навчальний матеріал та практичні навички. До реалізації освітнього процесу в період дистанційного навчання, опанувались викладачами та студентами сучасні онлайн-платформи такі, як Zoom, Google Meet та інші онлайн ресурси. Для забезпечення практичної підготовки студентів з фахових дисциплін, викладачами навчального закладу, було розроблено ситуативні завдання за методом кейсів з наближеними до реальних клінічних випадків, доповненні та модернізовані презентативні матеріали, які можна застосовувати в онлайн-режимі. Для проведення тестування студентів використовуються такі онлайн-платформи, як Google-клас та Kahoot.

За даними П. М. Григоришина зі співавторами, Т. Я. Дівнич [2, 3], перевагами дистанційного навчання є: 1. Модульність – в основу програми дистанційного навчання покладено модульний принцип. 2. Гнучкість –

студент може вчитися згідно зі своїм темпом, особистими можливостями і потребами. 3. Нова роль викладача – координування навчального процесу, корегування курсу, консультування та складання індивідуального навчального плану. 4. Використання в процесі навчання сучасних технологій, паралельне освоєння практичних навичок, які стануть у нагоді в майбутній професії. 5. Самостійне планування часу і розкладу занять, а також перелік навчальних дисциплін, що вивчаються. 6. Створення комфортних умов навчання, що сприяє його продуктивності. 7. Самоконтроль набутих знань, саморозвиток, моралізація, творчість. 8. Отримання освіти людям з особливими освітніми потребами.

Аналізуючи проведення дистанційної форми навчання в період карантину, попри переваги які є при дистанційній формі навчання, можна виділити ряд недоліків, особливо при підготовці фахівців медичного спрямування, а саме:

1. Відсутність реальних практичних занять на яких студенти опановують фахові компетентності.

2. Відсутність реальної комунікації викладача зі студентом, що мінімізує індивідуальну передачу знань, та швидкого реагування на виявленні неточності у відповідях студентів.

3. Відсутність спілкування із колегами-студентами, що не дає змоги обмінюватись набутими знаннями.

4. Відсутність особистої мотивації студентів до самостійного вивчення теоретичного матеріалу.

5. Не усі студенти забезпечені якісними ПК та швидкісним інтернетом.

Вище вказані недоліки, при дистанційній формі навчання у період карантинних умов, можуть призводити до стресових ситуацій у студентів та викладачів. Нас зацікавив рівень стресу психоемоційної атмосфери наших студентів в період дистанційного навчання.

Щоби дослідити рівень стресових ситуацій серед студентів нашого навчального закладу, нами було проведено анонімне анкетування серед студентів I - III курсів усіх спеціальностей. Опитувальник містив ряд запитань та відповідно розроблена шкала для оцінки рівня стресу. До тестування залучили 299 студентів (респондентів).

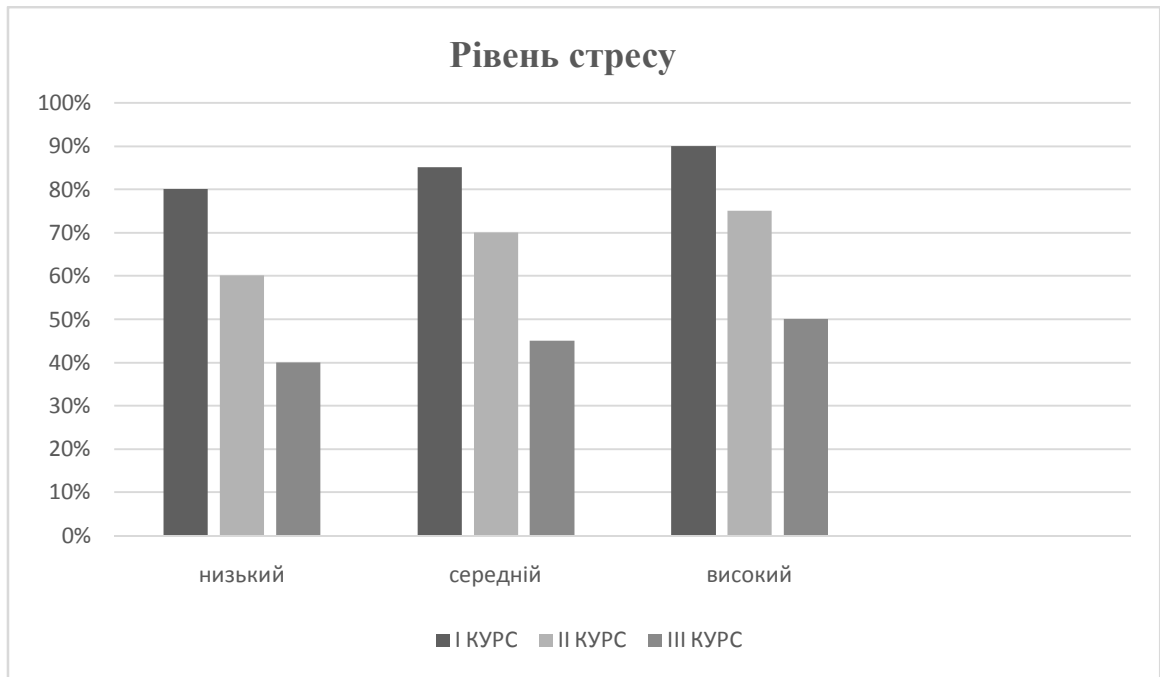


Рис.1

Діагностовано, що серед студентів I курсу – рівень низького стресу становить у 80% (40 ст), середній рівень – 85% (43 ст) та високий рівень – у 90 % (45 ст). Серед студентів II курсу відповідно: 60% (30 студентів), 70% (35 студентів) та 75 % (38 студентів). А серед студентів III курсу – 40 % (20 студентів), 45% (23 студентів), та 50% (25 студентів) мають високий рівень стресу.

Це дає нам можливість зробити висновок, що першокурсники мають високий рівень стресу. Вони ще психологічно не є повністю зрілими і їм потрібно більше часу адаптації до нових умов навчання, особливо в період форс-мажорних обставин, оскільки першокурсники розпочали навчання одразу після середньо-освітніх закладів і на це впливає ряд факторів. На наш погляд обов'язковим є налагодження режиму навчання та відпочинку, особливі підходи до кожного студента в період дистанційного навчання, налагодження конструктивної комунікації викладач-студент та студент-студент для забезпечення адаптивних умов серед першокурсників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Григоришин П. М. Дистанційні технології навчання: досягнення, проблеми та перспективи розвитку [Електронний ресурс] / П. М. Григоришин, Є. Г. Махрова, В. М. Ходоровський // Вісник проблем біології і

медицини. – 2013. – Вип. 2 (100). – С. 68–72. – URL:https://elibrary.ru/elibrary_20413099.pdf.

2. Дівнич Т. Я. Дистанційна форма навчання у вищому навчальному закладі як одна із технологій організації навчального процесу [Електронний ресурс] / Т. Я. Дівнич // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 1 (117). – С. 66–69. – URL: http://nbuv.gov.ua/jpdf/Vpbm_2015_1_13.pdf.

3. Дащук А. М. Дистанційна форма навчання на післядипломному етапі підготовки лікарів: реалії та перспективи / А. М. Дащук, Н. О. Пустова // Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України: матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю, присвяченої 160-річчю з дня народження І. Я. Горбачевського (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку), Тернопіль, 15–16 травня 2014 р. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – Т. 2. – С. 423–425.

ЩУРКО М. М., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівської медичної академії
імені Андрея Крупинського

ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ЗАСОБІВ В ПРОЦЕСІ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІН УВНЗ.

Вступ (актуальність). Сьогодні комп'ютерні засоби – один із перспективних напрямів у інформатизації навчального процесу. Використання їх при викладанні дисциплін у Вищих навчальних закладах (ВНЗ) дає змогу забезпечити середовище для формування та розвитку ключових компетентностей, до яких відносяться в першу чергу інформаційна й комунікативна.

Мета статті – довести вагому значимість у впровадженні в навчальний процес комп'ютерних засобів для засвоєння нових знань у ВНЗ.

Основна частина. Дисципліни, які викладаються у ВНЗ відіграють провідну роль у формуванні в студентів основ мислення, що досягається впровадженням у навчальний процес нових педагогічних технологій.

Провідна мета навчально-методичної роботи вищих закладів полягає у підготовці спеціалістів, здатних мислити, оперативно приймати рішення як у типових, так і в нестандартних ситуаціях [4, с.418–438]. При цьому рівень підготовки фахівців повинен характеризуватися динамікою переходу з першого («знаю») та другого («знаю як») рівнів піраміди Джорджа Міллера до третього («демонструю») та четвертого («роблю») рівнів [2, с. 22–24.]. У забезпеченні такої динаміки істотну роль можуть відіграти використання комп'ютерних засобів. До комп'ютерних засобів найвагомніше значення належить мультимедійним презентаціям.

Щоб показати дієвість та роль комп'ютерних засобів, необхідно, насамперед, звернутися до з'ясування їх значення [3, с.12–15].

Термін «мультимедіа» – латинського походження, що поширився за рахунок англомовних джерел («multy» – множинний, складний та «media» – середовище, засіб, спосіб) [1, с. 14–19].

Технологія (з гр. «знання про майстерність») – це комплекс, що складається із запланованих результатів, засобів оцінки для корекції та вибору оптимальних методів, прийомів навчання, оптимальних для даної конкретної ситуації [1, с. 14–19].

Таким чином, у загальному значенні «комп'ютерна технологія» – це сукупність методів, прийомів і програмно-педагогічних засобів для реалізації навчально-виховної мети, вирішення окремих завдань [5, р. 121–166]. Мультимедіа є ефективною освітньою технологією завдяки властивим їй якостям інтерактивності, гнучкості й інтеграції різних типів навчальної інформації. Так, відмінною рисою мультимедіа є правильна структура, що забезпечує інтерактивність – можливість безпосередньої взаємодії з програмним ресурсом. Інтерактивність технологій мультимедіа передбачає живий зв'язок між користувачем і програмою, зокрема, за бажанням, можна задати індивідуальний темп роботи в межах програми, установити швидкість подачі матеріалу, кількість повторень тощо. Таке задоволення індивідуальних потреб особистості в навчанні й дозволяє говорити про гнучкість технологій мультимедіа [3, с.12–15].

Теоретичний фундамент мислення майбутнього фахівця формується в основному при вивченні дисциплін, що потребує в студентів таких сфер людської свідомості, як мислення (поняття, судження, умовивід) та інтелект (аналіз, синтез, абстракція, конкретизація, узагальнення). У вирішенні цієї проблеми істотну роль відіграє використання комп'ютерних засобів, зокрема розроблення з дисциплін мультимедійних презентацій. Використання їх, дає можливість істотно поліпшити засвоєння дисципліни з домінуючим напруженням таких сфер людської свідомості, як мислення та інтелект, і забезпечити цілеспрямоване, систематичне й послідовне впровадження в практику оригінальних, новаторських способів викладання, що охоплюють цілісний навчальний процес від визначення його мети до очікуваних результатів. Застосовуючи комп'ютерні технології при викладанні можна об'єднати текст, графічне зображення, відеоінформацію та анімацію складних процесів, що сприятиме кращому засвоєнню інформаційного матеріалу студентами.

Висновок: Впровадження та застосування комп'ютерних технологій в навчальний процес – важлива умова формування особистісних якостей студентів. Використання цих технологій в навчальному процесі вищої школи дає можливість майбутнім спеціалістам розширювати свої можливості, спонукає до активної навчальної діяльності, є гарним засобом активізації пізнавальної діяльності, дає можливість з цікавістю вивчати будь-які предмети.

Мультимедійні презентації дозволяють викладачу отримати ефективний інструмент педагогічної праці, який підсилює реалізацію її функцій, дозволяє сформуванню в студентів високі професійні знання, шляхом активізації інтересу до навчання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мруга М. Р. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2010. № 4. – с. 14–19.

2. Роговий Ю. Є. Роль альтернативних методів навчання при викладанні теоретичних та клінічних медичних дисциплін // Медична освіта. – 2013. – № 1. – с. 22–24.

3. Синиця М.О. Використання мультимедійних технологій у навчальному процесі ВНЗ як засіб формування педагогічних знань. 2017. – с. 12–15.

4. Професійна педагогічна освіта: становлення і розвиток педагогічного знання: монографія / за ред. проф. О.А. Дубасенюк. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2014. – с.418–438.

5. International Journal of Education and Development using Information and Communication Technology (IJEDICT), 2018, Vol. 14, Issue 2, p. 121–166

БОНЮК І.О., лікар-дерматовенеролог

КП «Волинська обласна інфекційна лікарня»

КОСТІВ З.П., викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського»

УРБАН Н.І., викладач

ТзОВ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ГРИБКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПРИКЛАДІ НАСЕЛЕННЯ ВОЛИНИ

Актуальність: За даними ВООЗ, кожний п'ятий житель Землі інфікований грибами, а кожний десятий має виражені клінічні прояви. Частота інфікованості населення європейських країн мікозами стоп становить від 20 до 70% [1]. Аналогічна ситуація склалася і в Україні.

Проаналізувавши статистичні данні КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» захворюваності заразними шкірними хворобами (на 100 тис. населення) у Волинській області відмітили збільшення обласного показника захворюваності на дерматомікози (65,2), в порівнянні з показником по Україні (45,8). Що й викликало настороженість та зацікавлення. Адже відсутність суб'єктивних відчуттів у хворих на грибові інфекції шкіри зумовлює пізні звернення за медичною допомогою. Добре відомо, що хворобу легше попередити, чим лікувати. В справедливості цього твердження переконуєшся кожен раз, коли виникають труднощі в лікуванні грибових захворювань. До того ж, більшість мікозів характеризується хронічно- рецидивуючим перебігом, однаковим ураженням чоловіків і жінок, високою частотою серед дітей, атипичним перебігом, можливістю розвитку багатьох ускладнень, торпідністю до терапії.

Мета: Дослідити причини росту рівня захворюваності на заразні грибкові захворювання шкіри на території Волинської області та скласти рекомендації щодо їх профілактики.

Короткий виклад матеріалу. Широке розповсюдження мікотичної інфекції шкіри останнім часом обумовлене багатьма факторами. До них можна віднести, перш за все [2, 3]:

- стрімкий темп життя суспільства, з яким пов'язані урбанізація, зміни стилю життя, поведінки та звичок людей;
- зростання міграції населення;
- погіршення соціально-економічних умов життя та екологічної ситуації, особливо в містах з розвинутою промисловістю;
- розвиток невідповідності між можливостями біологічної природи людини та умовами життя.

Серед медичних чинників, що обумовлюють виникнення мікозів, важливе значення мають [4,5]:

- недостатня санітарно-просвітницька робота серед населення;
- поширення імунодефіцитних станів, серцево-судинної патології, захворювань крові, злякисних новоутворень, ендокринопатій (особливо цукрового діабету);
- часте призначення імуносупресивних, антибактеріальних, цитостатичних препаратів, гормональної терапії;
- безконтрольне використання населенням протигрибкових медикаментів з наступним формуванням резистентності збудників;
- введення речовин з вираженою протимікробною дією до складу косметичних та гігієнічних засобів для догляду за шкірою, що призводить до порушення її біоценозу

Етіологічними чинниками мікозів у людини є:

- Трихофітони (фіолетовий, кратероформний, гіпсоподібний, червоний);
- Мікроспори (іржавий, пухнастий);
- Ахоріон Шенляйна;
- Дріжджоподібні гриби роду *Candida*.

Оскільки клінічні прояви мікозів дуже різноманітні, щоб діагностувати захворювання слід звертати увагу навіть на незначне лущення шкіри, утворення безболісних тріщин, порідіння волосся.

З метою верифікації діагнозу використовують наступні методи обстеження:

1. Мікроскопічна діагностика патогенних грибів. При мікозах гладкої шкіри для дослідження беруть лусочки з периферичних ділянок вогнищ шляхом зішкрібання скальпелем. При дерматомікозах з ураженням довгого і пушкового волосся матеріал беруть епіляційним пінцетом.

2. Люмінісцентна діагностика під лампою ВУДа. Використовується оцінка світіння уражених ділянок при опроміненні їх короткою частиною ультрафіолетових променів, джерелом яких є портативна ртутно-кварцева лампа спеціальної конструкції.

3. Бактеріологічний метод. Посів матеріалу на поживні середовища.

Висновок. Грибок пошкоджує не тільки шкіру чи нігті. Любі грибкові ураження викликають зміни в організмі людини, оскільки збудник виділяє мікотоксини, які сенсibiliзують організм, створюючи передумови для алергічної висипки (алергидів) та інших алергічних реакцій (дерматитів, мітотичної екземи, кропив'янки, провокують приступи бронхіальної астми). На даний час медицина має в наявності високоефективні препарати для лікування грибкових інфекцій.

Виконання правил особистої і громадської гігієни – основа профілактики мікозів.

Дотримуючись десяти основних правил профілактики грибкових інфекцій, ви можете знизити ризик розвитку мікозів до мінімуму:

1. Регулярно дотримуйтеся ретельної гігієни ділянок шкіри, схильних до грибової інфекції, тобто кистей, стоп, області паху, пахвових складок. Пам'ятайте: щоденне миття ніг – необхідна гігієнічна міра. Після цього важливо насухо витирати шкіру стоп, особливо між пальцевих проміжків.

2. Носіть шкарпетки з натуральних матеріалів (наприклад, бавовни) і обов'язково міняйте їх кожен день, навіть якщо на вигляд шкарпетки здаються ще свіжими – в їх тканини вже можуть почати розмножуватися хвороботворні мікроорганізми.

3. Носіть «дихаюче» взуття, бажано з натуральної шкіри. Влітку віддайте перевагу відкритому або перфорованому взуттю. Саме для запобігання інфекцій стоп внаслідок їх спітніння, ірландські скотарі ще в

XVI сторіччі почали носити шкіряні черевики з перфорованою верхньою частиною, що полегшує циркуляцію повітря.

4. На внутрішню частину взуття (особливо спортивної або тієї яку ви змушені носити довго без можливості перевзутися) потрібно регулярно наносити спеціальні дезінфікуючі спреї для взуття. Не забувайте дати їм висохнути.

5. Прати нижню білизну і шкарпетки рекомендується якісним миючим засобом при температурі не нижче 60 С для повного знищення не тільки бактерій і грибків, але і їх стійких форм, наприклад спор.

6. Відвідуючи басейни, сауни, спа-центри не забудьте захопити з собою власне змінне взуття(капці, шльопанці) з матеріалу, який легко піддається обробці (гума, пластик і т.п.).

7. У спортивних комплексах і басейнах уникайте ванночок для ніг перед входом у великі басейни. Хоча їх призначення – очистити ноги від можливих забруднень, насправді, саме тут, в застійній воді, грибок чекає на вас найчастіше. Більш доцільно користуватися душем.

8. Не носіть і не приміряйте чуже взуття, рушники та халати, як в гостях, так і вдома.

9. У випадку виявлення перших ознак мікозу якомога раніше зверніться до лікаря.

10. При застосуванні протигрибкових препаратів слід дотримуватися рекомендованої тривалості лікування, що призначене лікарем.

11. Фізичні вправи і ходьба босоніж також є одним із заходів профілактики мікозу стоп, адже коли орган добре постачається кров'ю, місцевий імунітет функціонує на достатньому рівні, щоб опиратися інфекціям. Однак, основа профілактики грибкових захворювань шкіри – ретельна особиста гігієна і увага до власного здоров'я. Регулярно оглядайте свої ноги, приділяючи особливу увагу шкірі між пальцевих проміжків: такі зміни шкіри, як почервоніння та сухість, лущення, свербіж або печіння можуть бути ознаками мікозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. «Круглий стол» по проблемам эпидемиологии, клиники и лечения микозов кожи и ее придатков // Дерматология та венерология. – 2001. – 4 (14). – С. 64-79.
2. Бочаров В. А. Регуляторні фактори запальнорепаративного процесу при хронічних рецидивних дерматозах / В. А. Бочаров, Алавніх Муат, С. М. Тарнопольська // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – № 1. – С. 18–21.
3. Іванина О. В. Мікози ступень: роль лікування супутніх хвороб у видужуванні / О. В. Іванина // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2008. – № 3. – С. 87-89
4. Калюжна Л. Д. Вивчення ліпідних показників сироватки крові та поверхні шкіри у хворих на себорейний дерматит / Л. Д. Калюжна, К. О. Бардова, Т. С. Брюзгина // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 4. – С. 22–24.
5. Резніченко Н. Ю. Вплив соціальноекономічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг вугрової хвороби у жінок юного віку / Н. Ю. Резніченко // Медикосоціальні проблеми сім'ї. — 2007. – Т. 12, № 3. – С.59–64.

БЯЛИЙ А.О., магістр державного управління,
викладач ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»

ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ЯК ОДИН З ЧИННИКІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

Будь-яке соматичне захворювання викликає певний стан, який характеризується обмеженням фізичних, соматичних, соціальних та психо-фізіологічних можливостей людини [5]. При цьому уданої особи змінюється її ставлення до себе, до родини, оточення, відбувається певна переоцінка духовний та соціальних цінностей, стають другорядними життєві установки й потреби. Клінічний перебіг будь-якого захворювання, а іноді й сама його поява, пов'язані з помітним впливом преморбідного стану пацієнта, його реакція на патологічні детермінанти, які сприяли

виникненню захворювання. Традиційно, в медицині будь-яке захворювання розглядають як складну форму пристосування цілісності людського організму до умов життєдіяльності, що змінилися в процесі хвороби. Цей дуже складний і внутрішньо суперечливий процес зумовлений не тільки зовнішніми, а й внутрішніми факторами або чинниками. Соматична патологія являє собою інтегративне явище, яке включає не лише безпосередньо сам патологічний процес як такий, а певні функціональні зміни в діяльності того чи іншого органа або системи органів [5]. Значення цих механізмів пристосування нашого організму до патології, що виникла, досить різна, залежно від впливу тих чи інших чинників, зокрема і періодів у розвитку власне соматичної хвороби. Принципово важливим є розвиток будь-якого захворювання на початковій стадії, коли рання діагностика та відповідне медикаментозне лікування дають змогу зупинити захворювання з мінімальними втратами для організму людини в цілому. Самі по собі патологічні зміни в певному органі або тканині далеко не завжди супроводжуються відповідними проявами. Вони можуть довго компенсуватися за рахунок регуляції організму. Вважається, що виникнення соматичної патології у людини встановити нескладно. Насправді це не зовсім так. Реально дати визначення поняттю «хвороба», віддиференціювати найістотніші її відмінності від «здоров'я» непросто й для досвідченого лікаря. Часто навіть значні патологічні зміни залишаються зовсім непомітними ні для лікаря, ні для пацієнта. Ці зміни можуть довго не викликати хворобливих виявів, тоді людина почувається цілком здоровою і справляє таке ж враження на оточення [3]. З іншого боку, здорова людина може відчувати дискомфорт вже у разі легкого нездужання, зумовленого, наприклад, простою перевтомою. Усі ці ситуації добре відомі клініцистам і свідчать про складність діагностики станів як хвороби, так і здоров'я людини з точки зору психо-соматичних показників [4]. Тож проблему своєчасного встановлення діагнозу можна успішно та достовірно розв'язати лише з урахуванням типу вищої нервової діяльності конкретної людини, структури її особистості, індивідуальності, а також взаємодії в системі людина – навколишнє середовище – хвороба. Отже, цілісний та всебічний розгляд проблеми хвороба – особистість – лікування є найбільш ефективним лише за системного підходу до неї.

Лікар – дерматолог має чітко усвідомлювати, що залежно від стадії розвитку, типу перебігу та форми дерматозу змінюється співвідношення сомато-біологічних та психо-соціальних чинників у формуванні його клінічної картини. Соматичні та психологічні аспекти тісно переплітаються при різних дерматологічних захворюваннях залежно від характеру взаємодіючих систем (життєва ситуація – патологічний процес – особистість хворого).

Дерматологічна патологія не може бути повністю зрозуміла лише на підставі оцінки поведінки, вражень та переживань пацієнта під час його розмови з лікарем. Особливе значення мають ситуація в родині захворілого, перенесені захворювання, операції, випадки інвалідності знайомих та близьких. Простежується постійна екстраполяція до перебігу аналогічного, або схожого в очах пацієнта дерматозу в близьких. Це може призвести до стривоженості та страху, які у свою чергу зосереджують увагу та напружують психіку в цілому на тому чи іншому органі або системі. Більшість досліджень у медичній психології однозначно стверджують, що психічна концентрація і дія найбільше корелює із захворюванням таких органів, як серце, очі, статеві органи та шкіра. [3]

Для лікаря – дерматолога пацієнт має бути не тільки об'єктом діагностики та терапії, а й суб'єктом зі своїм психологічним світом, з індивідуальною реакцією на появу та існування певної патологічної висипки, й на умови соціального середовища. Розуміння лікарем – дерматологом саме психологічного аспекту шкірної патології дає змогу сприймати хворого «не як нозологічну одиницю, а як окрему особистість» [5]. Зосередження уваги лікаря лише на виявах патологічного процесу на шкірі та слизових оболонках, призводить до переважного сприйняття хворого тільки як носія визначеної дерматологічної симптоматики, без урахування своєрідності його емоційних реакцій, які дуже часто та в значній мірі впливають на перебіг дерматозу та успішність його терапії. Дезорганізацію соціального життя, зумовлену поширеною висипкою на відкритих ділянках шкіри, пацієнт іноді сприймає гостріше, ніж порушення функціонування організму. Медикаментозна терапія останнім часом значною мірою орієнтована на мобілізацію та активізацію резервів самого хворого. Серед цих внутрішніх резервів велике значення мають саме його психологічні можливості [2]. Тож індивідуальний підхід до лікування дає

зможу усунути недоліки терапевтичної практики, яка базується на однобічному розумінні хвороби, оскільки на відміну від традиційної терапії прагне не тільки ліквідувати клінічні прояви дерматозів, а й опосередковувати лікувальні процедури через певного пацієнта, домогтися поновлення його особистого та соціального статусу [1]. Особливо складні зміни у психіці хворого в цілому відбуваються саме при дерматологічних захворюваннях. Психологічний бік шкірної патології залежно від її характеру, курабельності, преморбідних особливостей пацієнта, становить складне динамічне співвідношення психо-емоційного стресу та відповідних адаптивних механізмів людської психіки. В дерматології нерідко виявляються розходження між методами традиційного лікування, яке постійно удосконалюється, та знанням психології пацієнтів.

Важливість індивідуального підходу до лікування дерматологічних хворих у принципі визнають усі дерматологи. Потреба у врахуванні дерматологом психології хворого різко зросла в теперішній час у зв'язку з широкою популяризацією принципів та методів психотерапії і реабілітації хворих при різних клінічних формах шкірної патології, а також через те, що нині ці хворі переважно лікуються амбулаторно, й можуть цілком вільно вибирати собі лікаря. І тому не важко здогадатися, чому пацієнти частіше звертаються до лікарів, з якими їм психологічно комфортно.

Слід також не забувати, що пацієнти, які вже мали ту чи іншу висипку на шкірі, помітно спокійніше психологічно реагують на появу нової, ніж ті, хто, захворів уперше. У таких пацієнтів, для яких стан шкіри та слизових оболонок відіграє особливу роль у професійній діяльності (артисти, спортсмени, педагоги), розвиваються психічні розлади, як різке посилення не тільки реактивної тривоги, а й особистісної стривоженості, страху.

Психологам відомо, що внутрішній світ хворого та його поведінка під час недуги пов'язані зі сформованою та діючою ієрархією в системі його стосунків, цінностей та мотивів, а також із взаємодією усвідомленого й неусвідомленого та відповідними механізмами психологічного захисту особи. Тільки таке розуміння особистості хворого допоможе лікарю розкрити характерний специфічний взаємозв'язок : пацієнт – шкірна патологія – соціальна ситуація. Все це однозначно потребує від дерматолога будувати стосунки з пацієнтом на зразок суб'єкт – суб'єкт, а не суб'єкт – об'єкт. [5]

ЛІТЕРАТУРА

1. Літовченко Н. Ф. Основи психологічного консультування та психокорекції Ніжин :– 2006.
2. Воронов Марк . Психосоматика : Практ. руководство – К.: 2002.
3. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. – СПб.: Питер, 2004.
4. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція. К.:ВД «Професіонал», 2005.
5. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Санология в пратике семейного врача // Энциклопедия семейного врача. – К.: Здоров'я, 1995.

ІВАНОВА С.В., старша медична сестра
Кабінету зберігання основного запасу медикаментів
КУ «Запорізький обласний спеціалізований будинок дитини Сонечко»
Запорізької обласної ради
КУЦОВА В. П., старша медична сестра
КУ «Запорізький обласний спеціалізований будинок дитини Сонечко»
Запорізької обласної ради

ПРЕВЕНТИВНІ МІРИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Цукровий діабет єнеоднорідною групою захворювань, які мають спільний синдром – хронічну гіперглікемію.

Експерти ВООЗ визначили дане захворювання як епідемію, що розвивається у дорослого населення і подвоюється кожні 15-20 років. Зростання розповсюдженості цукрового діабету, особливо 2-го типу, пов'язане перш за все зі способом життя сучасної людини (гіподинамія, неправильним харчуванням).

Найбільш висока захворюваність спостерігається серед населення країн, що розвиваються, а в індустріально розвинених країнах – серед популяції етнічних меншин з низьким рівнем життя. В Україні за даними ВООЗ налічується на даний момент до 1 млн. людей хворих на цукровий діабет 2 типу, але варто врахувати, що приблизно в кожного третього хворого на цукровий діабет він не діагностований [2,4].

Існує так звана прихована, або латентна форма цукрового діабету. Фактична розповсюдженість захворювання в 2–3 рази перевищує зареєстровані випадки. Тому необхідно рекомендувати людям, віком від 40 років регулярно (один раз на рік) проводити скринінг на рівень глюкози в крові, особливо тим, хто має надлишкову масу тіла, або захворювання типу дерматит, екзема, парадантоз та інші, які можуть свідчити про початок цукрового діабету, а також проводити пробу на толерантність до глюкози [2].

Вивчаючи технології діагностики даного захворювання в інших країнах ми ознайомились з дослідженнями фінських науковців, які на базі Хельсинського та Оксфордського університетів розробили універсальний аналіз крові, результати якого показують ймовірність розвитку у пацієнтів тих чи інших захворювань: від серцево – судинних патологій і цукрового діабету до деменцій. Одного забору крові (приблизно 5 мл) достатньо, щоби проаналізувати 220 біологічних маркерів та розпочати профілактику виявленої патології до того, як у пацієнта виявляться проблеми (скарги). Для найбільш ефективної профілактики, аналіз крові потрібно здавати 3–4 рази на рік [3,5].

В продовж грудня місяця 2018 року дана система проходила тестування у Фінляндії на державному рівні. Вартість одного тесту становить приблизно 20 €. Цим тестом активно зацікавилися страхові компанії країни, які сподіваються за рахунок нових технологій, значно скоротити свої витрати – і, відповідно, вартість послуг для клієнтів [3]. Цукровий діабет 2 типу (з переважною резистентністю до інсуліну та відносною інсуліновою недостатністю або з переважно секреторним дефектом та резистентністю до інсуліну або без неї) [1].

USPSTF рекомендує проводити скринінг людям, які мають певні фактори ризику розвитку даного захворювання. Ці рекомендації доступні на веб-сайті USPSTF [6].

За даними КУ «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» ЗОР за 2019 рік в стаціонарах Запорізької області проліковано 5176 хворих з цукровим діабетом, в тому числі 407 дітей (0–17 років). Померло за рік 18 людей. За 9 місяців 2020 року проліковано 2307 хворих, в тому числі 241 дитина.

Тому ми поставили перед собою завдання розробити методи раннього виявлення захворювання серед населення міста Запоріжжя та розробили власну анкету для виявлення факторів ризику розвитку ЦД. У даному опитуванні брали участь 265 респондентів м. Запоріжжя.

За результатами проведення анкетування, можна зробити висновок, що у 23% опитуваних виявили середній рівень ризику виникнення цукрового діабету. Цей показник пов'язаний із стресами та надмірним споживанням швидких вуглеводів. У 4 % опитуваних виявили високий ризик виникнення захворювання, який пов'язаний із спадковістю, та у 73% опитаних – виявили низький фактор ризику виникнення даного захворювання.

Провівши аналіз анкетування ми обрали 54 респондента (з них 4 чоловіки та 50 жінок різних вікових категорій), які мали фактори ризику розвитку ЦД (надлишкову масу тіла, обтяжену спадковість, наявність постійних стресових ситуацій, шкідливих звичок та надмірне вживання швидких вуглеводів).

Для обраної групи було організовано проведення вимірювання рівня глюкози експрес методом.

Табл. 1.

Структуровані данні визначення рівня глюкози

Вік	Кількість	Чоловіки	Жінки	Показники в межах норми	Відхилення
17-25 р.	32	-	32	30 осіб: 3,3- 6,0 ммоль/л	2 особи: 2,2 ммоль/л (19 р.) 6,6 ммоль/л (17 р.)
26-44 р.	8	1	7	8 осіб: 3,8-5,0 ммоль/л	-
45-60 р.	9	-	9	6 осіб: 3,2-6,0 ммоль/л	3 особи: 6,2 ммоль/л (60 р.) 9,8 ммоль/л (55 р.) 22,3 ммоль/л. (60 р.)
61-75 р.	5	3	2	5 осіб: 3,6-5,8 ммоль/л	-

За результатами проведення анкетування, можна зробити висновок, що у 23% опитуваних виявили середній рівень ризику виникнення цукрового діабету. Цей показник пов'язаний із стресами та надмірним споживанням швидких вуглеводів. У 4 % опитуваних виявили високий ризик виникнення захворювання, який пов'язаний із спадковістю, та у 73% опитаних – виявили низький фактор ризику виникнення даного захворювання.

Під час проведення дослідження рівня глюкози у відібраних 54 респондентів, які мали виявлені фактори ризику розвитку ЦД, було виявлено 2 випадки підвищеного рівня глюкози у периферичній крові у віковій групі 45–60 років, що становив значне перевищення рівня глюкози периферичної крові (9,8 ммоль/л та 22,3 ммоль/л).

Під час обстеження даних пацієнтів виявили фактори ризику виникнення цукрового діабету, а саме гіподинамія, надмірна маса тіла та обтяжена спадковість. Дані пацієнти були скеровані на детальне обстеження в ендокринологічний диспансер, де і був підтверджений діагноз цукровий діабет 2 типу і призначено відповідне адекватне лікування після додаткового обстеження.

Низький рівень глюкози (гіпоглікемію) виявлено в одній особі вікової категорії 17–25 років. Як вияснилось, дана особа зловживає дієтами (має довготривалі голодування), що є одним із факторів ризику виникнення гіпоглікемії. А часті прояви гіпоглікемії призводять до того, що людина до неї звикає і перестає відчувати симптоми захворювання, що може призвести до ускладнень. Даній особі дали рекомендації щодо здорового харчування та дієти.

Поширеність діабету в Україні збільшилася за останніх 10 років на половину. Майже 3% первинної інвалідності дорослого населення в Україні є наслідком захворювання на цукровий діабет.

На основі вище сказаного, рекомендуємо проводити дослідження рівня глюкози не менше 3-4 разів на рік, а також 1 раз на рік проводити дослідження рівня глюкозованого гемоглобіну, що дасть змогу ранньої діагностики та попередити розвиток цукрового діабету у населення.

У розвинутих країнах світу дані дослідження проводяться на державному рівні, чим запобігають розвитку ускладнень та інвалідизації.

Як відомо, чим раніше виявлено захворювання, тим успішніше воно лікується і значно повільніше виникають ускладнення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клиническая эндокринология/С.Б. Шустов, В.Л. Баранов, Ю. Ш. Халимов. – М.: ООО «Издательство « Медицинское информационное агенство», 2012. – 632 с.
2. URL:<https://zoiacms.zp.ua/2020/11/16/vsesvitnii-den-borotby-z-tsukrovym-diabetom/>
3. Фінський стартап – Nightingale.
4. Медсестринство у внутрішній медицині: навчальний посібник/ М.Б. Шегедин, І.А. Шуляр, Л.М. Подносова, Л.П. Дацко, О.Т. Шавала. – К.: Медицина, 2009. – 176 с.
5. Бутрова С.А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация) //В кн.: Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа/ Под ред. И.И. Дедова. – М., 2000
6. URL: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>

АРХАНГЕЛЬСЬКИЙ С.Р., майор медичної служби,
199 навчальний центр ДШВ ЗСУ,
начальник медичної служби,
начальник медичного пункту

НАЗАР Н.С., магістр,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського»

НЕФОРМАЛЬНЕ НАВЧАННЯ У БАЗОВІЙ ПІДТРИМЦІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ. ДОСВІД МІСТА ЖИТОМИР.

«Той, хто врятував одне життя, врятував цілий світ»

MishnahSanhedrin

За даними Українського фонду «Здоров'я» – 82% наших співвітчизників вважають що не можуть надати першу невідкладну медичну допомогу постраждалому, адже не знають що робити, 62% не стануть рятувати, бо бояться нашкодити. Тоді як 40% населення у Європі вміє користуватися

автоматичним зовнішнім дефібрилятором, а в Україні лише 1%. Отже, вміти володіти навиками надання допомоги постраждалим у критичних ситуаціях – це реальна необхідність дорослого населення України. Тому, проблема перебуває у центрі уваги, оскільки, в Україні 70 тисяч людей щороку помирає від зупинки серця. «Екстренка» часто не встигає прибути на зупинку кровообігу навіть у цивілізованих країнах світу.

Досвід європейських країн свідчить, що застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД) у комплексі зі серцево-легеневою реанімацією на домедичному етапі збільшує шанси врятувати життя на 70% . У багатьох європейських містах автоматичні зовнішні дефібрилятори є навіть на вулиці, не кажучи вже про вокзали, зупинки транспорту, торгово-розважальні центри і підприємства [1].

Метою роботи є дослідження рівня знань та володіння практичними навичками з проведення базової підтримки життєдіяльності мешканців м. Житомир, адже кожен із пересічних громадян, без медичної освіти, може стати випадковим свідком нещасного випадку або дорожньо-транспортної пригоди. У цих ситуаціях на порятунок час спливає на хвилини, а «екстренка» не завжди встигає приїхати вчасно.

Практично останніми роками Україна ознаменувала себе особливо великою кількістю подій, де були людські жертви та каліцтва – криваві події під час Революції Гідності у м. Києві, антитерористична операція на Сході країни, нестабільна суспільно-політична ситуація із сутичками та протистояннями, велика кількість надзвичайних ситуацій, ДТП та разом з цим виникла терористична реальність України в містах, де не проводяться бойові дії – Одеса, Запорізька область, Харків, Львів, Дніпропетровськ, Маріуполь тощо.

Відомо, що відсутність допомоги тяжкопостраждалим протягом 1 години після ушкодження збільшує кількість смертельних наслідків на 30 %, до 3 годин – на 60 %, до 6 годин – на 90 % [3].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 20 % загиблих внаслідок нещасних випадків у мирний час могли б бути врятовані, якби вони вчасно отримали першу медичну допомогу [2]. Існуюче законодавство в Україні передбачає кримінальну відповідальність за ненадання допомоги особі, що перебуває в небезпечному для життя стані

[5, ст. 15, п.1]. Знати правила першої допомоги важливо не тільки для небайдужого суспільства, а й для всіх пересічних громадян країни.

Щоб надавати першу допомогу, медична освіта не потрібна. Наказ Міністерства охорони здоров'я №398 від 29.03.2017 р. описує, як потрібно надавати першу допомогу, якщо немає медичної освіти.

Основне завдання при наданні домедичної допомоги полягає в тому, щоб шляхом проведення необхідних найпростіших заходів врятувати життя потерпілому, зменшити його страждання і попередити розвиток можливих ускладнень. Метою підготовки немедичних працівників є надання їм теоретичних знань і освоєння ними практичних навичок з основ підтримки життя (базова допомога), що відповідає вимогам міжнародної програми BLS (basiclifesupport): надання домедичної допомоги при порушеннях або зупинці дихання, серцево-судинних розладах. [4, р.ІІ, ст.2].

Ситуації, що вимагають надання екстреної медичної допомоги, виникають, як правило, несподівано і часто немає поруч медичних працівників. Саме в такі моменти здоров'я людини, що потрапила в несподіване критичне становище, перебуває між життям та смертю. Вже давно відомо про існування так званої «золотої години», того часу, коли постраждалому можна надати найбільш дієву першу допомогу.

Серцево-легенева реанімація (СЛР) – комплекс лікувальних заходів з відновлення життєво-важливих функцій, що застосовуються при зупинці кровообігу та дихання.

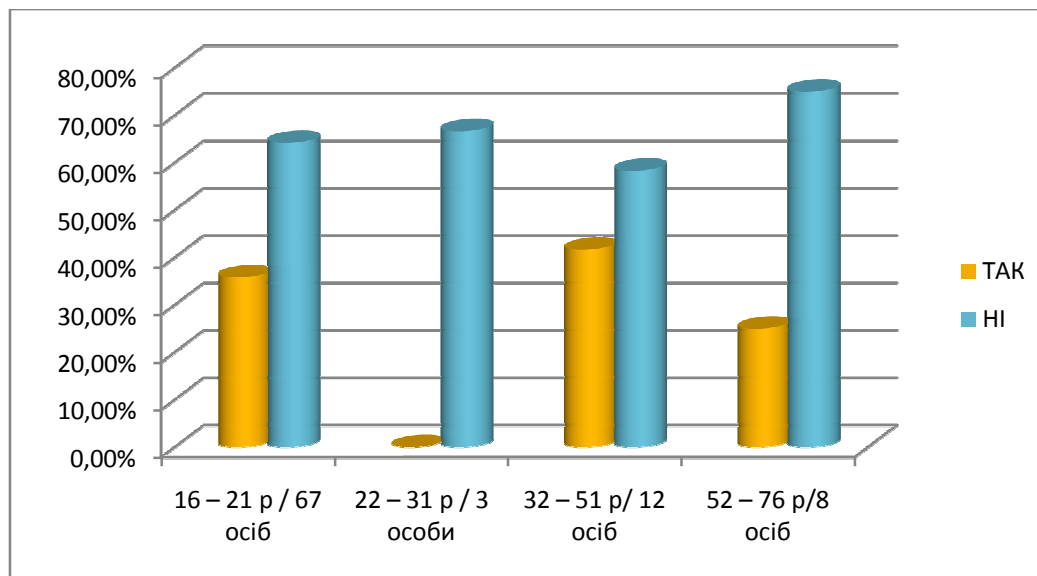
Серцево-судинні захворювання щороку вбивають найбільшу кількість людей, в Україні це 67% усіх смертей. Раптова зупинка серця у 80% випадків стається поза лікарняними стінами й роль очевидців стає вирішальною. Було б не зле, щоби ми всі народжувалися з вмінням правильно виконувати серцево-легеневу реанімацію. Але це не так і навряд чи колись так буде.

Нас зацікавило питання про обізнаність, вміння та готовність надавати першу домедичну допомогу особами без медичної освіти і чи є бажання навчитись даним навиками, які є вкрай важливими для порятунку постраждалого при раптовій зупинці серця. Нами було розроблено анонімне онлайн-анкетування для дослідження даної проблематики та включено дев'ять питань, які би дали змогу оцінити рівень знань щодо проведення базової підтримки життєдіяльності пересічних громадян міста Житомира.

Дане опитування проводилось у березні 2021 року та прийняло участь 90 осіб різних вікових категорій з яких 77 жінок та 13 мужчин. Опрацювавши та проаналізувавши опитувальник, нами були отримані наступні результати:

Рис.1

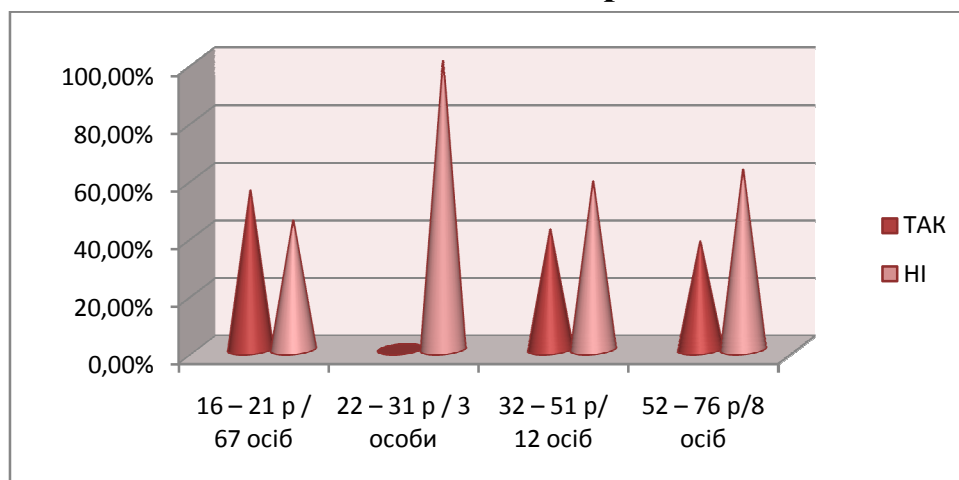
Чи проходили Ви тренінги BLS



Дана діаграма свідчить про те, що у кожній із опитаних вікових категорій недостатня підготовка щодо проведення BLS, респонденти не володіють знаннями щодо алгоритму проведення BLS, оскільки не проходили відповідних тренінгів – у віковій категорії 16–21 р. 64,18% (43 особи), у віковій категорії 22 – 31 р. 66,67% (2 особи), у категорії 32–51 р. – 58,33% (7 осіб) та у категорії 52 – 76 р – 75% (6 осіб).

Рис. 2

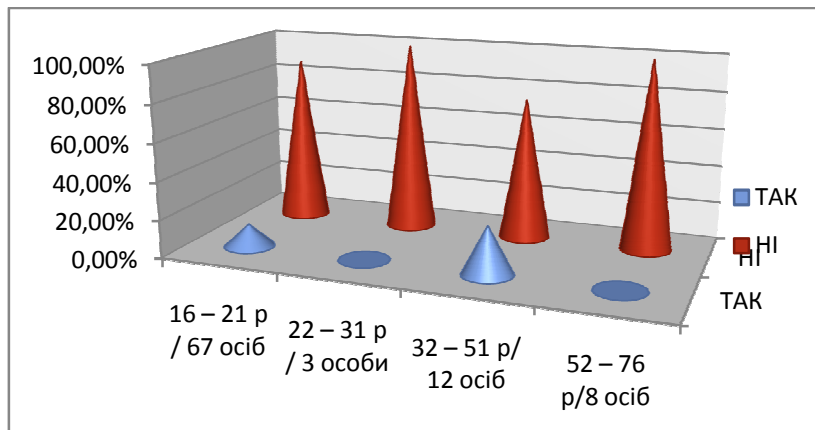
Чи є навички проведення СЛР



Як ми бачимо, що дана діаграма свідчить про те, що практично в кожній віковій категорії, респонденти не мають відповідних знань та практичних навиків по проведенню серцево – легеневої реанімації, а саме у категорії 22–31 р. – 100% (3 осіб), 32–51 р. – 58,33% (7 осіб), 52–76 р. – 63,5% (5 осіб). У віковій категорії 16–21 р. – даний показник становить 44,78% (30 осіб), оскільки 55,22% (37 осіб) пройшли навчання на базовому курсі домедичної допомоги.

Рис. 3

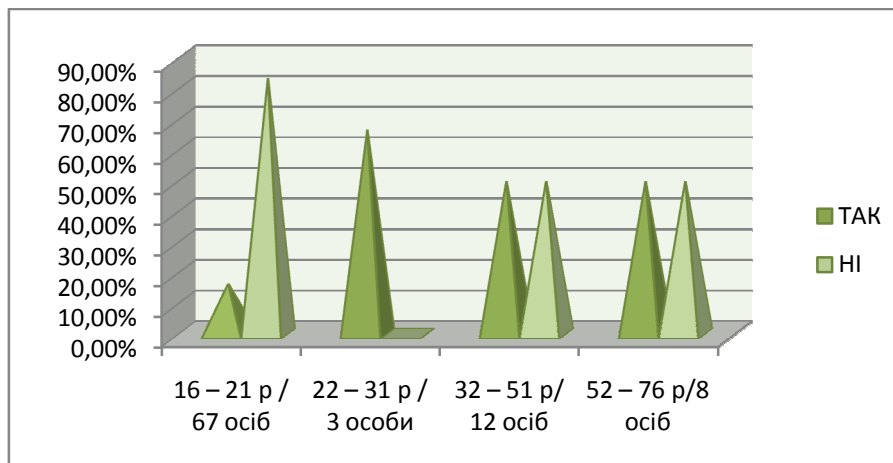
Чи вмієте користуватись портативним дефібрилятором



Дана діаграма свідчить про те, що у всіх вікових категорії є вкрай не оптимістичні показники, щодо використання портативного дефібрилятора при наданні невідкладної медичної допомоги, а саме у віковій категорії 16–21 р. цей показник становить 88,06 % (59 осіб), 22–31 р. – 100%, 32–51 р. – 75% (9 осіб) та у категорії 52–76 р. – 100% (8 осіб).

Рис.4

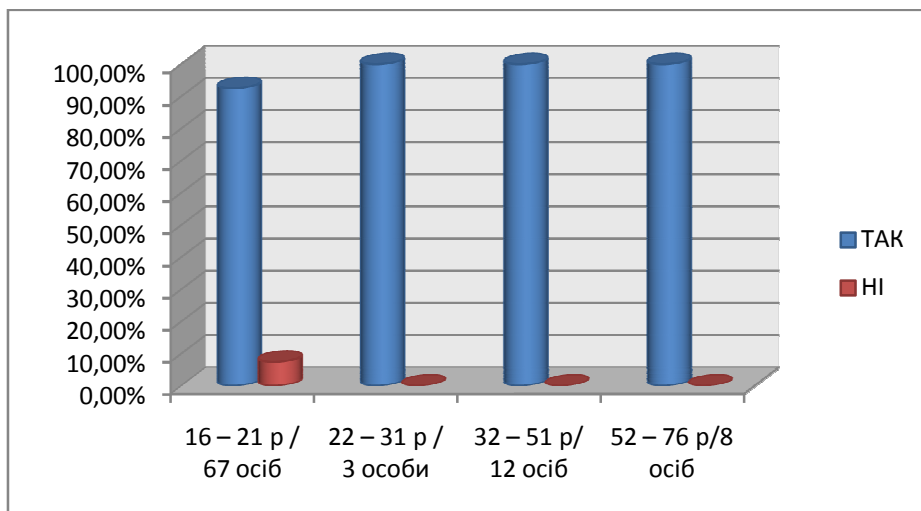
Чи була потреба у проведенні СЛР



Дане запитання є підтвердженням того, що знання та практичні навички BLS потрібно опанувати, оскільки у віковій категорії 16–21 р., виникла потреба у проведенні серцево – легеневої реанімації у 16,42% (11 осіб), у категорії 22–31 р. – 66,67% (2 осіб) та у категоріях 32–51 р. і 52–76 р. – у 50% опитуваних.

Рис.5

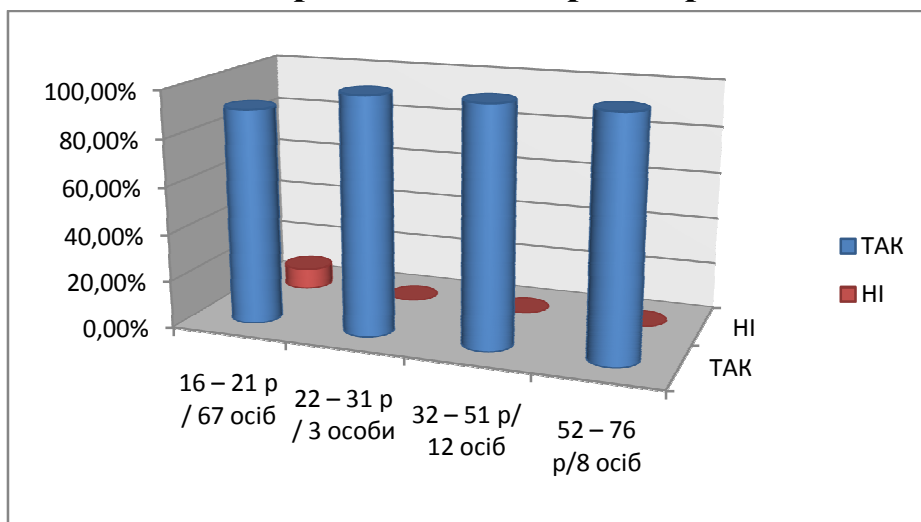
Чи хочете здобути навички виконання алгоритму BLS



Респонденти, практично у кожній віковій групі, відповіли, що хотіли би оволодіти навичками базової підтримки життєдіяльності, а саме у віковій категорії 16–21 р. – 92,54% (62 осіб), у інших трьох категоріях – 100%.

Рис.6

Чи скористались би при потребі навичками BLS



На дане поставлене запитання, практично у всіх вікових категоріях має стверджувальну відповідь, що свідчить про високу свідомість наших

громадян, тільки у віковій категорії 16–21 р. 8,96% (6 ос) відповіли, що не скористались би навичками BLS, що може свідчити про страх, необізнаність та відсутності практичних навиків у проведенні BLS, який існує у респондентів.

Отже, базуючись на проведеному анкетуванні та реальних майстер – класах, які проводились для пересічних громадян міста Житомира, можна зробити висновки, що неформальна освіта щодо оволодіння практичними навичками проведення серцево-легеневої реанімації та використання портативного дефібрилятора є вкрай важливими. Дані заходи потрібно розвивати і охоплювати як найбільше осіб з метою просвітницької роботи та давати базові практичні знання.

Рекомендуємо відкриття постійно діючих повноцінних курсів BLS на базі навчального центру для осіб без медичної освіти, оскільки дана проблематика є невирішеною і є потреба та зацікавленість у проведенні даних курсів серед населення, оскільки вміти володіти навичками надання допомоги постраждалим у критичних ситуаціях - це реальна необхідність всіх українців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Електронний ресурс: www.erc.edu.
2. Nolan, J. P. Adult advanced life support [Text] / Nolan J. P., Deakin C. D., Soar J. et al. // Eur. Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. – 2005. – Section 4. – P. 44–52.
3. Зозуля, І. С. Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога / І. С. Зозуля, А. В. Вершигора, В. І. Боброва та ін. / За ред. І. С. Зозулі. – К. : ВСВ «Медицина», 2012. – 728 с.
4. Наказ МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти
5. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 18.06.2013 р. № 333-VII. Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

СОЙКА Л.Д., к.хім.н.,
ЦЮНИК Н.Ю., викладач
РІЗУНГ М., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім.А.Крупинського»
ІВАНІК Р.Ю.
зав. паразитологічної лабораторії ДУ
«Львівський лабораторний центр МОЗ України»

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ АСКАРИДОЗУ, ЕНТЕРОБІОЗУ ТА ТРИХУРОЗУ, ЯК НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИШИХ ГЕЛЬМІНТОЗІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ПЕРІОД 2018–2020 р.

Вступ. Паразитарні захворювання є найпоширенішими у світі, майже 90% усіх паразитарних захворювань – це гельмінтози. Кожен третій житель планети заражений тим чи іншим гельмінтозом, нерідко одночасно 2–3 та навіть більшою кількістю різних видів гельмінтів. За даними американських паразитологів виявлено, що 85%–95% американців уражені гельмінтозом. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в Європі заражений гельмінтозом кожен третій житель. В Україні протягом життя практично кожна людина переносить якесь паразитологічне захворювання [1,2].

Висока захворюваність на гельмінтози в Україні обумовлюється відсутністю державної програми профілактики та дегельмінтизації населення та тварин, збільшення кількості домашніх тварин у домівках, забруднення навколишнього середовища стічними водами, які забруднені яйцями глист та їх цистами, відсутність цілеспрямованої пропаганди необхідності дотримання гігієнічних навичок та дотримання технологічних процесів приготування їжі, міграцією населення та поширеним туризмом (поява екзотичних гельмінтозів при закордонному туризмі), вкрай низька інформативність методів діагностики гельмінтозів, що призводить до несвоєчасного та неадекватного лікування [2].

Метою нашого дослідження є аналіз захворюваності аскаридозом, ентеробіозом та трихурозом населення Львівської області.

Методи дослідження: статистичний-ретроспективний аналіз паразитарної захворюваності згідно даних ДУ “Львівський обласний лабораторний центр МОЗ України”.

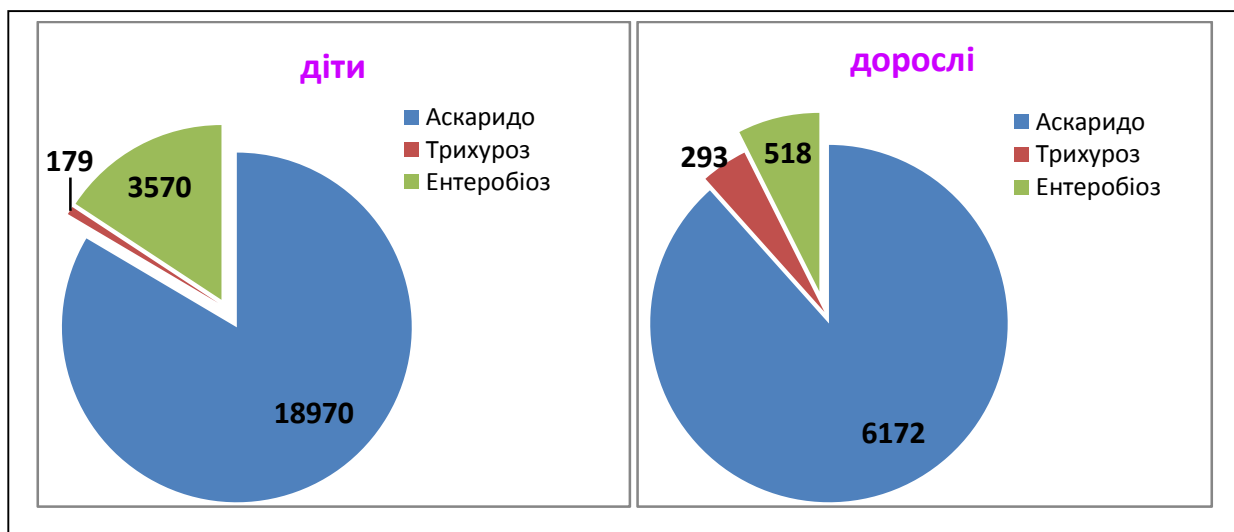
Результати та їх обговорення. На території Львівської області зареєстровано три найпоширеніших гельмінтози – аскаридоз, трихуроз та ентеробіоз. За період 2018 року показник захворюваності у Львівській області становить 285 на 100 тис. населення. За період 2019 року – 222 на 100 тис. населення. За період 2020 року 128 на 100 тис. населення. Оцінюючи ці показники можна зробити припущення, що рівень захворюваності зменшується.

При порівнянні захворюваності дорослого і дитячого населення за визначений період (2018–2020 р) (діаграма 1), відсотковий показник захворюваності у дітей становить: аскаридоз 75,45%, ентеробіоз 87,33%, проте трихурозом частіше хворіють дорослі з показником 62,01%.

Гельмінтозами хворіють всі без винятку вікові групи, проте діти дійсно дещо частіше заражаються гельмінтозами, попри відсутність у них повноцінних гігієнічних навичок. Деякі дослідження доказують більшу сприятливість дитячого організму до розвитку гельмінтозу, так як попадання яєць чи цист гельмінтів в організм людини не у всіх випадках призводить до розвитку того чи іншого гельмінтозу. Крім того, у порівнянні з дорослими прояви гельмінтозу, у дітей більш виражений, бурхливий перебіг, з більшою кількістю скарг[3].

Діаграма 1

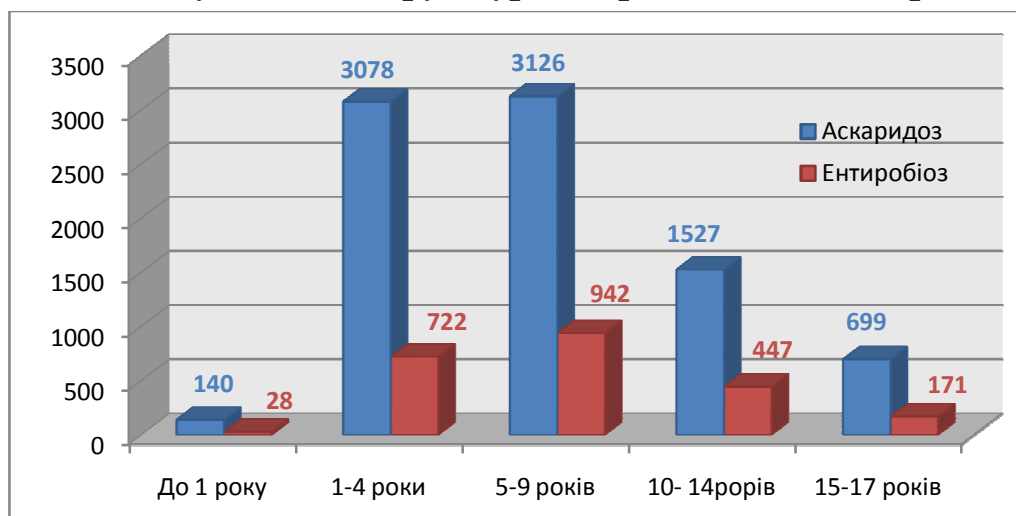
Захворюваності дорослого і дитячого населення 2018-2020 р.



Аналізуючи розповсюдження аскаридозу та ентеробіозу віковій структурі серед дитячого населення Львівської області за період 2018-2020р. (діаграма 2) встановлено, щонайбільший відсоток захворювань спостерігається серед дітей дошкільного віку та дітей молодшого шкільного віку. До 1-го року 1,54%, 1-4 роки – 34,93%, 5-9 р. – 37,39%, 10-14 р. – 17,2%, 15-17р. – 3,3%.

Діаграма 2

Розповсюдження аскаридозу та ентеробіозу серед дитячого населення у віковій структурі в період 2018 – 2020 р.



Для визначення чи зменшується захворюваність на гельмінтози у Львівській області в продовж останніх трьох років, було проаналізовано кількість обстежених осіб і кількість виявлених інвазивних хворих (табл.1). Для аналізу було обрано такі групи населення: працівники громадського харчування, персонал шкіл та шкіл інтернатів, персонал дошкільних навчальних закладів.

Таблиця 1

Аналіз обстежень на гельмінти визначених груп населення в період 2018-2020

Рік	Персонал дошкільних навчальних закладів			Персонал шкіл та шкіл інтернатів			Працівники громадського харчування		
	Обстежено	Виявлено	%	Обстежено	Виявлено	%	Обстежено	Виявлено	%
2018	13419	10	0,07	29168	55	0,19	22643	78	0,34
2019	15344	24	0,16	33800	102	0,30	23497	100	0,43
2020	7091	24	0,34	14395	91	0,63	12240	87	0,71

У 2020 році кількість обстежених осіб значно зменшилась ніж у попередніх двох роках, але кількість виявлених інвазивних хворих не зменшилась. Порівнюючи у відсотковому співвідношенні кількості обстежених до кількості виявлених – відсоток захворюваності збільшується з кожним роком.

Висновки. З огляду на вище викладене, можна констатувати, що епідеміологічна ситуація з гельмінтозами у Львівській області в період 2018-2020р характеризується значним поширенням як серед дорослого так і серед дитячого населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Козярін І. П., Івахно О. П., Чорна В. В., Махнюк В. М. Гельмінтози в Україні. Сучасний стан проблеми // Гігієна населених місць. 2015. № 66. С. 268–272.
2. Гельмінтози – чи є актуальною ця проблема? URL: gvkg.kiev.ua/index.php/.dlia./778-helmintozy-chy-ie-aktualnoiu-tsia-problema.
3. Манжай Ю.А., Вакал А. П. Сучасний стан захворюваності на гельмінтози населення Сумської області//Природничі науки. 2019. № 16. С 75–78.

СЕКЦІЯ III
**ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-
ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ**

ЖУКРОВСЬКА М.О., канд. хім. наук
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

**ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ
З БІООРГАНІЧНОЇ ХІМІЇ**

Вступ. Метою сучасного процесу навчання у вищих навчальних закладах є розвиток інтелектуального потенціалу особистості, формування способів логічного аналізу та всебічної обробки одержуваної інформації, здатності до продуктивного мислення у студентів [1]. Реалізація підготовки кваліфікованого фахівця можлива лише при особливій організації освітнього процесу, орієнтованого на активну самостійну роботу студентів [2].

Ефективним засобом формування фахових компетенцій майбутніх випускників є застосування робочих зошитів для практичної роботи, що сприяють організації навчання, повторення, закріплення, узагальнення та систематизації знань студентів, формування у них спеціальних вмінь з відповідних навчальних дисциплін. Дослідженню різних аспектів створення та використання робочих зошитів присвячені публікації Голобкової Г.І., Белоруссова Є.В., Данилова А.Є., Гейна О.В., Шехмірзова А.М., Лаврика Т.В., Овчаренко В.Ю. [3–8, 12].

Мета роботи: довести вагому значимість та ефективність впровадження робочого зошита для практичної роботи з дисципліни «Біоорганічна хімія» у навчальний процес.

Основна частина. Дисципліна «Біоорганічна хімія» відіграє значну роль у формуванні в студентів-медиків основ клінічного мислення та виконує функцію методології клінічних дисциплін, яка досягається впровадженням у навчальний процес нових педагогічних технологій, зокрема розробкою робочих зошитів для практичних занять, використання яких, дає можливість істотно поліпшити засвоєння дисципліни.

Робочі зошити як складові навчально-методичних комплексів різних навчальних дисциплін увійшли в практику викладання ще у 20-х роках ХХ століття та успішно застосовувалися у процесі вивчення спеціальних дисциплін разом з системою опорних конспектів. Проте, високий рівень зацікавленості в цих дидактичних засобах виник лише в останні роки під час модернізації системи освіти, спрямованої на реалізацію компетентнісного підходу у навчанні [3, 4]. При створенні учбової літератури нового покоління робочі зошити з друкованою основою, разом з робочою програмою дисципліни, підручником, опорним конспектом, методичним посібником для викладача та додатковими методичними матеріалами, входять до складу навчально-методичного комплексу, що забезпечує виконання певних дидактичних функцій: якісне засвоєння інформації; формування в студентів системи знань, умінь та навичок з метою їх ефективного застосування у професійній практиці; орієнтування на активну самостійну роботу; сприяння активізації пізнавальної діяльності [5].

Робочий зошит з друкованою основою визначається як матеріальний об'єкт, створений спеціально для навчальних цілей при безпосередній роботі в ньому, що залучається у освітньо-виховний процес у якості інструмента діяльності викладача та студента [9, 10]. На сьогодні робочий зошит для практичних занять є одним із основних компонентів навчально-методичного комплексу з природничих дисциплін, що обумовлює необхідність дослідження особливостей використання навчальних посібників даного формату.

Одне з перспективних завдань сучасної педагогіки полягає у визначенні алгоритмів конструювання робочих зошитів та їх впливу на вирішення проблеми диференціації і індивідуалізації процесу навчання, спрямованості на підвищення ефективності засвоєння матеріалу, формування практичних вмінь та навичок, удосконалення самостійної діяльності. Технологія конструювання робочих зошитів передбачає з'ясування місця і ролі посібника у навчальному процесі, із врахуванням характеру пошукової діяльності студентів, що дозволяє визначити доцільні напрями розробки методичного апарату – бази завдань для індивідуальної та аудиторної роботи, підбору основного теоретичного матеріалу та посилань на додаткову літературу, подання методик проведення

лабораторних робіт та вказівок до виконання практичних завдань, використання необхідного ілюстративного матеріалу, тощо.

Структура та зміст робочого зошита мають базуватися на компетентнісному підході, який передбачає розвиток двох видів компетенції: пізнавальної та діяльнісної. Розрізняють три види робочих зошитів: інформаційний, контролюючий, змішаний [8].

Зошит інформаційного типу містить лише компактно впорядкований необхідний для засвоєння теоретичний матеріал, спираючись на який студенти можуть легко орієнтуватися в повному об'ємі інформації курсу даної навчальної дисципліни. Цей різновид робочих зошитів є широко розповсюдженим у професійній освіті, оскільки матеріал багатьох предметів не має стандартизованого викладення в окремих підручниках або зосереджено за кількома джерелами, внаслідок цього викладач змушений самостійно конструювати навчальну інформацію. Особливості змісту таких зошитів надають їм багатьох ознак опорних конспектів, активізуючи навчально-пізнавальну діяльність студентів.

Контролюючі зошити містять систему завдань для закріплення та перевірки знань. Послідовність розміщення завдань на сторінках робочого зошита потребує цільової орієнтації, за кожним завданням залишене вільне місце, призначене для розв'язку. Завдання, як правило, однакові для всієї аудиторії, але за рахунок необхідності перевірки та оцінювання діяльності кожного студента окремо, викликають почуття особистої відповідальності, вимагають критичного ставлення до отриманих результатів, сприяють спілкуванню та колективному обговоренню різних шляхів вирішення і пошуку правильних відповідей. Дидактичні засоби цього типу використовуються після засвоєння матеріалу теми та дозволяють здійснювати зворотний зв'язок між студентом та викладачем, дають конкретний матеріал для аналізу повноти і якості знань, допомагають викладачу своєчасно помітити проблеми і помилки студента та усунути їх.

Структура робочого зошита змішаного типу передбачає поєднання інформаційного та контролюючого блоків. Вона включає: передмову в якій повідомляються рекомендації до використання посібника, пояснюються принципи системи оцінювання, подається план практичних занять, характеризується актуальність вивчення дисципліни, тощо; змістове наповнення, що включає стислий конспект теоретичної інформації та

приклади розв'язків типових завдань; навчальні ілюстрації, малюнки, схеми; систему тестових запитань і завдань в певній співвідпорядкованості, від простих до більш складних реконструктивних та творчих завдань; місце для відповідей; серію контрольних питань до підсумкового контролю; довідковий матеріал, словник термінів та умовних скорочень; перелік посилань на літературні джерела. Структурні компоненти зошитів змішаного типу зберігають та об'єднують переваги інформаційних і контролюючих зошитів, що забезпечує найбільшу ефективність у педагогічній практиці.

Дослідники [10, 11] виділяють наступні функції робочого зошита для практичних занять та самостійної роботи студентів у навчальному процесі: навчальна – формує необхідний запас теоретичних знань та практичних навичок у студентів; розвиваюча – сприяє розвитку стійкого рівня уваги студентів під час занять; виховна – розвиває особистісні якості, такі як самостійність; формуюча – підвищує зацікавленість студентів навчатися самостійно, надає навички для самовдосконалення та самоосвіти; раціоналізуюча – навчає раціональній організації самостійних занять та ефективному використанню робочого часу; контролююча – забезпечує можливість здійснення контролю та самоконтролю знань та вмінь студентів.

Основні дидактичні функції робочого зошита реалізуються при виконанні наступних вимог [11]: наявності завдань для засвоєння всіх понять, законів, фактів, методів і т.д., що вивчаються в межах обраного курсу; згрупування завдань та узагальнення способів вирішення, які переносяться на вирішення задач широкого спектру професійної діяльності; зв'язаності всіх блоків інформації робочого зошита; поступового зростання складності вирішення завдань та диференційованості рівнів запланованих результатів навчання; цільової орієнтації положення та призначення завдання в блоці заняття; достатньої кількості завдань для розгляду проблем, пошуку рішень, закріплення методів розв'язків, завдань для індивідуальної та колективної роботи, самостійної діяльності, поточного та підсумкового контролю; психологічної комфортності, яка досягається при можливості працювати з робочим зошитом в індивідуальному темпі засвоєння змісту навчальної інформації, здійснення самоконтролю та контролю діяльності своїх колег.

За своїм функціональним призначенням зошити з друкованою основою та підручники є взаємодоповнюючими засобами навчання. Їхня відмінність полягає в тому, що текст підручників, перш за все, спрямований на висвітлення навчального матеріалу, тоді як зошити для самостійної роботи призначені для його усвідомлення, тому містять систему орієнтирів для поетапного формування розумових дій. Такий поліфункціональний засіб навчання доповнює та конкретизує основний навчальний матеріал підручника. До переваг робочого зошита належать: наявність теоретичних відомостей у стислому вигляді, що допомагає структурувати та систематизувати матеріал, який вивчається; запропонована система вправ і завдань різного рівня складності, яка забезпечує практичне засвоєння теоретичного матеріалу, при виконанні самостійної роботи; друкована основа робочого зошита, призначена підвищити продуктивність навчального процесу, даючи змогу збільшити кількість опрацьованих завдань за той самий час; можливість швидкої перевірки набутих знань та контролю розумової діяльності студентів, ефективність усунення помилок під час занять; підвищення рівня зацікавленості до навчання та зміцнення комунікативних зв'язків викладача із студентською аудиторією.

Враховуючи попередній досвід та висновки дослідників ми розробили робочі зошити для практичної та самостійної роботи студентів з біоорганічної хімії, які за спрямованістю своїх дидактичних функцій відповідають зошитах контролюючого типу [12]. Курс цієї фундаментальної навчальної дисципліни викладається на кафедрі фармакології ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» і є обов'язковою складовою загального плану професійної підготовки студентів.

Матеріал навчально-методичного посібника структуровано відповідно до тематичного плану практичних занять. У робочому зошиті подано: запитання для контролю теоретичних знань студентів; тестові завдання; протоколи проведення лабораторних робіт; систему розроблених завдань для самостійної роботи; перелік посилань на джерела літератури; довідниковий матеріал.

Кожен тематичний блок містить завдання, диференційовані відповідно до рівнів самостійної роботи: відтворюючі, що актуалізують отриманні знання та виконуються за зразком з детальною інструкцією;

реконструктивно-варіативні, які потребують інтелектуальної та практичної дії, спрямованої на переосмислення, аналіз та узагальнення вивченого тексту і досвіду відтворення; евристичні, практично корисні алгоритми яких не мають строгого обґрунтування, але надають основи навичок застосування нових підходів до вирішення наукових питань та вмінь використовувати засвоєнні методи у широкому колі споріднених дисциплін. Запропонована система завдань сприяє опануванню принципово нових знань, необхідних для виконання творчих робіт – найвищого рівня пізнавальної діяльності та самостійності студентів. Завдання відрізняються за характером навчальної діяльності (теоретичні та практичні) і способом виконання (тестові, текстові, графічні), передбачають ведення записів в середині зошита та є актуальними як для аудиторної, так і позааудиторної самостійної роботи. Для зручного користування матеріалом посібник розділено на темивідповідно до кількості практичних занять.

З метою перевірки якості створених дидактичних засобів було проведено порівняльний аналіз результатів успішності навчання студентів I курсу у 2016–2019 н.р. (підготовка яких здійснювалась без застосування робочих зошитів) та 2019–2020 н.р. (яким було запропоновано робочі зошити). Отримані дані свідчать, що, при незначній розбіжності загальних середніх показників, практика використання робочих зошитів дозволяє збільшити інтерес студентів до вивчення дисципліни, стимулює активність під час занять, полегшує та прискорює засвоєння нового матеріалу, надає стійкіші навички пошуку відповідей на отримані завдання, це підтверджено деяким зростанням рівня успішності складання підсумкового модульного контролю. Результати успішності студентів I курсу 2019–2020 н.р. показали динаміку якісних змін, що вказує на сприйняття переваг нововведень та їх позитивний вплив.

Висновки: Застосування робочих зошитів підвищує інтенсивність навчальної діяльності, оптимізує процес навчання, стимулює розвиток навичок використання інформаційно-комунікаційних технологій, змінює технології спілкування студента і викладача та забезпечує можливість систематичного відстеження освітньої активності студентів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національна доктрина розвитку освіти України XXI ст. // Освіта України, 2002. – № 33.
2. Стрельцова Н. Організація самостійної роботи студентів фармацевтичного факультету при вивченні органічної хімії // Педагогіка і психологія професійної освіти: науково-методичний журнал. – Львів, Вип. № 3, 2013. – С. 162-170.
3. Голобокова Г.И. Рабочая тетрадь как дидактической средство организации самостоятельной работы студентов / Г.И. Голобокова. – Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – Вып. № 54, 2008. – С. 333-337.
4. Белоруссов Е.В. Рабочая тетрадь по дисциплине – средство развития познавательной активности и организации самостоятельной работы студентов // Педагогика: традиции и инновации: материалы V междунар. науч. конф. – Челябинск: Два комсомольца, 2014. – С. 106-108.
5. Данилов А.Е. Печатная рабочая тетрадь для обучаемого как часть учебно-методического комплекса дисциплины // Молодой ученый, 2013. – № 4. – С. 552-555.
6. Гейна О.В. Робочий зошит як засіб індивідуалізації процесу навчання / О.В. Гейна // «Лінгвістична підготовка студентів нефілологічних спеціальностей вищих навчальних закладів у контексті Болонського процесу та Загальноєвропейських Рекомендацій з вивчення, викладання та оцінювання мов». Матеріали VI Міжнародної науково-методичної конференції, 8-9 жовтня 2015 р. – Одеса, 2015.
7. Шехмирзова А.М., Сташ С.М. Рабочая тетрадь как дидактическое средство формирования профессиональных компетенций в ходе самостоятельной работы бакалавров // Вестник Майкопского государственного технологического университета. – Вип. № 2, 2014. – С. 97-101.
8. Лаврик Т.В. Індивідуальний робочий зошит як засіб управління навчально-пізнавальною діяльністю студентів дистанційного навчання // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка, 2012. – № 7 (242). – Ч. I – С. 93-99.
9. Эрганова Н.Е. Методика профессионального обучения. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Н.Е. Эрганова. – М.: «Академия», 2007.

10. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие. – М.: Народное образование, 1998. – 256 с.
11. Калібабчук В.О. Робочий зошит для самостійної роботи студентів медичних факультетів з навчальної дисципліни «Медична хімія». – К.: НМУ, 2015. – 84 с.
12. Овчаренко В.Ю. Робочий зошит як компонент навчально-методичного комплексу вивчення хімічних дисциплін. – «Молодий вчений» - № 11 (38). – листопад, 2016 р. – С. 470–475.

ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС А.Г., канд.мед. наук
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ У ГАЛУЗІ ФАРМАКОЛОГІЇ

Проблеми інноваційних технологій і методів навчання в сучасній вищій освіті актуальні, оскільки посилилася тенденція до гуманізації і гуманітаризації змісту технічної освіти, ліцензовано нові навчальні дисципліни і, як наслідок, зросла потреба в науково-педагогічних працівниках, які змогли б забезпечити інноваційний підхід до реалізації цих тенденцій під час навчально-виховного процесу. [4, ст. 23] Основні інноваційні напрями в навчанні пов'язані з необхідністю вдосконалення традиційного педагогічного процесу (модернізація, модифікація, раціоналізація); трансформації існуючого традиційного освітнього процесу, тобто радикальних перетворень та комплексних видозмін. [3, ст. 8] Сучасний соціально-економічний розвиток суспільства вимагає використовувати нові інноваційні методи та технології навчання студентів у вищих навчальних закладах, які дозволять майбутнім фахівцям бути більш конкурентоспроможними на ринку праці. На думку, Бистрова Ю.В., поняттям «інноваційні методики викладання» є полікомпонентним, оскільки об'єднує всі ті нові й ефективні способи освітнього процесу (здобуття, передачі й продукування знань), які, власне, сприяють інтенсифікації та модернізації навчання, розвивають творчий підхід і особистісний потенціал здобувачів вищої освіти. [3 ст.10]. Інноваційні

методи навчання у вищій школі України головний вектор сучасного розвитку вищої освіти в Україні визначається загальним спрямуванням вітчизняної вищої школи на входження в загальноєвропейський і світовий освітній простір, гармонізацію національних і міжнародних стандартів вищої освіти в контексті Болонського процесу та кредитно-трансферної системи навчання. [7, ст.16] В умовах сьогодення вища освіта вимагає від науково-педагогічних працівників опанування і впровадження інноваційних методів навчання й викладання, заснованих на мультимедійних, інформаційних програмах, системах передання знань.

В аналітичній доповіді ЮНЕСКО «Сталий розвиток після 2015 р.» зазначено, що у нову інформаційну епоху саме вища освіта має стати основоположним елементом прогресу, а інновації у різних сферах суспільної діяльності повинні містити в собі високий динамізм, швидку зміну знань, інформації, технологій [1, ст. 12]. Отже, підвищується соціальне значення держави у забезпеченні доступу до якісної освіти, високого рівня знань, можливості набуття відповідних вмінь, компетенцій через надання вишам академічної мобільності й свободи. Закон України «Про вищу освіту» серед основних завдань вищих навчальних закладів передбачає «забезпечення органічного поєднання різних форм інноваційних методів навчання. Крім того, більшість законодавчих документів, національних програм стосовно вищої освіти наголошує на недопущенні зниження якості освіти, падіння рівня знань; моральному старінню методів і методик навчання. [2 ст.34]. Саме суспільне консенсусне розуміння того, що освіта – це один із головних факторів інноваційного розвитку суспільства, дає сьогодні поштовх до стратегічного вирішення завдань і забезпечення системного реформування національної вищої школи, адекватної модернізації та інтеграції її до європейського економічного, культурного та інформаційного простору. З огляду на сказане вважаємо, що в сучасному освітньому процесі проблема інноваційних методів навчання залишається однією із актуальних у світовій педагогічній і науково-дослідній діяльності. Однак в умовах трансформаційних змін у вищій школі потребують постійного ретельного вивчення та науково-практичного обґрунтування питання кращого досвіду інноваційної освітньої діяльності; характеристики змісту інтерактивних форм навчання, специфіки їх використання у вищих навчальних закладах;

індивідуалізовані, командні, проектні технології отримання знань, інформаційно-комунікаційні засоби навчання, он-лайн освіта та інші нововведення. [5, ст. 23] Сьогодні інновації в галузі освіти поділяють на: – психолого-педагогічні – нововведення в навчальний, виховний, управлінський процес; – науково-виробничі – комп'ютерні та мультимедійні технології; – соціально-економічні – правові, юридичні та економічні нововведення. [6, ст.12]

В свою чергу інноваційні технології у вищому навчальному закладі характеризують, як технології, засновані на нововведеннях: організаційних (пов'язаних із оптимізацією умов освітньої діяльності), методичних (спрямованих на оновлення змісту освіти та підвищення її якості); які дозволяють студентам: ефективно використовувати навчально-методичну літературу та матеріали; засвоювати професійні знання; розвивати проблемно-пошукове мислення; формувати професійне міркування; активувати науково-дослідницьку роботу; розширювати можливості самоконтролю отриманих знань; викладачам: оперативно оновлювати навчально-методичну літературу; впроваджувати модульні технології навчання; використовувати імітаційні технології навчання; розширювати можливості контролю знань студентів; у цілому: удосконалювати якість наявних технологій підготовки спеціалістів. [2, ст. 10].

Сьогодні найбільш популярними інноваційними методами навчання, які дозволяють використовувати нові технології викладання є: контекстне навчання, імітаційне навчання, проблемне навчання, модульне повне засвоєння знань, дистанційне навчання. Розглянемо вище наведені методи більш детально. 1. Контекстне навчання. Ґрунтується на інтеграції різних видів діяльності студентів: навчальної, наукової, практичної. 2. Імітаційне навчання. Його основою є імітаційно-ігрове моделювання в умовах навчання процесів, що відбуваються в реальній системі. 3. Проблемне навчання. Здійснюється на основі ініціювання самостійного пошуку студентом знань через проблематизацію (викладачем) навчального матеріалу. 4. Модульне навчання. Становить різновид програмованого навчання, сутність якого полягає в тому, що зміст навчального матеріалу жорстко структурується з метою його максимально повного засвоєння, супроводжуючись

обов'язковими блоками вправ і контролю за кожним фрагментом. Повне засвоєння знань. Розробляється на основі ідей Дж. Керролла і Б.С. Блума – про необхідність зробити фіксованими результати навчання, оптимально змінюючи при цьому параметри умов навчання залежно від здібностей учнів. Дистанційне навчання. Різновид (досить самостійний) заочного навчання, з опертям на використання новітніх інформаційно-комунікаційних технологій і засобів. [3, ст. 45]

Протягом декількох останніх років запропоновані вище методики запроваджені на кафедрі фармакології ВНКЗ ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського». Студенти нашого навчального закладу разом з викладачами використовують у навчальному процесі всі методи інноваційного навчання, як і наведені вище. Кафедра фармакології та її викладачі активно використовують контекстне навчання, імітацій ненавчання, проблем ненавчання, модульне повне засвоєння знань, дистанційне навчання. Показово, що викладачі отримали можливість створювати і втілювати власні інноваційні методики. Поняття «освітньо-навчальні інновації» використовується в різних педагогічних процесах для визначення адекватних механізмів впливу, поєднаних в одну програму, яка охоплює всі напрями трансформації вищої школи. Так, категоріальне наповнення інновації у сфері освіти можна, на наш погляд, спроектувати на дуальний контекст, зокрема, розглядати його як процес, який полягає в масштабній або частковій зміні системи освіти і відповідної діяльності, та готовий продукт, тобто очікувані результати. У діяльнісному аспекті інноваційними слід вважати оригінальні, новаторські способи та прийоми педагогічних дій і засобів. Отже, інноваційне навчання – це постійне прагнення до переоцінки цінностей, формування у вищій школі інноваційної особистості. Інновації в навчанні пов'язані з активним процесом створення, поширення нових методів і засобів (нововведень) для вирішення дидактичних завдань підготовки фахівців у гармонічному поєднанні класичних традиційних методик та результатів творчого пошуку, застосування нестандартних, прогресивних технологій, оригінальних дидактичних ідей і форм забезпечення освітнього процесу.

Аналіз характеристик інноваційних методів навчання показав, що вище наведені методи можуть бути ефективно використані у

навчальному процесі кожний окремо, але на нашу думку більш ефективний результат можливо отримати від комплексного та системного використання деяких методів, наприклад, модульне навчання можна поєднати з проблемним навчанням.

Отже, враховуючи сучасне активне використання інноваційних методів навчання, інноваційний шлях розвитку та використання інноваційних технологій викладання у вітчизняних вищих навчальних закладах є запорукою їх конкурентоспроможності серед великої кількості, як вітчизняних вищих навчальних закладах так й закордонних.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдалова, О. И. Использование технологий электронного обучения в учебном процессе / О. И. Абдалова, О. Ю. Исакова // Дистанцион. и виртуал. обучение. – 2014. – № 12. – С. 53;
2. Берестова А. Інноваційні технології та методика навчання у професійній освіті [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nadoest.com/innovacijni-tehnologiyi-ta-metodi-navchannya-u-profesijnij-osv>
3. Бистрова Ю.В. Інноваційні методи навчання у вищій школі України / Ю.В. Бистрова // Право та інноваційне суспільство. – 2015. – №1 (4). – С. 27-33.
4. Фатхутдінова О. В. // Гуманітар. вісн. Запоріж. держ. інж. акад. – 2012. – Вип. 48. – С. 37.
5. Шестопалюк О.В // Теорія і практика управління соціальними системами. – 2013. - №3. – С. 118-124.
6. Клімова, Г. П. Парадигмальні концепти інноваційного розвитку вищої освіти України / Г. П. Клімова // Право та інновації. – 2015. – № 1. – С. 11–18
7. Лисенко, М. В. Інноваційна парадигма вищої освіти України за умов переходу до інформаційного суспільства : автореф. дис. ... канд. філос. наук : 09.00.10 / М. В. Лисенко. – К., 2013. – 16 с.

ТЕРЕЩУК С.І., канд. фарм. наук, доцент
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

МИНУЛЕ, СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ П'ЯТДЕСЯТИ ЛЬВІВСЬКИХ АПТЕК

Аптека (грец. *Apotheke*- склад, сховище) – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є своєчасне забезпечення населення якісною фармацевтичною допомогою згідно з чинним законодавством та міжнародними стандартами Належної фармацевтичної (аптечної) практики [1]. З аптекою кожен з нас стикається протягом свого життя, або як пацієнт, або як працівник, або як цінитель пам'яток XVIII–XX ст. Останнє твердження особливо актуальне для м. Львова, де серед історичних раритетів, гідне місце займають стародавні аптеки. На жаль, із плином часу та впливом цілого ряду негативних факторів, ми безповоротно їх втрачаємо.

Об'єктом нашого дослідження було вивчення особливостей функціонування п'ятдесяти львівських аптек, яким у минулому столітті були присвоєні порядкові номери від 1 до 50.

У XIV–XV ст. у Львові почали відкриватися перші приватні аптеки, зокрема Клементом (1392–1400 рр.), Василем (1445 р.) Рутенусами та перша міська аптека – аптекарем Александром (1490 р.), який отримував із скарбниці міської ради кошти на закупівлю мазей та ліків [2, с.20]. Місто розвивалося і відкривалися нові аптеки. За традицією, всі вони отримували власні імена: “Під золотим оленем” (середина XVI ст.), “Під чорним орлом” (1775 р.), “Під угорською короною” (1772 р.), “Під золотою зіркою” (1828 р.), “Під Фемідою” (1901р.), “Під Святим Духом” (1913р.), “Під святим Іоаном” (1915р.) і так до вересня 1939 року [3, с.340].

Відкриття аптек здійснювалися згідно нормативних документів діючої влади. Після приєднання Галичини до Австрії (1772 р.) вступив у дію «Санітарний патент» Пергена, дев'ятий розділ якого повністю був присвячений врегулюванню аптечних відносин. З 1778 р. заборонено безконтрольне відкриття аптек, для керівників аптек – обов'язкова вища фармацевтична освіта та використання лише кваліфікованого персоналу.

Основні зміни у фармацевтичному законодавстві, запроваджені на початку ХХ ст., пов'язані з ухваленням у 1906 р. закону «Про врегулювання аптечних відносин», який був одним з найкращих законів в Європі та діяв на території Галичини до 1939 р. [4, с.11–12]. Уряд Австро-Угорщини запровадив у Галичині єдині ціни на ліки, аптекарям було заборонено допускати будь-які зловживання. Основною діяльністю аптеки було виготовлення ліків за рецептами лікарів, але деякі власники налагодили у своїх аптеках широке виготовлення і відпуск різних препаратів. Здебільшого це були галенові препарати (настої, екстракти, сиропи, мазі та пластирі, емульсії, висушені лікарські рослини, лікувальні вина), і косметичні засоби - креми, лосьйони, зубні порошки, туалетні води.[5, с.93].

Добре налагоджений ритм роботи львівських аптек зазнав змін в часи військових та політичних змін у 1939–1944 рр. У повоєнний період були організовані обласні аптечні управління, у підпорядкуванні яких були аптечні склади, контрольні-аналітичні лабораторії, галенові та інші виробництва, аптеки та аптечні магазини[6, с. 39]. Але в подальшому, існуюче в той період централізоване загальне керівництво зі столиці аптечною мережею, виявилось неефективним. Було прийнято рішення про передачу аптечних управлінь у підпорядкування відділам охорони здоров'я облвиконкомів. У 1976 р. аптечні управління передано в підпорядкування виконавчих комітетів обласних Рад депутатів трудящих. В цей період цілеспрямовано здійснюється робота щодо організації спеціалізованої медикаментозної допомоги через створення дитячих аптек, аптек матері та дитини, гомеопатичних аптек, готових ліків, аптек лікарських рослин. У 1991 р. Головне аптечне управління було ліквідовано, а на його базі організоване Науково-виробниче об'єднання (НВО) «Фармація», яке вже через декілька років, було реорганізовано в Українське об'єднання «Укрфармація». Саме на цьому історичному етапі відбувається роздержавлення аптечної мережі, створюються акціонерні товариства, холдинги, товариства тощо. Формування нового обличчя української фармації на змін ліквідованої монополії держави та забезпечення населення ліками трансформується у стихійний, недостатньо контрольований державою фармацевтичний ринок України [7, с.11].

Аптечне середовище Львова у 2021 році – це новостворені, яскраві, з сучасними меблями мережеві аптеки та решта аптеки, серед яких є ряд під доброю опікою та без неї. Для останніх, сьогодні – це період виживання в непростих економічних умовах, період самоусунення адміністрації міста від їх підтримки. І ще одна група аптек, які залишаються тільки в спогадах львів'ян – ліквідовані на користь відкриття магазинів, офісів, закладів харчування.

Із п'ятдесяти досліджуваних аптек ми виділили три групи: – працюючі за адресами минулих століть (11 аптек); – працюючі, створені за радянських часів (15 аптек); – зниклі з карти Львова за останні 15 років (24 аптеки).

Кожна аптека з першої групи має щось тільки своє, але об'єднує їх спільний шарм, атмосфера. Як стверджує І.Клех, аптеки Львова найбільше схожі на букіністичні крамнички: старовинні інтер'єри і меблі, високі заклені шафи, шухлядки картотек, нерідко антресоли або металеві балкони по периметру. У них затримався ностальгічний аромат цивілізації, ще не знайомої зі світовими війнами – так, ніби фармацевтам була відома і передавалася з покоління в покоління таємниця консервації минулого часу [8, с. 255].

Одинадцять історичних аптек Львова, що працюють дотепер:

Аптека «Під золотим оленем», заснована в 1574 р., з 1850 р. – на пл. Ринок, 18, в останні роки аптеку перенесли в будинок № 17 – інтер'єри не збережені;

Аптека-музей «Під чорним орлом», 1735 р., вул. Друкарська, 2 – збережена аптека та інтер'єри;

*Аптека «Під угорською короною», 1772 р., пл. Соборна, 1 – збережена аптека та інтер'єри, працює інтерактивний музей;

*Аптека «Під золотим орлом», 1773 р., вул. Галицька, 19 – збережена аптека;

Аптека «Під римським імператором Титом», 1819 р., вул. Личаківська, 3 – інтер'єри практично не збережені;

Аптека «Під Гігесю», 1908 р., вул. Городоцька, 66 – інтер'єри не збережені;

Аптека «Під соколом», 1908 р., вул. Личаківська, 57 – інтер'єри та меблі збережені;

*Аптека «Маріацька», 1914 р., пл. Міцкевича, 8 – збережена аптека та інтер'єри;

Аптека «Каса хворих», 1921 р., вул. Фредра, 2-інтер'єри збережені частково;

Аптека «Під Матінкою Божою», 1908 р., вул. Дороша, 9 (Зелена, 33) – інтер'єри збережені частково;

Аптека «Під святим Яном», 1914 р., вул. Київська, 23 – інтер'єри збережені частково[9].

*- аптеки, які взяла під опіку фармацевтична фірма ТОВ "Маркет Універсал Лтд", проведено реставрацію, збережено інтер'єр;



«Під золотим орлом» «Під угорською короною» Інтер'єр аптеки «Маріацька»

Доля решти аптек із другої групи склалася по різному. В деяких з них (8 закладів) розташувалися аптеки мереж «ЗІ», «Пульс», «D.S.», «Біомед», «Скайінвест», що забезпечує їм нормальне функціонування. Решта 7 аптек (№№ 20, 27, 29, 30, 44, 47, 48) працюють самостійно як товариства або залишилися у комунальній власності. Проблеми економічної самоокупності їх діяльності стоять дуже гостро. Деякі зрушення наступили в березні 2021 р., коли на засіданні комісії комунального майна ЛМР підтримано рішення з надання пільги на оренду приміщень аптекам з правом індивідуального виготовлення ліків. У цей список попали шість досліджуваних аптек (№№ 1, 29, 30, 38, 44, 49).

Найбільш недопустимою є ситуація із втраченими аптеками. За кожною із 24-хліквідованих аптек залишилися працівники без роботи, пацієнти без фармацевтів, які їх обслуговували.

Історичні аптеки Львова, що зникли за останні десятиліття:

Аптека «Під золотим левом», 1780 р., вул. Городоцька, 26 – піцерія;

Аптека «Під Архангелом», 1886 р., вул. Городоцька, 131 – магазин;

Аптека «Під Святим Духом», 1898 р., пр. Шевченка, 28 – банк;
 Аптека «Під фемідою», 1901 р., вул. Словацького, 12 – магазин;
 Аптека «Під Святою Софією», 1908 р., пл. Івана Франка – магазин;
 Аптека «Під Святим Миколаєм», 1926 р., вул. Грушевського, 23 –
 магазин;

Аптека центру соціального забезпечення, 1928 р., вул. Свенціцького, 5 –
 «Нова пошта» [9].

Зліквідовані стародавні аптеки Львова



«Під Архангелом» «Під святою Софією» «Під золотою зіркою»

На нашу думку, прикладом дуже негативного результату є так званий порятунок аптеки «Під золотою зіркою» (вул.Коперника,1). Власникам мережі громадського харчування не можна було віддавати перлину аптечної справи Львова та перетворити її на *Кондитерська аптека Іонових "Під золотою зіркою"*.

Окрім названих закладів, перестали функціонувати ще 16 аптек, які працювали ще донедавна, але не витримали конкурентної боротьби.

Аптеки – жертви економічної боротьби



Аптека № 7 *Аптека № 8* *Аптека № 34*
 (вул. Замарстинівська) (вул. Б. Хмельницького) (пр.Чорновола)

Звичайно, ніхто не заперечує, що з роками наступають зміни, але аптеки – це заклади охорони здоров'я, а не торгівлі, вони повинні мати

підтримку з боку державних органів. Для майбутніх поколінь необхідно зберегти різні аптеки, якщо не в реальності, то хоча би в пам'яті, бо кожна з них є частиною історії Львова.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фармацевтична енциклопедія. 2-ге вид., переробл. і доповн. – Київ : МОРІОН, 2010. – 1632 с. URL:<https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2849/aptek>

2. Сув'язь поколінь. Фармацевтичний факультет Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1853 – 2009. / Б.С. Зіменковський, Т.Г. Калинюк, Р.Б. Лесик, С.В. Різничок, С.І. Терещук, Т.О. Терещук. – Львів: Наутілус, 2009. – 532 с.

3. За роками роки. До 160-річчя фармацевтичного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1853-2013 / Б.С. Зіменковський, Т.Г. Калинюк, Р.Б. Лесик, С.В. Різничок, С.І. Терещук, Т.О. Терещук. – Львів: Ліга-Прес, 2013. – 504 с.

4. Терещук Т.О. Історичні аспекти розвитку фармацевтичного законодавства і освіти, становлення суспільно-професійних організацій у західноукраїнських землях (XV-1-ша половина XX ст.): автореферат дис. канд.фарм.наук: 15.00.04; Львівський державний медичний університет. – Львів, 1996.- 24 с.

5. Радиш Я.Ф., Сорока О.Я., Хомут У.В. Особливості державного регулювання фармацевтичної діяльності на Прикарпатті в першій половині XX століття. //Інвестиції:практика та досвід. – 2017. – № 9. – С.91-95. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=5507&i=16>

6. Борищук В. О. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Пов.П. Дослідження періоду 1930–1960 рр. // Фармацевтичний журнал. – 2014. – № 6. – С. 35–42. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2014_6_8

7. Борищук В.О. Ретрофармацевтичні дослідження впливу організаційно-правової структури управління аптечною мережею та аптечною службою на оптимізацію забезпечення населення лікарськими засобами (1960–1990 рр.) // Фармацевтичний журнал. – 2015. – № 3. – С. 5–14. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2015_3_3.

8. Клех І. Аптеки Львова. Львів, Leopoldis, Lwow, Lemberg, Genius Loci. Незалежний культурологічний часопис «І». 2004 р.С.411. URL: https://shron3.chtyvo.org.ua/Chasopys_Ji/Lviv_Leopoldis_Lwow_Lemberg_Genius_Loci.pdf

9. Іваник М. Аптеки як частки історії. Українська інтернет-газета «Zbruc». URL: <https://zbruc.eu/node/88322>.

СЕКЦІЯ IV

ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ, ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЇХ У ПРАКТИКУ

КОНОВАЛЕНКО С.О., канд.мед.наук, доцент,
Тернопільський національний
медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
АНДРЕЙКО О.І., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ МІСТА ТЕРНОПІЛЬ

Вступ. Стоматологічне здоров'я є важливим елементом загальносоматичного здоров'я, а також благополуччя індивіда. Хоча більшість захворювань ротової порожнини можна попередити, що підтверджено дослідженнями як українських, так і зарубіжних науковців, поширеність карієсу та його ускладнень, а також захворювань тканин пародонта лишається досить високою і є важливою проблемою національної системи охорони здоров'я [1, 5, 7, 8]. З іншого боку, вартість стоматологічних послуг є досить високою, що значно обмежує доступ громадян до якісного стоматологічного обслуговування. Як наслідок, ми спостерігаємо невтішну тенденцію до зростання стоматологічної захворюваності, особливо серед дитячого населення.

Основна частина. Формування карієсу зубів у дітей шкільного віку залежить від віку, карієсрезистентності емалі зубів, властивостей ротової рідини, стану мікробіоценозу порожнини рота, моделі поведінки, спадкових чинників [3]. На сьогодні з метою вивчення стоматологічного статусу успішно використовують Європейські індикатори здоров'я порожнини рота [2, 4, 8]. Метою нашого дослідження було виявлення поведінкових факторів ризику у дітей шкільного віку за допомогою

суб'єктивних індикаторів. Виконано аналіз наукової стоматологічної літератури і даних власних досліджень по моніторингу карієсу у дітей.

Проведено стоматологічні огляди та опитування дітей віком 7–16 років, які були розділені на дві групи. До першої групи входили школярі віком 7–10 років, до другої групи– 11–16 років. Встановлено високу поширеність та середній рівень інтенсивності карієсу зубів у дітей обох вікових груп та їх взаємозв'язки з поведінковими чинниками ризику. Європейські індикатори стоматологічного здоров'я можуть бути використані для моніторингу ефективності програм первинної профілактики карієсу зубів серед дитячого населення. Інформативність Європейських індикаторів у визначенні якості стоматологічної допомоги дітям та у виявленні поведінкових факторів ризику (детермінантів карієсу і хвороб пародонта) досліджували за системою EGONID-2005 (Європейська глобальна система індикаторів стоматологічного здоров'я) [2, 8], що включає визначення об'єктивних (огляд) і суб'єктивних (анкетування) показників.

Стоматологічний огляд та анкетування провели у 34-ох школярів першої групи і 36-ти школярів другої групи дитячими лікарями-стоматологами в декількох випадково вибраних школах міста Тернопіль у стандартних умовах із дотриманням усіх необхідних етичних та адміністративних вимог. При огляді дітей реєстрували стан зубів та кровоточивість ясен. Анонімне опитування з використанням анкет ВООЗ-2013 провели серед дітей у тих самих школах [2, 5]. Анкета містила 9 питань, що стосуються суб'єктивної оцінки стану і зовнішнього вигляду зубів, випадків зубного болю, кількості відвідувань лікаря-стоматолога та привід, рекомендованої частоти чищення зубів і виду зубної пасти, частоти вживання солодких продуктів і напоїв, а також наявності шкідливих звичок [2, 6]. Результати даного дослідження наведені у таблиці.

**Суб'єктивні індикатори стоматологічного здоров'я школярів
міста Тернополя**

Індикатор	Дані груп	
	1-а група	2-а група
Чистка зубів (2 рази в день)	8 (23,5 %)	11 (30,5 %)
Використання для чистки зубів фторвмісних зубних паст	21 (62 %)	27 (75 %)
Куріння	2 (6 %)	5 (14 %)
Харчування (солодкі продукти та напої)	Солодкі продукти: 29 (85 %); Напої: 12 (35 %)	Солодкі продукти: 26 (72 %); Напої: 10 (28 %)
Звертання до лікаря-стоматолога (проф. огляд протягом року)	16 (47 %)	19 (53 %)
Причина звертання (зубний біль)	11 (32 %)	9 (25 %)
Самооцінка стану зубів («відмінний» або «добрий»)	24 (70,5 %)	22 (61 %)
Соромляться посміхатись	7 (21 %)	12 (33 %)
Фізичний біль зубів (не відвідували уроки через зубний біль)	2 (6 %)	1 (3 %)

При огляді виявлено, що в обох вікових групах показники карієсу відповідали середньому рівню його інтенсивності, відповідно до статистичних даних ВООЗ. Наявність постійних зубів у дітей обох груп свідчить про ефективність запровадженої у лікувальних закладах міста стоматологічної диспансеризації дітей. Порівнюючи дані 2019 р. з результатами останніх епідеміологічних обстежень, проведених в різних регіонах України, слід зазначити, що в Тернопільській області інтенсивність карієсу у дітей є високою [2, 4].

Оцінюючи поведінкові звички дітей можна зазначити, що всі фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань відносяться до негативних. Накопиченню мікробного нальоту на зубах можна уникнути регулярним їх чищенням. Тому, усі діти повинні дотримуватися загальноприйнятих рекомендацій. За даними анкетування, тільки 23,5 % дітей у першій групі та 30,5 % у другій групі практикують щоденне

дворазове чищення зубів, що є незадовільною ознакою гігієни ротової порожнини.

Науково доведено, що найефективнішим засобом первинної профілактики карієсу зубів є фториди за умови їх системного надходження в організм або локального нанесення на зуби [6]. Проте всього 62 % у першій та 75 % у другій групах дітей із числа анкетованих використовують для чищення зубів пасти, що містять фториди.

Аналіз анкетування щодо харчових вподобань показав, що молодші діти більше люблять солодкі продукти та напої, а старші надають перевагу фруктам ніж солодощам, і щоденно вживають їх. Споживання солодких продуктів і напоїв, доповнюють картину і в сукупності дозволяють повноцінно оцінити вплив гігієнічних та харчових звичок на розвиток карієсу у дітей [3].

Самооцінка стану зубів показала, що лише 70,5 % першої групи та 60 % другої групи підлітків оцінили стан своїх зубів як «відмінний» або «добрий», 21 % дітей першої та 33 % другої груп соромилися посміхатися через вигляд своїх зубів, що вказувало на моральне пригнічення школярів.

Аналізуючи дані надання стоматологічної допомоги дітям та результату, можна відмітити, що досить не великий відсоток звернувся до лікаря протягом року з профілактичною метою 47 % першої і 53 % другої груп, а з приводу зубного болю – 32 % та 25 %. Це може вказувати на недостатньо ефективну або нерегулярну щорічну стоматологічну санацію дітей шкільного віку.

Висновок. Результатами аналізу даних підтверджують збереження високої поширеності карієсу у дітей. З іншого боку, серед дітей обох вікових груп спостерігається зниження інтенсивності карієсу зубів завдяки активізації профілактичної роботи серед школярів. Ряд суб'єктивних індикаторів стоматологічного здоров'я вказує на наявні у школярів поведінкові фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань, такі як несвоєчасне відвідування лікаря-стоматолога з метою профілактики або раннього лікування (47 %, 53 %), недостатня мотивація дітей до використання фторвмісних зубних паст (62 %, 75 %), щоденне вживання солодощів (85 %, 72 %). Незадовільний стоматологічний статус дітей погіршує якість їхнього життя за такими критеріями, як фізичне (зубний біль, пропуски уроків) і моральне (сором посміхатися через стан

зубів) благополуччя. Індикатори стоматологічного здоров'я можуть у перспективі бути використані в громадській охороні здоров'я і науково-дослідних проектах для моніторингу ефективності первинної профілактики та якості системи стоматологічної допомоги дитячому населенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безвушко Е. В. Стоматологічна захворюваність дітей, які проживають на різних за екологічним станом територіях, та обґрунтування диференційованої профілактики уражень твердих тканин зубів : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / Е. В. Безвушко. – Київ, 2013. – 36 с.
2. Європейські індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку міста Тернополя / П. А. Леус, М. А. Лучинський, Н. В. Чорній, Н. В. Манащук // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 91–96.
3. Макаренко МВ, Ковач ІВ. Роль мікроекології порожнини рота в етіопатогенезі запальних захворювань пародонту в осіб молодого віку. *Соврем. стоматология*. 2014;(3):28-33.
4. Мониторинг стоматологической заболеваемости детей Украины / О. В. Деньга, В. С. Иванов, В. Н. Гороховский [и соавт.] // *Дентальные технологии*. – 2003. – № 67 – С. 2–6.
5. Порівняльна оцінка стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку за Європейськими індикаторами здоров'я порожнини рота / Е. В. Безвушко, Л. Ф. Жугіна, А. А. Нарикова, Н. Л. Чухрай // *Новини стоматології*. – 2013. – № 3. – С. 76–80.
6. Скульська С. В. Розробка і обґрунтування принципів та методів профілактики карієсу зубів у дітей, що часто хворіють: автореф., дис. канд. мед. наук: 14.01.22 / С. В. Скульська. – Полтава, 2002. – 18 с.
7. Хоменко Л. О. Стоматологічне здоров'я дітей України, реальність, перспектива / Л. О. Хоменко // *Науковий вісник Національного медичного Університету імені О. О. Богомольця*. – 2007. – № 4. – С. 11–14.
8. WorldHealthOrganization. *OralHealthSurveysBasicMethods*. – 5th Ed. – Geneva : WHO, 2013. – 125 p.

НАЗАР С.Л., асистент кафедри
хірургічних дисциплін і невідкладних станів,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
НАЗАР О.Ю., асистент кафедри
лабораторної медицини,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ВПЛИВ ФТОРУ НА РОЗВИТОК СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

Фториди є однією з характерних домішок ґрунтових і підземних вод, а сам фтор є дуже важливим компонентом, який при низьких концентраціях здатний запобігати карієсу, а при підвищених – накопичується в організмі та викликає захворювання флюороз. [2]

Фтор та його сполуки досить поширені в біосфері, зокрема в атмосфері, воді, рослинах, ґрунті та живих організмах, що беруть участь у кругообігу цього елемента в природі. [1] Цей хімічний елемент відноситься до групи галогенів, тобто стоїть у ряді з хлором, бромом і йодом. У формі чистої речовини - газ блідо-жовтого кольору, який можна спостерігати тільки в лабораторних умовах, оскільки фтор є найактивнішим неметалічним елементом і взаємодіє практично з усіма речовинами. Цим пояснюється те, що в об'єктах навколишнього середовища він міститься лише в формі солей – фторидів. [2]

Його механізм полягає в тому, що надмірні кількості фтору витісняють з кісткової тканини та зубів кальцій. [2]

Гранично допустима концентрація (ГДК) фторидів у воді нормується згідно ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» (цей стандарт відповідає і Європейському).

- Норма вмісту фтору у воді для теплих регіонів (Одеси, Криму, Закарпаття) – 0,7 мг/л.
- Для помірного клімату інших регіонів – 1,2 - 1,5 мг/л.

За територіальною ознакою води України можна розділити на чотири групи:

1. Вода з вкрай низьким вмістом фтору (менше ніж 0,3 мг/л) у Закарпатській, Івано-Франківській, Тернопільській, Львівській, Рівненській та Волинській областях.

2. Знижений (0,3–0,6 мг/л) вміст фтору в питній воді спостерігається у Вінницькій, Хмельницькій, Житомирській, Київській, а також Одеській, Запорізькій, Миколаївській областях і Криму.

3. Оптимальний вміст (0,6–1,5 мг/л) - в Чернігівській, Сумській, Харківській, а також Луганській областях.

4. Регіони з високим вмістом фтору у воді (1,5–3,0 мг/л) - це Дніпропетровська, Полтавська, Кіровоградська та Донецька області.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я норма фтору в питній воді – 0,8–1 мг/л. [2]

У деяких країнах фтор вносять в водопроводи спеціально, для забезпечення захисту від карієсу. США були першою країною, яка почала спеціально фторувати воду для профілактики хвороб зубів у дітей та дорослих.

Сьогодні фторування води відбувається в ряді країн: США, Аргентина, Австралія, Бразилія, Канада, Чилі, Колумбія, Гонконг, Ірландія, Ізраїль, Корея, Малайзія, Нова Зеландія, Філіппіни, Сербія, Сінгапур, Іспанія, Великобританія і В'єтнам.

Також в світі приблизно 40-ка мільйонами людей щодня використовується природно фторована вода.

Якщо кількість фтору у воді підвищена, то потрібно проводити дефторування.

Найпоширенішими реагентами для фторування є:

- Фторид натрію (NaF) – являє собою білий порошок або кристали, що не мають запаху.

- Гексафторкремнієва кислота (H_2SiF_6) – реагент в рідкій формі, побічний продукт виробництва добрив. Її недоліком є підвищена вартість транспортування внаслідок високого вмісту води.

Фторсилікат натрію (Na_2SiF_6) – також порошок або кристали, менш токсичний для персоналу станцій водопідготовки, ніж фторид натрію та

вигідніший при транспортуванні, ніж фторкремнієва кислота. Бутильована вода з фтором зазвичай містить саме цю речовину. [2]

Сучасні дослідження доводять, що фтор міститься практично в усіх тканинах організму. В неендемичних за флюорозом населених пунктах невеликі кількості фтору містяться в усіх органах і тканинах людини, перш за все у скелеті, менше – в ектодермальних тканинах, зі слабо вираженими обмінними процесами. Зовсім мало його у внутрішніх органах. Вміст фтору варіює і залежить від вмісту в питній воді, ґрунті, рослинах. Основним джерелом надходження фтору в організм є їжа і вода, на які припадає 75–90% фтору, що потрапляє у травний канал. Приблизно 1–5% фторидів надходить через слизову оболонку порожнини рота. [1]

Застосування фтору для запобігання карієсу зубів визнано найбільш ефективним і доступним у різноманітних програмах профілактики, проте, за різними даними, штучно фторовану воду у світі використовують 200–300 млн. осіб. [1]

При застосуванні низьких концентрацій фтору частіше формується фторопатит, стійкий до дії кислот. При концентраціях фтору більше 0,1% формується фторид кальцію, який накопичується у поверхневих шарах емалі. Фториди виступають як активатори кристалоутворення, утворюючи первинні осередки мінералізації, сприяють упорядкованому і більш щільному розташуванню кристалів апатитів у шарах емалі і збільшують їх розміри (А.Кнаппвост, 2000). [3]

Карієсопротекторна дія фтору обумовлена прискоренням кристалізації гідроксиapatиту, у тому числі і у кислому середовищі під зубним нальотом. Окрім того, фтор пригнічує фермент енолазу, забезпечуючи цим переривання циклу гліколізу вуглеводів і зменшення утворення молочної кислоти. Фтор справляє бактеріостатичну дію на мікроорганізми зубного нальоту за рахунок руйнуючої дії на оболонку бактеріальної клітини (J.J.Murray, F.J.Rugg-Gunn, G.N.Jenkins, 1991) [3] та його вважають ефективним засобом у систематичній і топічній боротьбі з карієсом. Його активна дія найбільш ефективна у дітей до 16 років. [3]

Ендогенна профілактика карієсу полягає у системному призначенні сполук фтору. Вони можуть надходити до організму людини з питною

водою, фторованим молоком, кухонною сіллю. таблетками або краплями фториду натрію. [4]

Ефект фторидів спостерігається в разі надходження оптимальної їх кількості в організм у період внутрішньо щелепного формування зубів і мінералізації емалі. [4] Оптимальне щоденне надходження цього елемента в організм має бути в межах 1,2–1,6 мг залежно від віку. [4]

Що ж стосується профілактики карієсу, то концентрація в 1 мг/л показує високу ефективність, і при цьому абсолютно не впливає на структуру кісток, хоча може викликати легку пігментацію зубів, що доводиться багаторічними дослідженнями в країнах, які практикують фторування води. Причиною виникнення карієсу є розмноження в зубному нальоті бактерій, зокрема *Streptococcus mutans* і *Lactobacillus*. У процесі життєдіяльності вони поглинають вуглеводи та продукують органічні кислоти. Особливо активно їх життєдіяльність відбувається при великому споживанні цукру. Фториди діють, порушуючи механізм демінералізації карієсу. Коли рН знижується нижче 5,5, кислоти розчиняють гідроксиapatит, який є базовим компонентом зубної емалі. Цей процес є демінералізацією. Коли людина не споживає цукру, відбувається відновлення або ремінералізація зубної емалі. Ураження зуба виникає, коли швидкість ремінералізації нижча за швидкість демінералізації. Фториди здатні утворювати фтороapatити, які більш стійкі до кислого середовища і, відповідно, захищають зуб від руйнування, поки відбувається ремінералізація. [2]

Найбільший карієсстатичний ефект має фтор. Він є необхідним для відкладення в кістках фосфату кальцію. До організму надходить в основному з питною водою та рядом харчових продуктів (чай, морська риба, рослинні продукти, бобові, м'ясо). Покази до призначення сполук фтору: висока захворюваність на карієс серед населення; низький вміст фтору в питній воді (менше ніж половина оптимальної дози для кожної кліматичної зони); відсутність додаткових джерел системного надходження фторидів. [5]

Стоматологічне здоров'я людини є невід'ємною частиною її загально соматичного здоров'я. Відомо, що близько 50% здоров'я забезпечується способом життя людини, 20% – спадковістю, 20% – станом

навколишнього середовища, 8,5% – якістю медичної допомоги і 1,5% – іншими чинниками. [6]

Загальна профілактика виникнення стоматологічних захворювань, зокрема флюорозу, карієсу заснована на контролюванні установами Держпродспоживслужби України та лабораторними центрами вмісту фтору у питній воді. Також до складу раціону харчування повинна входити достатня кількість білків, амінокислот, мікроелементів і вітамінних сполук.

Отже, особливо важливо налагодити режим харчування у дітей при прорізуванні зубів. Харчування має містити продукти, багаті кальцієм і фтором. Загальна профілактика, що передбачає прийом лікарських препаратів, включає вживання в їжу вітамінних добавок, а також збалансованих комплексів на основі фтору і кальцію. Такі добавки та вітаміни приймаються чітко за зазначеними курсами. Тривалість кожного курсу залежить від віку і стану зубів пацієнта. До місцевої профілактики стоматологічних захворювань, при якій не використовуються ліки, належить ретельне пережовування їжі, гігієна порожнини рота та зубів, необхідність використання як профілактичних, так і лікувальних зубних паст. Місцева профілактика, що передбачає використання лікарських препаратів, передбачає використання місцевих зміцнювальних препаратів кальцію і фтору, що можуть випускатися у формі гелів та паст і застосовуються у вигляді аплікацій або для втирання. Для підвищення ефективності профілактичних заходів призначають застосування препаратів фтору. Ендогенне призначення фторидів для профілактики карієсу потребує регулярного контролю і дотримання запобіжних заходів. Добова доза таблетованого фториду натрію розраховується з урахуванням віку дитини і концентрації фтору в питній воді. В цьому випадку знижується ураженість карієсом постійних зубів. Слід пам'ятати, що чим раніше розпочато профілактичні заходи, тим вони будуть ефективнішими, простішими і [7] доступнішими.

Викладачі стоматологічних дисциплін широко впроваджують в освітній процес методи та засоби профілактики стоматологічних захворювань, зокрема флюорозу, карієсу, які є наслідком надмірного або низького надходження фтору в організм людини та плануємо дослідження

виявлення ендемічного впливу фтору на стан твердих тканин зубів здобувачів вищої освіти нашої Академії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ю.А. Федоров Роль фтору в життєдіяльності організму: аргументи, факти, оцінки// Профілактична та дитяча стоматологія. 2014. №2 (11). – С.13–16.
2. <https://ecosoft.ua/ua/blog/fluorine/>
3. Смоляр Н.І., Гуменюк О.М., Кравець Т.П., Безвушко Е.В., Гуменюк В.В., Єфремова О.В. Профілактика стоматологічних захворювань: навч. посібник. – Львів: «Магнолія 2006», 2011. – 368 с.
4. Заяць Т.І., Жуковська Л.О. Профілактика стоматологічних захворювань. Навчальний посібник. В. Новий світ – 2000. Львів – 2011. – 322 с.
5. Пришко З.Р., Солонько Г.М., Іванчишин В.В., Гірчак Г.В., Малко Н.В. та ін. Методичні вказівки для практичних занять з предмету “Профілактика стоматологічних захворювань” підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти (для студентів III курсу стоматологічного факультету VI семестр) (для студентів та викладачів) //Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького кафедра стоматології дитячого віку.- Львів – 2019 – с.1–10.
6. Нейко Є.М. Медико-геоекологічний аналіз стану довкілля як інструмент оцінки контролю здоров'я населення / Є.М.Нейко, Г.І.Рудько, Н.І.Смоляр. – Івано-Франківськ – Львів, 2001. – 350 с.
7. Т. Б. Мандзюк Формування навичок гігієни ротової порожнини у дітей середнього шкільного віку // Клінічна стоматологія. 2016. № 2. – с. 39–42.

ТІСНОВЕЦЬ І.І., викладач,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»
ЗАДОРЕЦЬКА О.Р., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ГІГІЄНІСТІВ ЗУБНИХ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Останнє десятиліття дистанційна освіта набувала все більшої популярності як в Україні так і у світі. Цьому сприяв ряд факторів, у тому числі й економічний. Але останній рік надзвичайно пришвидшив процес широкого впровадження дистанційних форм навчання через світову пандемію COVID-19, що стрімко охопила світ. Система освіти жодної країни не була готова до повноцінного переведення навчання у такий формат.

Перед педагогічною спільнотою виникла нагальна потреба забезпечення навчального процесу в умовах соціального дистанціювання. На сьогодні дистанційне навчання в Україні набуло нових форм, способів реалізації і широкого впровадження.

Мета статті – проаналізувати впровадження інноваційно-комунікаційних методів дистанційного навчання в освітній процес студентів гігієністів зубних.

Як визначено в наказі Міністерства освіти і науки України від 25.04.2013 № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 квітня 2013 р. за №703/23235, дистанційне навчання – це індивідуалізований процес набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності людини, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій.

Інформаційно-комунікаційні технології дистанційного навчання - технології створення, накопичення, зберігання та доступу до веб-ресурсів (електронних ресурсів) навчальних дисциплін (програм), а також

забезпечення організації і супроводу навчального процесу за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення та засобів інформаційно-комунікаційного зв'язку, у тому числі Інтернету [1].

Дистанційні технології навчання почали застосовувати у більшості закладів вищої та середньо-спеціальної освіти України, технологічні засоби підтримки дистанційного навчання реалізовувались в системах Zoom та Classroom. Разом з тим, ряд проблем з дистанційною освітою не в повній мірі дає можливість використовувати усі можливості та ресурси інформаційних та телекомунікаційних систем. Більш ефективною та високоорганізованою системою дистанційного навчання є система «Moodle» [2].

Платформа Moodle має ряд переваг.

1. Зручний та доступний з будь-якої точки світу архів матеріалів.
2. Простота роботи Moodle.
3. Забезпечення безперервного навчального процесу.
4. Спрощення розповсюдження електронних матеріалів серед студентів.
5. Сумісність з усіма форматами електронних матеріалів.
6. Використання матеріалів, які недоступні під час традиційних занять.
7. Широкий вибір інструментів взаємодії зі студентами. Основні з них:
 - Завдання – розміщення завдань для студентів, котрі повинні завантажити результати виконання знову в систему на перевірку в межах вказаних часових рамок.
 - Тести – можливе інтерактивне тестування студентів з великою кількістю налаштувань.
 - Форум – основний інструмент взаємозв'язку, що дає змогу студентам діставати консультації, ставити питання, на які викладач може відповідати у зручний для нього час.
 - Інші види діяльності: телеконференції, вікі-сторінки, анонси, статті, відео, покликання.
8. Контроль доступу.
9. Мотивування студента до самостійної роботи[3].

Основна частина.

На початку вимушеного дистанційного навчання наші викладачі використовували для комунікації та роботи з студентами різні електронні

системи, додаткита вебсервіси. До прикладу: Viber, Zoom, Meet, Classroom, Moodle та інші.

На протязі року навчання у дистанційному форматі в процесі роботи було відібрано найбільш вдале поєднання інформаційно-комунікаційних засобів співпраці, що найбільш повно відповідали вимогам викладачів та студентів.

Викладачі нашого закладу зупинили свій вибір на роботі з платформою Moodle. Вона найбільш повно відповідала вимогам по забезпеченню якісної подачі навчального матеріалу, його обговоренню із студентами та перевірки здобутих ними знань з відповідним оцінюванням.

На платформу Moodle було завантажено адаптовані для дистанційного навчання відповідні методичні та навчальні матеріали. Студенти отримали доступ до усіх дисциплін, що відповідно повинні вивчати у даному навчальному році. Лекційний матеріал та методичні вказівки для роботи на практичних заняттях є у вільному для них доступі за весь період вивчання даних дисциплін. Це дає змогу не тільки вчасно у зручний для них час опрацьовувати матеріал, а й мати можливість переглядати усі попередні навчальні матеріали з метою повторення і закріплення знань.

Лекційний матеріал подано у текстовому та мультимедійному форматах для кращого розуміння та наочності. Також проводяться обговорення даних тем по питаннях лекційного матеріалу, незрозумілих для студентів моментів та контрольних питань для закріплення нового матеріалу.

Теоретичний матеріал для практичних занять було завантажено на навчальну платформу у вигляді методичних вказівок, що містять у собі навчальний матеріал відповідно до теми, що опрацьовується; завдання, котрі необхідно виконати для опрацювання та засвоєння теми заняття; описання методики виконання цих завдань; питання для закріплення знань з даної теми.

Студенти мають змогу переглядати тематичні мультимедійні презентації та відеоматеріали для більш повного та всебічного сприйняття, розуміння та засвоєння матеріалу.

Оцінювання рівня знань студентів проводиться шляхом розв'язання студентами тестів та ситуаційних задач дає викладачам змогу з'ясувати рівень засвоєння матеріалу.

Також завантажено тематичні матеріали та питання, що виносяться на самостійне опрацювання студентами згідно навчальних програм. Це дає їм

змогу самостійно планувати час і послідовність виконання даних завдань, що не створює додаткового психологічного навантаження і дає можливість грамотно спланувати їх виконання.

Студенти мають можливість ознайомитись із переліком питань, що виносяться на семестрові екзамени та випускову атестацію.

Для забезпечення якісної візуальної комунікації наші викладачі активно використовують конференції у сервісі GoogleMeet. Цей сервіс дає можливість об'єднати достатню для проведення заняття кількість учасників, не має обмеження у часі, є безкоштовним, легким і доступним у використанні. У викладачів та студентів не викликало труднощів із встановленням та застосуванням програми.

Спілкування шляхом застосування засобів інтерактивної комунікації надає можливість не тільки засвоїти нові знання, а і удосконалити клінічне мислення, без якого неможливий професійний розвиток фахівця.

Усе вище перераховане полегшує сприйняття матеріалу, викликає зацікавленість у студентів і підвищує мотивацію до вивчення предмета [4].

Отже, використовуючи інформаційно-комунікаційні технології дистанційного навчання, враховуючи виклики сьогодення нашим викладачам вдалося максимально якісно організувати безперервність навчання студентів гігієністів зубних, забезпечити їм повноцінний доступ до навчальних матеріалів, можливість опрацьовувати їх отримавши необхідну допомогу, пояснення та контроль з відповідним оцінюванням їхніх знань. Враховуючи особливості медичного профілю, використання набутих таким чином знань і доповнення їх напрацюванням практичних навичок в умовах майбутньої практичної роботи дадуть якісний результат формування медичного фахівця.

ЛІТЕРАТУРА

1. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0703-13#Text>
2. <https://siqbspu.online/index.php/siqbspu/article/view/104/81>
3. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/4119>
4. <https://siqbspu.online/index.php/siqbspu/article/view/64/41>

**МАТЕРІАЛИ
І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ
ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ
У ЗВО МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

28 ТРАВНЯ 2021 РІК

*Підготовлено до друку
оргокомітетом І Всеукраїнської науково-практичної конференції
Відповідальна за друк: Неділько Р.В.*

Підписано до друку 26.05.2021 р. Формат 60x84/16
Папір офсетний. Гарнітура: Times New Roman.
Ум. друк. арк. 9,3. Облік.-вид. арк. 7,04
Зам. № 26/05.

Видавництво ТзОВ “Тріада плюс”
79018, м. Львів, вул. Бр. Міхновських, 9
тел. (097) 587-66-52, e-mail: triadaplus@hotmail.com

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2712 від 07.12.2006 р.