МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
„ДОНБАСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПОЄДИНЦЕВА ЛАРИСА ЛЕОНІДІВНА

УДК [377.1:61 (043.5)]

ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖАХ

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

01 Освіта

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Л. Л. Поєдинцева

Науковий керівник –
Кайдалова Лідія Григорівна,
доктор педагогічних наук,
професор

Харків – 2018

АНОТАЦІЯ

Поєдинцева Л. Л. Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 13.00.04 „Теорія і методика професійної освіти" (015 Професійна освіта). – Українська інженерно-педагогічна академія (м. Харків); Державний вищий навчальний заклад „Донбаський державний педагогічний університет", Слов'янськ, 2018.

Дисертація є теоретико-експериментальним дослідженням проблеми формування фахової компетентності у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

У **вступі** обґрунтовано актуальність і доцільність проблеми дослідження; сформульовано об'єкт, предмет, мету, завдання, методи дослідження, визначено його теоретико-методологічні засади, розкрито наукову новизну, теоретичне й практичне значення роботи, наведено дані про апробацію та впровадження одержаних результатів.

У першому розділі – **„Теоретико-методичні аспекти формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер" –** вивчено стан досліджуваної проблеми у психолого-педагогічній літературі; здійснено теоретичний аналіз фахової підготовки медичних сестер у зарубіжній та вітчизняній літературі; проведено аналіз становлення закладів освіти для медичних сестер в Україні; виокремлено особливості фахової підготовки медичних сестер в США, Польщі, Німеччині та Україні; проаналізовано кваліфікаційні характеристики медичних сестер і виділено їх функціональні обов'язки; зроблено аналіз галузевих стандартів вищої освіти на основі компетентнісного підходу. Здійснено теоретичний аналіз фахової підготовки медичних сестер у зарубіжній та вітчизняній літературі, який показав відмінність у медичній освіті в США, Німеччині, Польщі та Україні: різні терміни підготовки, кваліфікації медичних сестер, складність програм та обсяг

практики. Вітчизняна підготовка медичних сестер багатопрофільна і має відповідні переваги, але медсестра в Україні так і залишається виконавцем призначень лікаря, хоча в зарубіжних країнах медсестри є порадниками лікаря, мають можливість приймати рішення, проводити діагностичні процедури, ставити медсестринський діагноз, робити призначення.

Визначено поняття „фахова компетентність майбутньої медичної сестри". Фахова компетентність майбутньої медичної сестри – це спроможність випускника медичного навчального закладу відповідати сучасним професійним вимогам медсестринської діяльності в межах окреслених функціональних обов'язків, використовуючи набуті фахові знання, вміння, навички та наявність професійно значущих особистісних якостей.

Здійснено теоретичний аналіз професійної підготовки медичних сестер у медичних коледжах та виявлено її особливості та обставини, що впливають безпосередньо на процес формування фахової компетентності. Професійна підготовка медичних сестер передбачає навчання в медичних навчальних закладах, під час якої відбувається процес оволодіння компетентностями та професійно важливими якостями, що необхідні для роботи в практичній медицині. Майбутні фахівці отримують знання та вміння відповідного рівня, але не завжди спроможні забезпечити якісне виконання професійних обов'язків. У зв'язку з новими вимогами до медсестринської діяльності, проблема якісної підготовки майбутніх медичних сестер у коледжах, формування їх професійної компетентності в умовах сьогодення набула особливої важливості.

У другому розділі – **„Обґрунтування педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер" –** визначено, теоретично обґрунтовано педагогічні умови, що сприятимуть формуванню фахової компетентності майбутніх медичних сестер; розроблено методи контролю рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер; визначено критерії та рівні сформованості фахової компетентності; розроблено структурно-функційну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Спираючись на наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників, на основі методологічних підходів (системний, ресурсний, діяльнісний, компетентнісний) було визначено та обгрунтовано педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер а саме: 1) підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер класів на підставі фасилітативної взаємодії; 2) застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; 3) організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

Визначено критерії, показники та рівні фахової компетентності майбутніх медичних сестер. Рівень сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер можна оцінити за такими критеріями: мотиваційним, когнітивним, комунікативним, функціональним.

Розроблена нами структурно-функційна модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер передбачала досягнення поставленої мети та включала певні складові блоки, що є її базовими характеристиками. На практиці модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер дає нам змогу провести усвідомлений пошук оптимальних шляхів формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах та на кінцевому етапі експериментального дослідження дасть можливість встановити чи досягнути очікуваного позитивного результату, а також визначити ефективність проведеного формувального етапу експериментального дослідження.

У третьому розділі – **„Експериментальна перевірка педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах" –** розкрито питання організації та зміст проведення педагогічного експерименту, здійснено обробку, систематизацію, узагальнення отриманих результатів.

З метою експериментальної перевірки визначених педагогічних умов, було проведено педагогічний експеримент на базі Куп'янського медичного коледжу ім. Марії Шкарлетової та Ізюмського медичного коледжу впродовж 2012 – 2017 рр., до якого було залучено 304 студенти 2 – 4 курсів медсестринського відділення, а також 30 викладачів професійно-орієнтованих дисциплін. Для цього було сформовано експериментальну групу (ЕГ-1) – 152 особи, де фахова підготовка здійснювалася із урахуванням визначених педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах, та контрольну групу (КГ-1) – 152 особи, де освітній процес здійснювався без цілеспрямованої реалізації обґрунтованих умов.

На основі обраних нами методів дослідження та діагностичних методик (методика К. Замфир у модифікації А. Реана; експертне опитування „Оцінювання особистісних професійно значущих якостей медичного працівника"; тест для визначення вміння слухати та чути (за В. Маклені) і тест на вміння коротко і ясно викладати свої думки), а також анкетування, опитування, тестування було визначено вихідний рівень сформованості фахової компетентності студентів контрольної й експериментальної груп.

На підставі проведеного аналізу результатів констатувального етапу експерименту виявлено, що для більшості студентів притаманний середній рівень сформованості фахової компетентності, що зумовило необхідність визначення та реалізації педагогічних умов в освітньому процесі медичних коледжів.

Формувальний етап експерименту спрямований на реалізацію теоретично обґрунтованих педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Реалізація педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах дозволила на контрольному етапі експерименту проаналізувати

результати проведеного дослідження шляхом оцінювання рівнів сформованості фахової компетентності. Також було визначено динаміку прояву формування фахової компетентності студентів експериментальної та контрольної груп студентів. У процесі експериментального дослідження відбулися кількісні та якісні зміни визначених критеріїв формування фахової компетентності.

З метою визначення статистичної значущості експериментального дослідження, було проведено кореляційний зріз на основі розробленої кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності. На основі співставлення усередненого показника прояву рівнів сформованості фахової компетентності студентів експериментальної і контрольної груп, нами простежувалась певна позитивна динаміка в бік експериментальної групи (ЕГ-1). Обчисливши коефіцієнт відповідності (k) визначених критеріїв, ми простежували кількісні та якісні зміни рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер. З цією метою нами було використано оптимальні методики, які були апробовані під час констатувального етапу експерименту.

Отримані підсумки застосованих на контрольному етапі експерименту діагностичних методик, опитування, зрізів знань, контролю вмінь та практичних навичок, тестування, анкетування показали позитивну динаміку формування фахової компетентності студентів експериментальної групи ЕГ-1 у порівнянні з контрольною групою КГ-1. Усереднений коефіцієнт відповідності в групі ЕГ-1 зріс з 0,51 до 0,66, а у контрольній групі він відмічався на рівні 0,50 – 0,55. Аналізуючи результати експериментальної роботи, констатуємо, що загальний приріст усередненого коефіцієнта відповідності у групі ЕГ-1 значно змінився і складає 0,15, а у контрольній групі КГ-1 – лише 0,05, що дає підстави спостерігати позитивну динаміку впровадження запропонованих педагогічних умов.

Експериментально перевірені педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах показали позитивні зміни досліджуваного комплексу якостей у студентів

експериментальної групи у порівнянні з контрольною групою на контрольному етапі експерименту. Отже, аналіз даних свідчить, що експериментальна робота загалом позитивно вплинула на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах за визначеними критеріями та їхніми показниками в експериментальній групі.

Проведене експериментальне дослідження не вичерпує всіх аспектів наявної проблеми, а пропонує один із шляхів її вирішення. Перспективними для подальших досліджень є удосконалення практичної підготовки майбутніх медичних сестер, організація науково-дослідної роботи студентів, урізноманітнення професійно спрямованої виховної роботи тощо.

Ключові слова: компетентність, фахова компетентність, медична сестра, медичний коледж, фахові знання, вміння та навички, педагогічні умови, кваліметрична модель, професійна підготовка.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових фахових виданнях України, зокрема, які включені до Міжнародних наукометричних баз:

1. Поєдинцева Л. Л. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №13 Проблеми трудової та професійної підготовки: Зб. наукових праць. К. : НПУ імені Драгоманова, 2012. Вип. 20. С. 105-113.

2. Поєдинцева Л. Л. Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки медичних сестер у коледжах. Нові технології навчання: Наук.-метод. зб. Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. К., 2012. Вип. 72. С. 106-110.

3. Поєдинцева Л. Л. Упровадження ділових ігор у підготовку майбутніх медичних сестер. Наукові записки: [збірник наукових статей]. М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. CV (105). С 148-153. (Серія педагогічні та історичні науки).

4. Поєдинцева Л. Л. Самостійна робота у формуванні професійної компетентності майбутніх фахівців. Проблеми інженерно-педагогічної освіти. Збірник наукових праць. Вип. 38 – 39. Харків, Українська інженерно-педагогічна академія (УІПА), 2013. С. 320-325.

5. Поєдинцева Л. Л. Розвиток комунікативної компетенції студентів медичного коледжу в практичному навчанні. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер: Педагогіка і психологія. Зб. статей: Ялта: РВВ КГУ, 2013. Вип. 41. Ч.: С. 309-315.

6. Поєдинцева Л. Л. Роль виховної роботи у формуванні професійної компетентності медичних сестер. Наукові записки кафедри педагогіки. Збірник наукових праць. Вип. XXXVII, 2014. С. 243-249.

7. Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах. Новий колегіум. 2017. №1. С. 61-67.

8. Поєдинцева Л. Л., Кайдалова Л. Г., Педагогічні умови та модель формування фахової компетентності медичних сестер. Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди „Теорія та методика навчання та виховання”: зб. наук. пр. За заг. редакцією член.-кор. НАПН України А. В. Троцко. Харків, 2017. Вип. 43. С. 141-152. *(Index Copernicus)*

Стаття у зарубіжному науковому виданні:

9. Поєдинцева Л. Л. Реалізація інноваційних технологій навчання у процесі вивчення професійно орієнтованих дисциплін. Science and Educationa New Dimension. Pedagogy and Psychology, II(11), Issue: 22, 2014. P. 52-55.

Тези в матеріалах науково-практичних конференцій:

10. Поєдинцева Л. Л. Впровадження активних методів навчання в системі формування якості професійної освіти молодших медичних спеціалістів і бакалаврів. Шляхи формування якості професійної підготовки молодшого медичного спеціаліста і бакалавра в контексті реформування медичної освіти.

Зб. матер. наук.-практ. конф. пед. прац. вищих медичних навч. закл. Куп’янськ : ФОП „Медаль”, 2011. С. 88-94.

11. Поєдинцева Л. Л. Роль компетентнісного підходу в професійній підготовці молодших медичних спеціалістів. Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів: зб. матеріалів обласної наук.-практик. конф., 28 січня 2014 р./ ХОДА ДОЗ, КЗОЗ Харк. баз. мед. коледж №1; за заг. ред. Т. Г. Парафейник. Х.: ХБМК №1, 2014. С. 144-151.

12. Поєдинцева Л. Л. Компетентність як складова підготовки майбутніх медичних сестер. Формування професійної компетентності майбутнього медичного спеціаліста. Збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. Суми: Сумський медичний коледж, 2015. С. 186-189.

13. Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер. Научный взгляд в будущее. Вып. 4. Том 10. Одесса: Куприенко С. В., 2016. С. 42-45. *(Index Copernicus)*

Навчально-методичні видання:

14. Поєдинцева Л. Л. Збірник алгоритмів практичних навичок: навчально-методичний посібник. Куп’янськ: ФОП „Медаль”, 2013. 150 с.

15. Поєдинцева Л. Л. Збірник тестів для модульного контролю: навчально-методичний посібник. Куп’янськ: ФОП „Медаль”, 2013. 132 с.

16. Поєдинцева Л. Л. Протоколи виконання практичних навичок з дисципліни „Основи медсестринства”: навчальний посібник; під загальною редакцією кандидата мед. наук, директора коледжу Брянцева О. М. Куп’янськ: ФОП "Медаль”, 2015. 167 с.

17. Поєдинцева Л. Л. Методичні рекомендації викладачам щодо організації самостійної роботи студентів як одного з активних методів навчання: посібник для викладачів. Куп’янськ: ФОП „Медаль”, 2015. 167 с.

18. Поєдинцева Л. Л. Методичні рекомендації студентам щодо організації самостійної роботи: посібник для студентів. Куп'янськ: ФОП „Медаль", 2015. 9 с.

ABSTRACT

Poedintseva L. L. The formation of professional competence of future nurses in the process of professional training in medical colleges. - Qualification scientific work as a manuscript.

Thesis for the degree of the Candidate of Pedagogical sciences (Doctor of Philosophy) in speciality 13.00.04 „Theory and Methods of Vocational Training" (015 Professional Education). – Ukrainian Engineering and Pedagogical Academy (Kharkiv); State Higher Educational Establishment „Donbas State Pedagogical University", Slavyansk, 2018.

The dissertation is a theoretical and experimental study of the problem of the formation of professional competence in the process of professional training in medical colleges.

In **the introduction** the choice of object and its relevance are grounded, object, subject, purpose, tasks, research methods are determined, the scientific novelty and practical value of the work are revealed, data of testing and implementation of obtained results are presented.

In the first part – **„Theoretical and methodical aspects of forming the professional competence of future nurses"** – the state of the researched problem in the psychological and pedagogical literature was studied; the theoretical analysis of the professional training of nurses in foreign and domestic literature was conducted; the analysis of the formation of educational institutions for nurses in Ukraine was performed; the features of the professional training of nurses in the USA, Poland, Germany and Ukraine were determined; the qualification characteristics of nurses and their functional responsibilities were analyzed; the analysis of sectoral standards of higher education based on a competent approach was made. The theoretical analysis of the professional training of nurses in foreign and domestic literature,

which showed the difference in medical education in the USA, Germany, Poland and Ukraine: various training periods, qualifications of nurses, complexity of programs and scope of practice were made. Domestic preparation of nurses is multidisciplinary and has the corresponding advantages, but a nurse in Ukraine remains an executor of a doctor's prescriptions, although in foreign countries nurses are advisers of a doctor, have an opportunity to make decisions, carry out diagnostic procedures, set up a nursing diagnosis, and make prescriptions.

The concept of „professional competence of the future nurse" was defined. Professional competence of a future nurse is the ability of a graduate of a medical school to meet the current professional requirements of nursing activities within the specified functional responsibilities, using the acquired professional knowledge, skills and presence of professionally significant personal traits.

The theoretical analysis of the professional training of medical nurses in medical colleges was carried out and its peculiarities and circumstances, which directly influence the process of formation of professional competence, were revealed. The professional training of nurses involves studying at medical schools, during which the process of mastering competencies and professionally significant traits are necessary for work in practical medicine. Future specialists obtain the knowledge and skills of the appropriate level, but they are not always able to ensure the quality of their professional duties. In connection with new requirements for nursing, the problem of qualitative training of future nurses in colleges and the formation of their professional competence in nowadays conditions have become of the particular importance.

In the second part – **„Justification of pedagogical conditions for the formation of the professional competence of future nurses"** – the pedagogical conditions that contribute to the formation of the professional competence of future nurses were determined, theoretically substantiated; methods of control of formation levels of professional competence of future nurses; the criteria and levels of formation of professional competence are defined; structurally-functional model of formation of professional competence of future nurses was developed.

Based on the scientific works of domestic and foreign researchers, on the basis of methodological approaches (systemic, resource, actionable, competent), pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses were determined and substantiated, such as: 1) mastering the methodological level of medical colleges teachers by enriching the content of scientific-methodical seminars, trainings, „round tables", master classes on the basis of facilitative interaction; 2) application of interactive teaching methods for professionally-oriented disciplines in the conditions of dual education implementation; 3) organization of students independent work in conditions of real and simulated professional activity.

The criteria, indicators and levels of professional competence of future nurses were determined. The level of formation of professional competence of nurses can be evaluated on the following criteria: motivational, cognitive, communicative, functional.

Developed structurally-functional model of professional competence of nurses was supposed to achieve the assigned goal and included some of the blocks, which are its basic characteristics. In practice the model of professional competence of nurses enables us to conduct a conscious search for optimal ways of forming professional competence of nurses in medical colleges and in the final phase of experimental research to make it possible to establish or achieve the expected positive results, and determine the effectiveness of the formative stage of the pilot study .

In the third part – **„Experimental testing of pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses in medical colleges"** – questions of organization and content of conducting a pedagogical experiment were solved, processing, systematization, generalization of the received results were performed.

For the purpose of experimental verification of certain pedagogical conditions, the pedagogical experiment was conducted on the basis of the Kupyansk Medical College named by Maria Shkarletova and Izyum Medical College from 2012 till 2017, which involved 304 students of the 2 – 4 years of studying in the nursing

department, as well as 30 teachers of professionally oriented disciplines. For this purpose, an experimental group (EG-1) was formed – 152 people, where the special training was carried out taking into account certain pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses in the process of professional training in medical colleges, and a control group (KG-1) – 152 people, where the educational process was fulfilled without purposeful realization of the substantiated conditions.

On the basis of the chosen methods of the research and diagnostic techniques (K. Zamfir's method in A. Rean's modification; an expert survey „Assessment of personal professional qualities of a medical worker"; a test for defining listening and hearing skills (according to V. McLane) and to express their thoughts briefly and clearly), as well as questionnaires, surveys, and tests, the initial level of the formation of the professional competence of the students of the control and experimental groups was determined.

Based on the analysis of the results of the preliminary stage of the experiment, it has been found that the majority of students have the average level of the formation of professional competence, which necessitated the definition and implementation of pedagogical conditions in the educational process of medical colleges.

The formative stage of the experiment is directed to the implementation of theoretically substantiated pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses in the process of professional training in medical colleges.

Implementation of pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses in the process of professional training in medical colleges allowed the control stage of the experiment to analyze the results of the conducted research by assessing the levels of formation of professional competence. The dynamics of the formation of professional competence of students of the experimental and control group of students was also defined. In the course of the experimental study there were quantitative and qualitative changes of the determined criteria for the formation of professional competence.

In order to determine the statistical significance of the experimental study, a correlation cut was made on the basis of the developed qualimetric model of estimation of the levels of the formation of professional competence. On the basis of comparison of the average indicator of the manifestation of the levels of the formation of professional competence of the students of the experimental and control groups we observed a certain positive dynamics towards the experimental group (EG-1). Calculated the index of accordance (k) of the defined criteria, we have traced quantitative and qualitative changes in the levels of the formation of professional competence of future nurses. For this purpose, we used appropriate techniques that were tested during the ascertaining phase of the experiment.

The obtained results of the experimental diagnostic techniques, surveys, cross-sections of knowledge, skills control and practical skills testing, testing and questionnaires showed positive dynamics of professional competence of the students of the experimental group EG-1 in comparison with the control group KG-1. The average correlation index in the group EG -1 increased from 0,51 to 0,66, and in the control group it was marked at the level of 0,50 – 0,55. Analyzing the results of experimental work, it was noted that the overall growth in the average correlation coefficient in the group EG-1 has changed significantly and is 0.15, while in the control group KG-1 – only 0.05, which gives grounds to observe the positive dynamics of the proposed pedagogical conditions.

Experimentally checked pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses in medical colleges showed positive changes in the studied complex of characteristics in the experimental group students in comparison with the control group at the control stage of the experiment. Thus, data analysis shows that experimental work in general has influenced positively the formation of professional competence of future nurses in the process of professional training in medical colleges according to certain criteria and their indicators in the experimental group.

The conducted experimental research does not cover all aspects of the existing problem but offers one of the ways to solve it. Prospective for further researches is

the improvement of the practical training of future nurses, the organization of students' research work, the diversification of professionally directed educational work, etc.

Key words: competence, professional competence, medical nurse, medical college, professional knowledge, skills and abilities, pedagogical conditions, qualimetric model, vocational training.

The list of the published works:

Articles in the professional scientific publications of Ukraine, in particular, which are included to the international scientometric bases:

1. Poedintseva L. L. Formation of professional competence of future nurses. Scientific journal of NP Drahomanov NPP. Series №13 Problems of labor and professional training: Zb. scientific works. K.: Dragomanov NPO, 2012. Proceedings. 20. P. 105-113.

2. Poedintseva L. L. Domestic and foreign experience of training nurses in colleges. New Learning Technologies: Science. Method. save Institute of Innovative Technologies and Educational Content of the Ministry of Education and Science of Ukraine. K., 2012. Vip. 72. P. 106-110.

3. Poedintseva L. L. Implementation of business games in the training of future nurses. Scientific notes: [collection of scientific articles]. Ministry of Education and Science, Youth and Sports of Ukraine, National Academy of Sciences of Ukraine. ped University named after M.P. Dragomanov, 2012. Proceedings. CV (105). P. 148-153. (Series of pedagogical and historical sciences).

4. Poedintseva L. L. Independent work in shaping the professional competence of future specialists. Problems of engineering and pedagogical education. Collection of scientific works. Whip 38 – 39 Kharkiv, Ukrainian Engineering and Pedagogical Academy (UIAA), 2013. P. 320-325.

5. Poedintseva L. L. Development of communicative competence of students of medical college in practical training. Problems of modern pedagogical education.

Sir: Pedagogy and Psychology. Zb Articles: Yalta: RVB KSU, 2013. 41. Ch .: P. 309-315.

6. Poedintseva L. L. The role of educational work in the formation of professional competence of nurses. Scientific notes of the Department of Pedagogy. Collection of scientific works. Whip XXXVII, 2014. P. 243-249.

7. Poedintseva L. L. Pedagogical conditions for the formation of professional competence of future specialists in medical colleges. New Collegium. 2017. №1. P. 61-67.

8. **Poedintseva L. L.**, Kaidalova L.G., Pedagogical conditions and model of professional competence of nurses. Collection of scientific works of the Kharkiv National Pedagogical University named after G. S. Skovoroda „Theory and Methods of Teaching and Upbringing": Sb. sciences pr. For Editorial Board Member NAP of Ukraine AV Trotsko. Kharkiv, 2017. 43. P. 141-152. *(Index Copernicus)*

Article in the foreign scientific publication:

9. Poedintseva L. L. Implementation of innovative teaching technologies in the process of studying professionally oriented disciplines. Science and Education New Dimension. Pedagogy and Psychology, II (11), Issue: 22, 2014 P. 52-55.

Abstracts in the materials of scientific and practical conferences:

10. Poedintseva L. L. Introduction of active teaching methods in the system of forming the quality of vocational education of junior medical specialists and bachelors. Ways of forming the quality of professional training of a junior medical specialist and a bachelor in the context of reforming medical education. Zb mater science-practice conf. ped labor higher medical education. shut up Kupyansk: FOP Medal, 2011. P. 88-94.

11. Poedintseva L. L. The role of a competent approach in the training of junior medical specialists. The role of vocational training in the formation of key competencies of junior medical (pharmaceutical) specialists: Sb. materials of the regional sciences-practice. Conf., January 28, 2014 / HODA DOS, KZZ Kharkiv. bases honey. College No. 1; per community Ed. T. G. Paraffin. X .: ХБМК №1, 2014. P. 144-151.

12. Poedintseva L. L. Competence as a component of the training of future nurses. Formation of professional competence of a future medical specialist. Collection of materials of the All-Ukrainian scientific and practical internet conference. Sumy: Sumy Medical College, 2015. P. 186-189.

13. Poedintseva L. L. Pedagogical conditions for the formation of professional competence of future nurses. Scientific view to the future. Yield 4. Volume 10. Odessa: Kuprienko SV, 2016. P. 42-45.

Educational and methodical publications:

14. Poyedintseva L. L. Collection of algorithms of practical skills: educational and methodical manual. Kupyansk: FOP Medal, 2013. 150 p.

15. Poyedintseva L. L. Collection of tests for modular control: a teaching manual. Kupyansk: FOP "Medal", 2013. 132 p.

16. Poedintseva L. L. Protocols of practical skills implementation in the discipline "Fundamentals of nursing": a manual; under the general editorship of the candidate honey. Sciences, Director of the College Bryantsev O. M. Kupyansk: FOP "Medal", 2015. 167 p.

17. Poedintseva L. L. Methodical recommendations to teachers on the organization of independent work of students as one of the active methods of teaching: a manual for teachers. Kupyansk: FOP Medal, 2015. 167 p.

18. Poedintseva L. L. Methodical recommendations for students on the organization of independent work: a manual for students. Kupyansk: FOP "Medal", 2015. 9 p.

ЗМІСТ

ВСТУП……....**19**
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР
1.1. Особливості зарубіжної та вітчизняної фахової підготовки медичних сестер……...**26**
1.2. Компетентнісний підхід у фаховій підготовці медичних сестер у коледжах……..**47**
1.3. Професійна підготовка медичних сестер у коледжах.……**58**
Висновки до розділу 1…….....**69**
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР
2.1. Наукове обґрунтування та змістова характеристика педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер……...**72**
2.2.Структурні та функціональні компоненти моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер…….**114**
2.3. Критерії, показники та рівні фахової компетентності майбутніх медичних сестер……...……**127**
Висновки до розділу 2……**133**
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖАХ
3.1. Програма та етапи експерименту по формуванню фахової компетентності майбутніх медичних сестер……**138**
3.2. Реалізація педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер……...…….**164**
3.3. Аналіз результатів експериментальної роботи по формуванню фахової компетентності майбутніх медичних сестер…….**195**
Висновки до розділу 3……**213**
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ……...**216**
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...**219**
ДОДАТКИ……**254**

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Стан сучасної вітчизняної медичної освіти спрямований на підвищення якості фахової підготовки майбутніх медичних сестер у коледжах та удосконалення освітнього процесу. Для досягнення цього завдання всі учасники освітнього процесу повинні бути зорієнтовані саме на формування фахової компетентності.

Актуальність теми підкріплюється Законом України „Про вищу освіту", у якому зазначено, що компетентність є динамічною комбінацією знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти. У дослідженні також враховано вимоги законодавчих документів України: Національної стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року (2013), Розпорядження КМУ від 14.12.2016 р. № 1077-р. „Про затвердження плану заходів із впровадження Національної рамки кваліфікацій на 2016 – 2020 роки" (2016), Стратегічної рамкової програми європейського співробітництва в галузі освіти і професійної підготовки „Освіта і навчання 2020" (2013) („Education and Training in Europe 2020"), інших нормативних актів МОН і МОЗ України, що регламентують діяльність вищих медичних навчальних закладів.

Увага до цього питання посилюється Постановою Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII „Про реформу охорони здоров'я в Україні", де зазначено, що згідно з Програмою діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегією сталого розвитку „Україна – 2020", реформу охорони здоров'я визначено одним із пріоритетних напрямів державної політики.

Згідно з Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року в контексті удосконалення управління якістю медичної допомоги пріоритетними є вимоги, визначені стратегією ВООЗ та ЄС, а саме: доступність, безпечність, ефективність, орієнтованість на пацієнта, своєчасність, раціональність, справедливість. Саме

ці вимоги потребують від навчальних закладів якісної підготовки компетентних медичних фахівців.

Вищезазначене зумовлено особливостями підготовки студентів медичних коледжів до майбутньої професійної діяльності, а також упровадженням сучасних стандартів діяльності кваліфікованого медичного працівника, роль якого полягає не лише у виконанні призначень лікаря, а й у наданні всебічної допомоги пацієнтові та його сім'ї в межах своєї компетентності. Саме тому проблема забезпечення якісної фахової підготовки медичних сестер у коледжах набуває особливої актуальності.

Теоретико-методологічні засади та особливості підготовки медсестер висвітлено у дослідженнях О. Аніщенко, О. Горай, Р. Сабадишин та ін.; питання професійної підготовки студентів медичних коледжів обґрунтовано у працях Н. Аніськіної, Є. Бастракової, О. Жерновникової, Т. Кудрявцевої, М. Кушик, А. Мельник, І. Радзієвської та ін.; основи формування професійних цінностей медичного персоналу в процесі фахової підготовки розкрито у працях М. Бабич, О. Коваленко, І. Кузнецової, М. Нарійчук, О. Уваркіної та ін.; особливості контролю якості підготовки фахівців у медичних коледжах розглянуто у дослідженнях Л. Артемчук, О. Сілкової та ін.

Для вивчення проблеми дослідження важливими є праці вчених, у яких розкриваються особливості формування фахової компетентності, а саме: підготовка медичних сестер до розв'язання проблемних ситуацій у професійній діяльності (Т. Кудрявцева); формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін (І. Радзієвська); формування професійної компетентності майбутньої медичної сестри (Ж. Комарова, Т. Темерівська та ін.); формування професійно-творчих умінь студентів медичних коледжів (О. Кривонос); формування готовності студентів медичних коледжів до використання інформаційних технологій (А. Петюренко); формування милосердя як професійної якості (О. Якиміва) та ін. Проте недостатньо дослідженим залишається цілісне вивчення формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Аналіз наукової літератури, вивчення зарубіжного та вітчизняного досвіду підготовки медичних сестер дає підстави виявити *суперечності* між:

– сучасними запитами суспільства щодо підготовки медичних сестер з високим рівнем фахової підготовки зі сформованими особистими і професійними якостями та недостатнім рівнем сформованості фахової компетентності під час професійної підготовки;

– професійними вимогами, які висуваються до медичної сестри в сучасних умовах розвитку охорони здоров'я та недостатньо вивченим обґрунтуванням структурно-функціональної моделі їх професійної підготовки;

– підвищеними потребами до якості підготовки медичних сестер і недостатньою розробленістю педагогічних умов формування їхньої фахової компетентності.

Враховуючи актуальність визначеної проблеми, потребу якісної підготовки майбутніх медичних сестер у вищих медичних навчальних закладах, недостатню дослідженість у цій галузі, темою дослідження було обрано: **„Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах"**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з темою науково-дослідної роботи кафедри педагогіки, методики та менеджменту освіти Української інженерно-педагогічної академії ВШ 15-02 „Теоретико-методичні засади застосування інноваційних технологій навчання у професійній освіті". Тему дисертації затверджено вченою радою Української інженерно-педагогічної академії (протокол № 7 від 31. 01. 2012 р.) та узгоджено в Раді координації наукових досліджень у галузі педагогіки та психології НАПН України (протокол № 7 від 24. 09. 2013 р.).

Об'єкт дослідження: фахова підготовка майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Предмет дослідження: педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Відповідно до мети дослідження, визначено такі **основні завдання**:

1. Проаналізувати стан дослідження проблеми формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер; розглянути та зробити аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду фахової підготовки медичних сестер у медичних навчальних закладах.

2. Виокремити особливості, зміст і структуру фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

3. Визначити, теоретично обґрунтувати педагогічні умови і структурно-функціональну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

4. Уточнити критерії, показники та рівні сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

5. Експериментально перевірити педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Для розв’язання поставлених завдань було використано **методи дослідження:** *теоретичні* – теоретичний аналіз, синтез, порівняння, класифікація, зіставлення, систематизація довідкової, психолого-педагогічної, спеціальної літератури та нормативних документів із проблеми дослідження – для розкриття суті, змісту фахової компетентності, визначення її місця і ролі в системі вимог до майбутніх медичних фахівців та обґрунтування педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах; моделювання – для розробки структурно-функціональної моделі формування фахової компетентності медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах; *емпіричні* – анкетування студентів та викладачів; спостереження за діяльністю студентів під час занять за традиційною формою навчання та в експериментальних групах; опитування, тестування, інтерв’ю, бесіди – з метою визначення стану та існуючих недоліків у підготовці майбутніх медичних

сестер; обґрунтування висновків про динаміку рівнів сформованості фахової компетентності на основі реалізації педагогічних умов; педагогічний експеримент – для перевірки ефективності визначених педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах; *статистичні* – кількісний та якісний аналіз результатів дослідження з метою узагальнення даних експериментальної роботи, методи математичної статистики для виявлення статистичної значущості отриманих результатів.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що:

– *уперше* теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах (підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів”, майстер класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання професійно-орієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності); розроблено структурно-функційну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах; *визначено* поняття „фахова компетентність майбутньої медичної сестри” (спроможність випускника медичного навчального закладу відповідати сучасним професійним вимогам медсестринської діяльності в межах окреслених функціональних обов’язків, використовуючи набуті фахові знання, вміння, навички та наявність професійно значущих особистісних якостей);

– *уточнено* структурні компоненти фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах (цільово-мотиваційний, когнітивно-змістовний, діяльнісно-практичний, результативно-оцінювальний); критерії (мотиваційний, когнітивний, комунікативний, функціональний) та рівні сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер (низький, середній, високий);

– *подальшого розвитку набули:* зміст, форми та методи формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Практичне значення одержаних результатів полягає у достатній готовності педагогічних умов до впровадження в освітній процес вищих медичних навчальних закладів; розроблено програму та методичне забезпечення тренінгу для викладачів „Активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки медсестер”; розроблено методичні рекомендації для викладачів і студентів („Методичні рекомендації викладачам щодо організації самостійної роботи студентів як одного з активних методів навчання”, „Методичні рекомендації студентам щодо організації самостійної роботи”), навчально-методичні посібники („Збірник алгоритмів практичних навичок”, „Збірник тестів для модульного контролю”, „Протоколи виконання практичних навичок з дисципліни „Основи медсестринства”) та діагностичний інструментарій для вивчення рівня сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер. Зміст і результати наукового дослідження можуть бути використані викладачами медичних коледжів та інших медичних навчальних закладів під час фахової підготовки медичних сестер.

Результати дослідження **впроваджено** в освітній процес Комунального закладу охорони здоров’я „Куп’янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової” (довідка № 1-268 від 27.09.2017 р.); Комунального закладу охорони здоров’я „Харківський обласний медичний коледж” (довідка № 237 від 30.03.2018 р.); Комунального закладу охорони здоров’я „Ізюмський медичний коледж” (довідка № 215 від 26.10.2017 р.); Медичного коледжу Харківського національного медичного університету (довідка № 30-01/112 від 12.09.2017 р.); Комунального закладу охорони здоров’я „Вовчанський медичний коледж” (довідка № 1-175 від 17.10.2017 р.).

Особистий внесок здобувача. У статті, написаній у співавторстві з Л. Кайдаловою авторка висвітлила теоретичні аспекти фахової компетентності майбутніх медичних сестер та її розуміння авторами, посилаючись на вітчизняний та зарубіжний досвід, обґрунтувала педагогічні умови та

представила авторську структурно-функціональну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження доповідались та обговорювались на науково-практичних конференціях різного рівня: *Міжнародних:* „Актуальні проблеми методики навчання історії, правознавства та суспільствознавчих дисциплін" (Харків, 2013); „Педагогіка 21-го століття: навчання в світі постійного інформаційного потоку" (Будапешт, 2014), „Интеллектуальный потенциал XXI века' 2016" (Одесса, 2016); *Всеукраїнських:* „Компетентнісно орієнтований підхід до освіти" (Харків, 2014); „Формування професійної компетентності майбутнього медичного спеціаліста" (Суми, 2015); *обласних:* „Шляхи формування якості професійної підготовки медичного спеціаліста і бакалавра в контексті реформування медичної освіти" (Харків, 2011), „Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів" (Харків, 2014).

Результати дослідження обговорювались та набули позитивної оцінки на засіданнях кафедр педагогіки, методики та менеджменту освіти**,** креативної педагогіки і інтелектуальної власності Української інженерно-педагогічної академії (упродовж 2012 – 2018 рр.).

Публікації. Основні результати дослідження відображено у 18 наукових працях (1 у співавторстві), із них – 8 статей опубліковано у наукових фахових виданнях України, зокрема – 2 видання, що включено до наукометричної бази Index Copernicus; 1 стаття – у зарубіжному виданні, 4 тези доповідей – у збірниках матеріалів наукових конференцій; 5 – навчально-методичні видання.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (323 найменування, з них 27 – англійською мовою), 18 додатків на 95 сторінках. Робота містить 43 таблиці, 3 рисунки. Загальний обсяг роботи – 351 сторінка, із них – 202 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

1.1. Особливості зарубіжної та вітчизняної фахової підготовки медичних сестер

Рівень сучасної медичної науки і практики вимагає нових підходів до підготовки високопрофесійних фахівців медичної сфери. Рівняючись на цивілізований світ, перед медичними коледжами постає завдання готувати не просто медичний персонал середньої ланки для закладів охорони здоров'я, а й фахівців, здатних співпрацювати в умовах Європейської інтеграції та конкуренції на ринку праці. Основні форми організації навчальної роботи повинні бути спрямовані на високоякісну підготовку компетентних фахівців (медичних сестер) у медичній галузі. Зазначимо, що сучасна реформа системи охорони здоров'я, розвиток наукових та професійних зв'язків з іншими державами потребують підготовки фахівців, які б відповідали певним світовим стандартам, фахівців зі сформованою фаховою компетентністю.

Проблема формування фахової компетентності майбутніх медичних фахівців у ВНЗ досліджена багатьма вченими. Так, особливості підготовки майбутніх фахівців системи охорони здоров'я висвітлено у наукових працях М. Банчука [17], І. Бойчук [32], О. Волосовця [53], Л. Кайдалової [96; 97; 98], В. Копетчук [112], Т. Корольової [114], Т. Кудрявцевої [120 121], К. Куренкової [126; 127], О. Лисенко [137], І. Махновської [147; 148], Г. Паласюк [179], І. Радзієвської [219; 220], Р. Сабадишина [223], О. Уваркіної [249], Н. Хабарової [257], Т. Чернишенко [269; 270; 271], В. Шатило [277], М. Шегедин [282; 283; 284], Н. Шигонської [2852], Ю. Юсеф [289] та ін.

Важливими для вивчення є праці вчених з підготовки медичних сестер у коледжах (Т. Бабенко [11; 12], О. Горай [63], О. Коваленко [103], М. Лісовий [135], О. Маркович [142; 143], І. Махновська [145], Г. Паласюк [179],

І. Радзієвська [217; 218], Т. Чернишенко [263; 264], З. Шарлович [275]) та ін. У дослідженнях Ю. Вороненка [54], А. Підаєва, В. Передерія [189] та ін. обґрунтовано питання розвитку і модернізації вищої медичної освіти; у роботах Л. Воронової [55], О. Гуменюк [70] та ін. висвітлено шляхи розвитку медсестринської освіти; у науковій праці Я. Цехмістер [264] ґрунтовно розглянуто адаптацію студентів до навчання в медичному коледжі.

Питання фахової підготовки майбутніх фахівців досліджені у працях науковців О. Андрійчук [3], Н. Байбекової [15], О. Вовк [50], О. Гурської [71], В. Крупи [119], К. Люшук [139], С. Панової [181], Н. Пахомової [183], О. Уваркіної [249], А. Фастівець [251], В. Федоришина [252], З. Шарлович [275], О. Юдіної [288], у яких розглянуті питання виховання майбутніх медичних фахівців, подано окремі рекомендації щодо організації цього процесу, повною мірою описано моральне й гуманістичне виховання студентів. Так, особливості формування професійної компетентності майбутніх фахівців системи охорони здоров’я висвітлено у наукових працях І. Балякової [16], Л. Білик [27; 28], І. Бойчук [32], Л. Борисюк [36], О. Голік [60], Л. Кайдалової [96], Я. Кульбашної [124], О. Міхеєнка [155], Л. Новакової [167], Г. Стечак [238], Н. Тимофієвої [248], К. Хоменка [258] та ін.

Інтерес для нашої роботи представляє дослідження формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки, що представлене у дисертаційній роботі К. Куренкової, де автор визначає сутність професійних цінностей медичних сестер та умови їх формування через відбудову змісту на аксіологічних засадах та гуманізацію взаємодії суб‘єктів педагогічного процесу [126, с. 36]. У дослідженні Н. Шигонської визначено сутність професійної взаємодії медичних працівників, яка розглядається автором у двох аспектах: як компонент медичної етики і деонтології та як складова професійної діяльності у контексті суб’єктів, умов, етапів, функцій, системи необхідних умінь та навичок [285, с. 18].

Досліджуючи стан підготовки медичних сестер в Україні О. Маркович та В. Рижковський відзначають, що за останні роки зроблено багато на шляху

реорганізації медсестринської освіти в Україні до світових стандартів, але все-таки, вона значно відстає від аналогічної освіти в розвинутих країнах і займає одне з останніх місць в Європі. Тому підготовку більш кваліфікованих і конкурентоспроможних медсестринських кадрів необхідно значно удосконалити [142, с. 25].

Погоджуємося з науковцем Н. Новосьоловою щодо важливості значення рівня компетентності випускників, застосування активних та інтерактивних методів навчання, наявності та рівня підручників, якості науково-методичного забезпечення навчального процесу, матеріально-технічного забезпечення аудиторій, кабінетів до клінічної практики та лабораторій, рівня інформатизації навчального процесу, демократизації, гуманізації, індивідуалізації та диференціації навчального процесу та ін. [170, с. 16]. Проблемі формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення професійно орієнтованих дисциплін із застосуванням ділових імітаційних ігор, вирішення професійних ситуаційних задач, вирішення проблемних завдань присвячене дослідження І. Радзієвської. [217, с. 69].

Важливими для нашого дослідження є особливості підготовки медичних працівників в країнах Європи та США, які висвітлено в працях зарубіжних дослідників: особливості розбудови медичної освіти Польщі досліджено в роботах Д. Дзевуляк (D. Dziewulak) [304], А. Яновські (A. Janowski) [310, с. 41-55], Р. Пахоцінські (R. Pachocinski) [317]; питання розвитку жіночих ролей, догляду за пацієнтами і медичної професійної діяльності жінок у Німеччині розглянуто у дослідженнях К. Бишофф (C. Bischoff) [300], Н. Менчу (N. Menche) [316]; проблемам підвищення якості у медичній галузі Великої Британії присвячені наукові праці Дж. Джонстон (J. Johnstone) [311], В. Маліпсон (V. Mallinson) [313], С. Тейлор (S. Taylor) [318]; питання неперервної медсестринської освіти в США розглянуті у працях сертифікованої сімейної медсестри і викладача медсестринства Деніз М. Лінтон [307], яка в даний час працює в якості ад'юнкт-професора і практикуючої медсестри в

коледжі сестринських і суміжних медичних професій в Університеті Луїзіани в Лафайетті.

У контексті нашого дослідження зазначимо, що Україна є членом ВООЗ, і це являється однією з важливих складових її міжнародного співробітництва з метою забезпечення конституційного права кожного громадянина України на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49 Конституції України). Всесвітня організація охорони здоров'я почала функціонувати 7 квітня 1948 р. після того, як 26 держав – членів ООН ратифікували її статут. Створенню ВООЗ передували багаторічні зусилля, спрямовані на налагодження міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я [323]. ВООЗ ще у 1981 році відзначила недосконаліть існуючого законодавства про медсестринську службу та навчання відповідного персоналу у Європі, що гальмує розвиток сестринської справи. Одним із чинників цього гальмування є зневажливе ставлення до медсестринського персоналу, небажання визнати, що медична сестра є рівноправним самостійним працівником охорони здоров’я. З іншого боку, й самі медсестри не готові і не бажають брати на себе відповідальність, яка виникає з набуттям самостійності і незалежності.

Погоджуємося, що у багатьох країнах світу вихід з цієї кризової ситуації був знайдений шляхом інтенсифікації наукових досліджень, підвищення якості медсестринської освіти, підвищення соціального статусу медичних сестер (з’явились численні міжнародні організації медсестер): так, за кордоном з’явилась багаторівнева медсестринська освіта: бакалавр та магістр, окрім медичної сестри – молодший спеціаліст [111; 129; 132]. Зараз ця система починає запровадитися і у нашій країні.

У контексті проведеного дослідження варто згадати про Всесвітню федерацію медичної освіти та Асоціацію медичних шкіл у Європі (Association of Medical Schools in Europe (AMSE)), яка за фінансової підтримки Комісії Європейського Союз у 2007 році в Копенгагені (Данія) для поліпшення якості медичної освіти Європи опублікувала глобальні стандарти WFME як інструмент

для прискорення процесу реформ і охарактеризувала критерії для визнання та акредитації медичних закладів і програм в медичній освіті, а також для поліпшення якості медичної освіти [308].

Світовою федерацією медичної освіти у 1988 році в Шотландії (м. Единбург) була проведена Всесвітня конференція з медичної освіти, результатом якої стала Единбурзька декларація [322]. У цій декларації визначено такі кроки реформування медичної освіти: мета професійного навчання – досягнення професійної компетентності; відбір абітурієнтів як за інтелектуальними, так і за іншими професійними властивостями; релевантне середовище для навчання; акценти на попередження захворювань та сприяння підтримці здоров'я; активна медична освіта протягом усього життя; підготовка викладачів медичних вузів не тільки як фахівців, а і як педагогів та освітян; інтеграція науки та клінічної практики; зв'язок медичної освіти з потребами практичної охорони здоров'я; кооперація між працівниками системи охорони здоров'я – мультипрофесійна освіта; постійне професійне післядипломне навчання протягом життя [322, с. 481-482].

В аспекті досліджуваної проблеми наголошуємо, що Євросоюзом з метою підвищення якості вищої медичної освіти надано рекомендації щодо додипломної медичної освіти, які було підтримано директивою 93/16, що прийнята 5 квітня 1993 року Радою ЄС:

– первинною метою програми додипломного навчання є забезпечення формування відповідних знань, навичок, ставлень та етичних цінностей;

– навчальний план має складатися з двох ключових частин – базових та клінічних наук, які можуть бути інтегровані між собою;

– базові науки мають бути медично-орієнтованими, більш практичними та пристосованими до потреб клінічної підготовки;

– навчальні плани та програми не повинні бути перевантаженими;

– має бути здійснено перехід від пасивного викладання до активного навчання;

– базова і варіативна частини навчального плану мають регулярно переглядатись;

– має стимулюватися участь студентів у оцінюванні навчального плану та програм підготовки;

– медична освіта має фокусуватися на студентах, а не на дисциплінах;

– має приділятись увага навчанню методам пошуку, формулювання та розв'язання конкретних фундаментальних і особливо клінічних проблем, базуючись на мультидисциплінарному підході [213; 278, с. 25].

Важливість проблем медсестринства визначається рядом документів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Зокрема, на Європейській конференції з сестринської справи (Відень, 1988) було наголошено, що без медичних сестер немає майбутнього. Такий підхід до значимості сестринської справи, як складової частини системи охорони здоров'я, та особи медичної сестри залишається актуальним і в XXI столітті [264].

Для кращого бачення проблеми формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах нами проведено теоретичний огляд досліджень з досвіду удосконалення медичної освіти у деяких країнах дальнього та ближнього зарубіжжя у порівняння з вітчизняною фаховою підготовкою медсестер.

У контексті дослідження було проведено детальний аналіз підготовки медичних сестер в США. Слід зазначити, що американське суспільство вимагає від дипломованих медичних сестер, які отримали освіту медичної сестри у вищих навчальних закладах Сполучених Штатів Америки, професіональну компетентність у всіх галузях їх професійної діяльності. Тому в США вперше у світі в 1908 році було введено ліцензування медсестринської діяльності. Ліцензування – це процес, за допомогою якого державна урядова установа штату – Рада медичних сестер (Board of Nursing) надає дозвіл медичній сестрі на виконання своїх професійних обов'язків після визначення того, що медична сестра дійсно досягла достатнього рівня компетенції. Ліцензування необхідне,

коли регульовані види діяльності є складними та вимагають спеціальних знань, навичок та вмінь [297].

Ради медичних сестер (Boards of Nursing) – це урядові установи, відповідальні за регулювання практики сестринської справи. Більше 100 років тому уряди штатів створили ці органи для захисту здоров'я та благополуччя населення США шляхом нагляду та забезпечення гідної практики медичних сестер. Ради медичних сестер досягають цієї місії, визначаючи стандарти для безпечної медичної допомоги та видачу ліцензій на право займати обрану посаду. Медична сестра має право вести свою професійну діяльність тільки у тому штаті США, де вона отримала ліцензію після успішного проходження відповідного екзамену (National Council Licensure Examination (NCLEX)) [315].

Професійній підготовці майбутніх медичних сестер у США приділяється особлива увага у всіх закладах, які ведуть підготовку дипломованих медичних сестер. Існує декілька основних освітньо-професійних програм підготовки медичних сестер в США. У залежності від того, яку кваліфікаційну категорію планує отримати майбутня медична сестра, а також в якій сфері медсестринства хоче працювати, вона сама вибирає напрям підготовки. Отже, існує декілька кваліфікаційних категорій американських медичних сестер [319]:

- Licensed Practical Nurses (LPN) – ліцензовані практичні медичні сестри;
- Registered Nurses (RN) – зареєстровані медичні сестри;
- Advanced Practice Nurses (APN) – практикуючі медичні сестри.

Програма підготовки ліцензованих практичних медичних сестер (LPN) передбачає 12 місяців навчання у державному професійно-технічному навчальному закладі або коледжі. Після завершення навчальної програми студенти повинні пройти іспит для отримання ліцензії. Ліцензовані медсестри (Licensed Practical Nurses (LPN)), як правило працюють у лікарні, забезпечуючи базову допомогу по догляду за хворими під наглядом лікарів та зареєстрованих медичних сестер (Registered Nurses(RN)). Програми підготовки ліцензованих медичних сестер включають в себе як заняття в аудиторії, так і контрольовану клінічну практику (як правило, в лікарні). Курс підготовки є прискореним,

існують деякі програми, які студент може пройти за допомогою Интернету, тому цей напрям підготовки є зручним для тих, хто поєднує навчання і працю.

Існує три основні шляхи, за допомогою яких студент може отримати кваліфікаційну категорію зареєстрованої медичної сестри (Registered Nurses (RN)): ступінь асоціата в медсестринстві (Associate Degree in nursing) – 2-річний курс; дипломований спеціаліст в медсестринстві (Diploma Programs) – 3- річний курс; ступінь бакалавра в медсестринстві (Bachelor's Degree in Nursing (BSN).

Незважаючи на те, що всі три курси відповідають вимогам щодо вступу на реєстрацію та видачу ліцензії зареєстрованої медичної сестри, основним напрямом підготовки зареєстрованої медичної сестри є ступінь бакалавра в медсестринстві (Bachelor's Degree in Nursing (BSN)). Американська асоціація коледжів медсестринства (The American Association of Colleges of Nursing (AACN)) визнає ступінь бакалавра в медсестринстві (Bachelor's Degree in Nursing (BSN) як мінімальну освітню вимогу для професійної практики зареєстрованих медичних сестер (Registered Nurses (RN)). Ступінь бакалавра в медсестринстві (Bachelor's Degree in Nursing (BSN) – це чотирирічні програми, які пропонуються в коледжах, університетах. Перші два роки навчальної програми – це курси природничих, гуманітарних та соціальних наук. Останні два роки підготовки зосередженні безпосередньо на клінічній підготовці у лікарнях, поліклініках та амбулаторних центрах. Отримавши ступінь бакалавра в медсестринстві, медична сестра має більше можливостей для працевлаштування, а також цей ступінь є основою для початку післядипломної освіти.

Ступінь магістра є необхідною освітньою кваліфікацією для практикуючих медичних сестер Advanced Practice Nurses (APN). Медсестри-практики володіють сучасними клінічними навичками, до обов'язків яких входить: фізичне обстеження пацієнта; призначення ліків, діагностика та лікування захворювань; інтерпретація лабораторних аналізів; консультування та навчання пацієнтів. У США 18 штатів дозволяють практикуючим медичним сестрам (Advanced Practice Nurses (APN)) працювати незалежно від лікарів.

Навчання медичної сестри-магістра триває 18 – 24 місяці та передбачає аудиторні, практичні години в клініках США. Підготовка практикуючих медичних сестер відбувається за такими спеціальностями: медична сестра-практик (Nurse Practitioner (NP)); клінічна медична сестра-керівник (Clinical Nurse Leader (CNL)); клінічна медична сестра-спеціаліст (Clinical Nurse Specialist (CNS)); сертифікована медична сестра-акушер (Certified Nurse Midwive (CNM)); сертифікована практикуюча медична сестра-анестезіст (Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)).

Навчальний план, як правило, складається з курсу медсестринської теорії, менеджменту медичного обслуговування, наукових досліджень та курсів з певної спеціалізації медичної сестри. Умови вступу до магістратури можуть відрізнятися у кожному штаті, але стандартними є: наявність ступеня бакалавра медсестринства (Bachelor’s Degree in Nursing (BSN)); ліцензія зареєстрованої медичної сестри (Registered Nurses (RN)); досвід роботи в клініці; успішне проходження тесту для вступу в магістратуру (the Graduate Record Examination (GRE)).

Що стосується докторських програм, їх тривалість 5 – 7 років. Докторські програми готують медсестер-менеджерів з охорони здоров'я, викладачів, спеціалістів-науковців у певній галузі медицини. Медичні сестри, які отримали ступінь доктора в медсестринстві мають право проводити клінічні дослідження. Навчальна програма, як правило, включає в себе історію медсестринства, філософію, управління даними, методологію дослідження та соціоекономіку медсестринства.

Таким чином, здійснивши аналіз підготовки медичних сестер в США можна зробити висновки, що майбутня американська медсестра може отримати відповідну кваліфікаційну категорію, підготовка відбувається за різним терміном навчання, складністю програм та обсягом практики. Обов'язки американської медичної сестри суттєво відрізняються від обов'язків медсестри в Україні. Вітчизняна освіта готує медичних сестер як суто технічного виконавця призначень лікаря, а американська модель підготовки – це думаючий помічник і

порадник лікаря, фахівець, який може приймати самостійні рішення. Хоча в Україні й ведеться підготовка медсестри-бакалавра і медсестри-магістра, але, на жаль, ці спеціальності ще не повністю знайшли себе в практичній медицині.

Для проведення аналізу медсестринської освіти в країнах Європи було обрано Польщу і Німеччину.

Заслуговує на увагу праця науковця О. Копанської [111], яка вивчає систему вищої освіти Польщі (у тому числі і медичної). Вона зазначає, що у Польщі упроваджена система двоступеневої підготовки у вищій освіті, що регламентується Законом „Про систему освіти" (1991 р.) та Законом „Про вищі професійні школи" (1997 р.), на підставі яких створені і працюють всі вищі навчальні заклади держави. Ця система складається з: ліценціата і магістратури. Третій рівень докторський, який пропонують тільки навчальні заклади університетського типу.

На сьогоднішній день усі виші Польщі (310 приватних і 138 державних вишів), у тому числі й 11 вищих медичних шкіл, використовують Європейську кредитно-трансферну систему навчання, як елемент європейської інтеграції. У медичних університетах Польщі на 4 – 6 курсах присутня тільки циклова система навчання, що дає можливість більше сконцентровувати увагу на предметах, які вивчаються [317].

Аналіз підготовки медичних сестер у Німеччині показав, що їх навчання відбувається у школах медсестер, де існують кілька сестринських професій. Універсальної освіти за спеціальністю „медична сестра" там немає. Це означає, що замість однієї нашої вітчизняної спеціальності „медична сестра", в Німеччині є шість: медична сестра по догляду за пацієнтами (нім. Gesundheits- und Krankenpfleger / -in); медична сестра по догляду за дітьми (нім. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger / -in); медична сестра по догляду за пацієнтами похилого і старечого віку (нім. Altenpfleger / -in); операційно-технічний асистент (операційна медична сестра) (нім. Operationstechnische / -r Assistent / -in); технічний асистент анестезіології (медична сестра анестезіології) (нім.

Anästhesietechnische / -r Assistent / -in); медичний працівник-фахівець (помічниця лікаря) (medizinische / -r Fachangestellte / -r) [309].

Серед медичних професій середньої ланки, що існують на даний момент у Німеччині, особливу увагу приділено професії „медична сестра по догляду за пацієнтами", так як вона займає центральне місце серед сестринських професій країни. У Німеччині середня освіта по догляду за пацієнтами триває 3 роки і завершується державним іспитом. Загальна кількість годин теоретичного навчання складає 2100, практичного – 2500 годин і 1200 годин спеціалізації. Як правило, українська сестринська освіта відповідає 2/3 німецької освіти [300].

В Україні навчання на медичну сестру єдине. Після отримання основної сестринської освіти, медична сестра зобов'язана пройти курси підвищення кваліфікації відповідно до обраним профілем роботи. Наприклад, новоспечена медична сестра після закінчення медичного коледжу йде працювати в дитяче відділення. У цьому випадку, вона повинна пройти курси підвищення кваліфікації медичних працівників за спеціальністю „сестринська справа в педіатрії". У Німеччина ж така кваліфікація досягається тільки після трирічного навчання за спеціальністю „медична сестра по догляду за дітьми".

Ще одна важлива деталь: після внесення поправок в Закон про професійний догляд (Закон Nursing – KrPflG) згідно з рішенням Бундестагу, який набрав чинності 1 січня 2004 року, назва професії „медична сестра" (нім. Krankenschwester) було замінено на позначення „Gesundheits- und Krankenpfleger / -in", що можна приблизно перекласти як „стоїть на варті здоров'я пацієнтів і доглядає за хворими". Зазначимо, що незважаючи на те, що пройшло вже більше десяти років, як рішення вступило в силу, переважна більшість населення в Німеччині не знає, що являє собою „Gesundheits- und Krankenpfleger / -in" і по-старому називає медичну сестру медсестрою [312].

У Німеччині навчання на „медичну сестру по догляду за пацієнтами", „медичну сестру по догляду за дітьми", „медичну сестру по догляду за пацієнтами похилого і старечого віку", „операційну медичну сестру", „медичну сестру анестезіології" і „помічницю лікаря" здійснюється в медичних школах,

як і слід вважати, окремо. Єдиної освіти не існує, і ці професії не завжди можуть замінювати одна одну. Так, маючи спеціальність „медична сестра по догляду за пацієнтами”, не можна працювати „медичною сестрою по догляду за дітьми” і навпаки. Хоча у всіх офіційних німецьких джерелах і значиться, що три професії з цих шести: „медична сестра по догляду за пацієнтами”, „медсестра по догляду за дітьми” та „медична сестра по догляду за пацієнтами похилого і старечого віку”, є рівними за рівнем освіти (хоча і не взаємозамінними), неофіційно спеціальність „медична сестра по догляду за пацієнтами похилого і старечого віку” коштує за рангом нижче двох інших. Відповідно, бажаючих отримати дану спеціальність менше ніж дві інші, тим самим, критерії відбору м'якше і шанси отримання місця для навчання вище. На сьогодні середня медична освіту в Німеччині виглядає саме так [314].

Однак з першого січня 2018 року заплановано проведення реформи середньої медичної освіти в області сестринського догляду: три названі вище спеціальності („медична сестра по догляду за пацієнтами”, „медична сестра по догляду за дітьми” та „медична сестра по догляду за пацієнтами похилого та старечого віку”) будуть об'єднані в одну, навчання буде єдиним, і нова спеціальність, яка прийде на зміну цим трьом буде називатися „фахівець в області догляду за пацієнтами” (нім. Pflegefachfrau / Pflegefachmann) [305].

Розглянувши систему середньої медичної освіти, що склалася в Німеччині, можна стверджувати, що вона має суттєві відмінності від медичної освіти як в інших країнах Європи, США, так і в Україні.

Якщо порівнювати підготовку медсестер в Німеччині і в Україні, то замість однієї нашої вітчизняної спеціальності „медична сестра”, в Німеччині є шість різновидів медсестринської професії, тобто вже в навчальному закладі відбувається орієнтація майбутнього фахівця на відповідну спеціалізацію.

Здійснивши аналіз підготовки медичних сестер у деяких країнах дальнього та ближнього зарубіжжя, а також вітчизняної фахової підготовки медсестер, було створено матрицю фахової підготовки медичних сестер в США,

Польщі, Німеччині та Україні з урахуванням терміну підготовки та кваліфікації (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Матриця фахової підготовки медичних сестер в США, Польщі, Німеччині та Україні

Країна, навчальний заклад	Строк підготовки				Кваліфікація											
	1 рік	2 роки	3 роки	4 роки	ліцензована практична медсестра	зареєстрована медична сестра	практикуюча медична сестра	медсестра по догляду за пацієнтами	медична сестра по догляду за дітьми	медсестра по догляду за похилими	операційно-технічний асистент	технічний асистент анестезіології	медичний працівник-фахівець	медична сестра	медична сестра-бакалавр	медична сестра-магістр
США																
Професійний навчальний заклад	+				+											
Медичний коледж	+	+	+		+	+										
Університет			+	+			+									
Польща																
Вища медична школа			+	+										+	+	+
Медичний університет				+											+	+
Німеччина																
Медична школа			+					+	+	+	+	+	+			
Україна																
Медичний коледж			+	+										+		
Медичний університет		+													+	+

За результатами проведеного теоретичного аналізу підготовки медичних сестер в Україні [54; 64; 68; 69; 206; 274; 284] та проаналізувавши історію створення медичних коледжів встановлено, що підготовка медичних працівників середньої ланки почалася з 1811 року, коли були відкриті

акушерські та фельдшерські школи у Чернівцях, Полтаві, Херсоні і Харкові, а вже з 1877 року у місті Києві були створені курси медичних сестер.

Проводячи аналіз становлення закладів освіти для медичних сестер зазначимо, що перша школа медичних сестер була створена у 1895 році при загальній лікарні у Львові. Вона була організована і фінансувалась крайовим відділом здоров'я спільно з товариством Червоного Хреста. Навчання в школі у різні періоди часу тривало від 2 до 6 – 7 місяців. При одержанні диплома випускниці медсестринської школи давали урочисту обіцянку такого змісту: „Клянуся і обіцяю вірно служити ідеям Червоного Хреста, дотримуватися вимог професійної етики, виконувати свої обов'язки добросовісно, не ухилятись від догляду за різного роду хворими і сприяти поширенню принципів охорони здоров'я населення і особистої гігієни народу на території моєї діяльності" [67].

Відомо, що з 1922 року всі середні медичні школи та школи медичних сестер Товариства Червоного Хреста були передані у відання Головного комітету з профтехнічної та соціально-наукової освіти, а з 1926 року всі середні медичні навчальні заклади були перетворені у медичні політехнікуми. У 1929 р. було прийнято рішення про заміну „сестри" на „медичного техніка". Слід зазначити, що уже в той час проводили пошуки шляхів реформування для поліпшення якості підготовки середніх медичних працівників. З 1932 р. знову відновлено спеціальність „медична сестра", а з 1936 року було введено посаду „старшої медичної сестри лікарні". У 1937 році у Львові відкрита друга школа медичних сестер під назвою „Приватна школа догляду за хворими" [67]. З початком Другої світової війни наказом Наркомздраву СРСР від 26 червня 1941 року були затверджені плани підготовки медичних сестер зі скороченим терміном навчання.

Продовжуючи теоретичний огляд історичних аспектів, автором було розглянуто витоки становлення медичних навчальних закладів на Харківщині. Так, Харківський базовий медичний коледж № 1 веде відлік своєї біографії з 1845 року. За 160 років свого існування коледж неодноразово змінював свою назву: Фельдшерсько-акушерська школа, Перші курси помічників лікаря,

Перший технікум „Єдиного диспансеру”, а з 1954 року – Базове медичне училище № 1. З 2006 року – Харківський медичний коледж № 1.

Вовчанський медичний технікум був заснований у 1930 році, у ньому навчалося близько шестидесяти майбутніх медичних сестер. У 1948 році був зроблений перший післявоєнний випуск медичних сестер. З метою поліпшення середньої спеціальної медичної освіти в Україні у 1954 р. навчальний заклад реорганізовано в медичне училище, а з 2005 р. – у медичний коледж.

Своє існування Ізюмський медичний технікум почав з 1930 року, здійснюючи підготовку середнього медперсоналу. У 1954 році навчальний заклад було перейменовано у медичне училище, а у 2005 році – медичний коледж.

У 30-х роках у зв’язку з гострою нестачею медиків Богодухівський райком Червоного Хреста відкрив школу медсестер. Після війни і до 1964 року при Богодухівській районній лікарні працювали курси медсестер. Але потреба в підготовці кваліфікованих кадрів залишалася гострою. За клопотанням місцевих органів влади у 1965 році було відкрито медичне училище, а з 2005 р. – Богодухівський медичний коледж.

Офіційна дата становлення Красноградського медичного коледжу – 1932 рік. У 1935 році відкривається школа медичних сестер. З 1955 року – Красноградське медичне училище, у 2006 році наданий статус коледжу.

У Куп’янському медичному коледжі ім. Марії Шкарлетової підготовка медичних працівників середньої ланки проводиться з 1931 року і перші випускники були випускниками медичного технікуму. Протягом більше ніж восьмидесяти років роботи медичний заклад тричі змінював свою назву: 1939 рік – фельдшерсько-акушерська школа, 1951 рік – медичне училище, 2003 рік – медичний коледж.

У результаті наукового пошуку також встановлено, що з 1995 року у вищих медичних навчальних закладах України почали відкриватися факультети сестринської справи, де проходить підготовка медичних сестер-бакалаврів та медичних сестер-магістрів [170]. За даними МОЗ України нині підготовка

фахівців для галузі охорони здоров’я в Україні здійснюється у ВМНЗ МОЗ України. Серед них: 15 медичних університетів та академій, з яких сім мають статус Національного, три медичні Академії післядипломної освіти, з них – одна Національна; два Інститути медсестринства (Житомирський інститут медсестринства та Інститут медсестринства Тернопільського державного медичного університету), 69 медичних коледжів, 44 медичних училища та їх філій [154].

Проводячи аналіз вітчизняної медсестринської освіти зазначимо, що підготовка медичних сестер у нашій країні триває з середини XIX століття. На сьогодняшній день ми бачимо медичну сестру лише як технічного помічника лікаря. Аналізуючи фахову діяльність можемо констатувати, що найчастіше медсестра дійсно лише виконує призначення лікаря, працює суворо під його контролем і за його вказівками, тобто її робота в основному зводиться до виконання суто технічної роботи, яка не завжди вимагає високої професійної медсестринської кваліфікації. Такий підхід негативно впливає на імідж та статус професії медичної сестри.

В аспекті проведеного дослідження згідно з кваліфікаційною характеристикою встановлено, що за своїми функціональними обов'язками вітчизняна медична сестра здійснює професійну діяльність під керівництвом лікаря, а саме: проводить прості діагностичні, лікувальні та фізіотерапевтичні процедури; застосовує лікарські засоби для зовнішнього, ентерального і парентерального введення в організм пацієнта; готує хворих до лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження; складає добові меню та виписує порційні вимоги, годує тяжкохворих; виконує санітарне оброблення хворого, готує і застосовує дезінфекційні розчини; володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах та ін. [75; 76].

Нами проаналізовано „Галузеві стандарти вищої освіти” бакалавра і магістра на основі компетентнісного підходу [57]. Відповідно до стандартів

медична сестра повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної; нормальну та патологічну анатомію і фізіологію людини; сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження, лікування хворих; особливості спостереження і догляду за хворими в гарячці, з порушеннями стану органів дихання, кровообігу, травлення, сечових органів тощо; маніпуляції згідно з профілем роботи; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; володіти: методиками дезінфекції, стерилізації інструментарію та перев'язувальних засобів; організацією санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; основними принципами лікувального харчування; правилами безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням; правилами оформлення медичної документації; сучасною літературою за фахом та ін. [176]. Не дивлячись на ті кризові негаразди, які відбуваються у нашому суспільстві, реформування медсестринської освіти повинно дати певні позитивні результати. Сучасна підготовка медичних сестер може дати можливість не тільки якісно поліпшити надання медичної допомоги населенню, але й наблизити принципи її побудови до світового рівня. Випускник, який пройшов перший рівень підготовки (медична сестра), має можливість освоїти другий (медсестра-бакалавр) і третій рівень (медсестра-магістр).

Проведений теоретичний аналіз законодавчої докуменації показав, що основні вимоги до рівня професійної підготовки фахівців відображені у Законі України „Про освіту” [84], „Про вищу освіту” [86], Національній доктрині розвитку освіти в Україні [165], Національній стратегії розвитку освіти в Україні на 2012 – 2021 роки [166], Освітньо-професійних програмах підготовки молодшого спеціаліста [177] тощо. Для якісної фахової підготовки молодших спеціалістів з медичною освітою, бакалаврів медицини та магістрів – медичних

сестер МОЗ України розробило та оновило галузеві стандарти вищої освіти (ГСВО) з галузі знань 1201 „Медицина”.

При підготовці медичних сестер, медсестер-бакалаврів, медсестер-магістрів у програму введено такі навчальні дисципліни, які дозволяють готувати не лише висококваліфіковану медичну сестру, але й організатора та лідера сестринської справи, сімейну медсестру, яка буде здатною співпрацювати з родинами пацієнтів, кваліфіковано надавати допомогу пацієнтам вдома, здійснювати наукову працю з проблем медсестринства.

Зазначимо, що відчуваються і негативні моменти в системі фахової підготовки медичних сестер. Так, О. Маркович та В. Рижковський вважають, що низький рівень нашої медсестринської освіти у порівнянні із зарубіжною залежить від багатьох об’єктивних і суб’єктивних факторів: низький статус медсестринської професії порівняно з аналогічною у світі в лікувальних закладах і в суспільстві, недостатня обізнаність викладачів-клініцистів із педагогічно-психологічними аспектами підготовки медсестри, слабка матеріально-технічна база деяких медичних училищ і коледжів, відсутність загальнодержавних підручників, посібників для єдиного трактування виконання медсестринських маніпуляцій тощо [142, с. 25].

Зокрема, Г. Паласюк наголошує, що незважаючи на відмінності у підготовці медсестер-бакалаврів у ВНЗ від підготовки медсестри-молодшого спеціаліста, основні дидактичні принципи залишаються однаковими. У цьому контексті надзвичайно важливе значення має так звана вертикальна інтеграція, що передбачає, насамперед, узгодження навчальних програм. Необхідно повністю змінити психологію та методологію навчального процесу, переглянути й переробити всі навчальні плани, привести у відповідність до вимог матеріальне забезпечення занять [179].

З огляду на те, що сучасна галузь охорони здоров’я потребує висококваліфікованих медичних сестер, підготовлених до реалізації виробничих функцій у незнайомих, складних та екстремальних умовах діяльності, Т. Кудрявцева [121, с. 51] наголошує, що сучасні медичні сестри повинні бути

відповідальними, професійними і мобільними, конкурентоспроможними особистостями, здатними до активних, цілеспрямованих, професійних дій у проблемних ситуаціях. Автор констатує, що в Україні процес підготовки майбутніх медичних сестер до розв'язання проблемних ситуацій у професійній діяльності передбачає формування не тільки знань, вмінь та навичок, а й професійних компетенцій, професійно важливих якостей та здатностей, серед яких: знаходити правильне рішення у ході роботи; тривалий час виконувати одноманітну роботу, не знижуючи її якості; самостійність, рішучість і твердість у прийнятті рішень; пристосовуватися до зміни характеру роботи; проявляти обережність, володіння собою, витримку; зберігати працездатність тощо.

Для проведення ступеневої підготовки фахівців на додипломному та післядипломному етапах підготовки у відповідності до Закону „Про вищу освіту" [86] і в Україні введено таку систему підготовки молодших спеціалістів з вищою медичною освітою: дипломована медична сестра (молодший спеціаліст) – підготовка здійснюється (на базі 9-х класів – 4 роки навчання та на базі 11 класів – 3 роки навчання); медична сестра-бакалавр – підготовка здійснюється на базі медсестринської освіти (рівень молодшого спеціаліста), термін навчання 1 – 2 роки; медична сестра-магістр – підготовка здійснюється 2 роки на базі медсестринської освіти медичної сестри-бакалавра.

У контексті дослідження зазначимо, що вивчивши світовий досвід роботи дистанційної форми навчання на детальному прикладі медсестринської школи Мері Блек (Південна Кароліна, США) та заручившись підтримкою МОЗ України, Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського вперше у державі з 2008 – 2009 н. р. запровадив дану форму навчання щодо підготовки медсестер-бакалаврів [284].

Результатом успішної роботи зі створення освітніх стандартів стало внесення змін до Постанови Кабінету міністрів України № 507 від 24. 05 1997 р. „Про введення в дію освітньо-кваліфікаційного рівня магістр сестринської справи (8.12010006 „Сестринська справа"), напряму підготовки 1101 „Медицина". Відповідно, уперше в Україні, у навчально-науковому інституті

медсестринства Тернопільського державного медичного університету було розпочато підготовку фахівців такого рівня, що дало можливість студентам продовжувати професійний ріст та отримати ступінь магістра сестринської справи. На базі медсестринських відділень магістратури при цьому ВНЗ почали розгортатися наукові дослідження проблем медсестринства та пошуку шляхів і засобів його реформування. У 2009 – 2010 навчальному році розпочата підготовка фахівців рівня магістра, в магістратурі з медсестринства навчалось 22 особи. Житомирський інститут медсестринства було утворено у 2006 р. на базі заснованої у 1875 році як Волинської губернської фельдшерської школи. За 135 років свого існування заклад неодноразово реорганізовувався, зберіг і набув кращі традиції, має багату і яскраву історію [284].

Зауважимо, що принципова різниця систем підготовки сестринських кадрів України з іншими країнами полягає в тому, що у країнах євроатлантичного регіону відсутній освітньо-кваліфікаційний рівень вищої сестринської освіти, еквівалентний вітчизняному рівню „молодший спеціаліст”. У той же час, здійснюється ступенева професійна підготовка медичних сестер (наприклад, помічників медичних сестер, ліцензованих, зареєстрованих медичних сестер), які не мають вищої освіти; три-чотирирічний термін підготовки медичних сестер є мінімальним у більшості європейських країн, тоді як в Україні, він був запроваджений лише з 2006 р.; у більшості країн Європи, в США та Канаді викладачами медсестринських інститутів, коледжів та сестринських факультетів медичних університетів є медичні сестри з академічним ступенем медсестринської освіти (магістри та доктори наук, а в сестринських школах – і бакалаври) [64].

У контексті дослідження встановлено, що в країнах Європи, США та Канаді фахова підготовка медичних сестер здійснюється виключно на базі повної середньої освіти (переважно 12-річна освіта, в Україні абітурієнт може мати базову середню освіту (9 класів загальноосвітньої школи). Зміст сестринської освіти в Україні формується переважно емпіричним шляхом на

основі стереотипного медичного (лікарського) уявлення про сестринську діяльність [64].

Автор поділяє думку Т. Бабенко, яка стверджує, що сучасна система навчання у медичних коледжах характеризується недостатнім спрямуванням освітнього процесу на дослідницьку діяльність студентів. Тому, на її переконання, доцільною умовою подолання визначених проблем є спрямування навчального процесу не на засвоєння значної кількості інформації з подальшим її відтворенням, а на активний пошук та критичний аналіз необхідного матеріалу, творчого підходу до розв'язання проблем і, як результат, отримання нових знань, які, за умови практичної діяльності, трансформуються у професійні уміння [12].

Як відзначає О. Маркович, рівнем підготовки медсестринських кадрів не повністю задоволені і лікувально-профілактичні заклади нашої країни. Насамперед, зауваження висуваються до практичної професійної підготовки медичної сестри. 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 [141].

Зазначимо, що формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер передбачає дотримання таких основних принципів науковості та послідовності: відповідність вимогам стандартів медичної освіти; єдність змістової та процесуальної сторін навчання; диференціація та інтеграція компоненти змісту медичної освіти; повнота змісту навчання тощо.

Проведений нами аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду підготовки медичних сестер [54; 64; 68; 142; 148; 231; 278; 282] підтверджує, що розбудова і реформування медсестринської освіти неможливе без посилення вимог щодо формування фахової компетентності майбутніх медичних фахівців у медичних коледжах.

Здійснений теоретичний аналіз особливостей зарубіжної та вітчизняної фахової підготовки медичних сестер показав суттєву відмінність у медичній

освіті в США, Німеччині, Польщі та Україні. Відмінності вказують на різні терміни підготовки, кваліфікації медичних сестер, складність програм та обсяг практики. Вітчизняна підготовка медичних сестер багатопрофільна і має відповідні переваги, бо по закінченню медичного навчального закладу є можливість працювати у будь-якому відділенні лікувального закладу з наступним проходженням курсів підвищення кваліфікації. Але, на жаль, медсестра в Україні так і залишається виконавцем призначень лікаря та не має тих фахових можливостей, які мають медичні сестри у досліджуваних нами країнах зарубіжжя (вони є порадниками лікаря, мають можливість приймати рішення, проводити діагностичні процедури, ставити медсестринський діагноз, робити призначення пацієнтам).

В умовах реформування медсестринської освіти слід наголосити,що медсестринська освіта в Україні поступово розвивається, стає більш якісною і затребуваною на ринку праці у країнах Європи. Але фахова підготовка медичних сестер потребує подальшого удосконалення на різних етапах, що вимагає: зміну підходів до підготовки викладачів; виявлення, обґрунтування та перевірку педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах; розробку навчально-методичного забезпечення з метою формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

1.2. Компетентнісний підхід у фаховій підготовці медичних сестер у коледжах

У психолого-педагогічних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних вчених [7; 18; 33; 37; 60; 77; 88; 96; 107; 119; 131; 157; 224; 239] приділяється достатньо уваги проблемі компетентнісного підходу у професійній підготовці майбутнього фахівця у ВНЗ, але питання компетентісного підходу саме у фаховій підготовці медичних сестер потребує дослідження.

Тому проблема компетентісного підходу у процесі фахової підготовки медичних сестер у коледжах потребує подальшого дослідження.

Саме розуміння сутності понять „компетентність”, „компетенція”, „компетентнісний підхід”, „фахова компетентність”, „фахова компетентність медичної сестри” підтвердить доцільність здійснення досліджень у цьому напрямку. Слід проаналізувати ці поняття, починаючи з методичних рекомендацій, словників, енциклопедій та окремих наукових досліджень тощо. Розглянемо розуміння цих понять у довідниковій та психолого-педагогічній літературі.

У методичних рекомендаціях МОН України з розроблення складових галузевих стандартів вищої освіти на основі компетентнісного підходу дається визначення поняття „компетенція” та „компетентність”. Компетенція – це знання й розуміння (теоретичне знання академічної області, здатність знати й розуміти), знання як діяти (практичне й оперативне застосування знань до конкретних ситуацій), знання як бути (цінності як невід'ємна частина способу сприйняття й життя з іншими в соціальному контексті). Це предметна область у якій індивід добре обізнаний і в якій він проявляє готовність до виконання діяльності [153].

Почнемо зі з’ясування суті поняття „компетентність”, оскільки воно є основою для проведення нашого дослідження.

Поняття „компетентність” має іншомовне походження. У словнику іншомовних слів компетентність від лат. competens (competentis) – належний, відповідний – трактується як поінформованість, обізнаність, авторитетність [235, с. 282].

Аналіз етимології дефініції „компетентність”, здійснений в „Онлайн словнику” [173] свідчить, що він має такі значення: наявність знань і досвіду для ефективної діяльності у визначеній галузі; правомочність і походить від прикметника „компетентний" і далі від лат. competens – „відповідний, здатний".

У словнику „Професійна освіта” компетентність визначена як сукупність знань і умінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння

аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію [215].

Багато вчених-педагогів спробували дати визначення, пояснити поняття „компетентність”. Так, дослідник С. Шишов вважає, що „компетентність” – це здатність (уміння) діяти на основі отриманих знань" [287, с. 21].

У Новому тлумачному словнику української мови (укладачі В. Яременко, О. Сліпушко), поняття компетентність розкривається як „добра обізнаність із чим-небудь, коло повноважень якої-небудь організації, установи або особи”, а компетентний це той, „який має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим-небудь добре обізнаний, тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний” [169, с. 305].

За визначенням міжнародних експертів [224, с. 16] та інших науковців, поняття „компетентність” охоплює задані навички (вимога виконувати певні індивідуальні завдання); використання знань і вмінь на робочому місці на рівні встановлених вимог (стандартів); здатність відповідально виконувати обов’язки і досягати запланованих результатів; здатність знаходити рішення у нестандартних ситуаціях; здатність застосовувати знання і вміння у нових умовах виробничої діяльності [62].

Дещо інший підхід пропонують експерти країн ЄС і трактують поняття „компетентність” як здатність застосовувати знання та вміння ефективно й творчо в міжособистісних відносинах – ситуаціях, що передбачають взаємодію з іншими людьми в соціальному контексті так само, як і в професійних ситуаціях. На їх думку, компетентність – це поняття, що логічно походить від ставлення до цінностей та від здібностей до знань [207, с. 66].

Багато педагогів-дослідників працювали над дослідженням поняття „компетентність”. На думку Б. Гершунського категорія „професійна компетентність” визначається рівнем власне професійної освіти, досвідом та індивідуальними здібностями людини, його мотивованим прагненням до

безперервної самоосвіти та самовдосконалення, творчим і відповідальним відношенням до справи [58, с. 3].

Так, І. Зязюн вважає, що „компетентність, як властивість індивіда, існує в різних формах – як високий рівень умілості, як спосіб особистісної самореалізації (звичка, спосіб життєдіяльності, захоплення); як деякий підсумок саморозвитку індивіда, форма вияву здібностей” [91, с. 10].

Сучасний педагог-науковець І. Аннєнкова у своєму дослідженні під компетентністю вважає якість людини, яка формується завдяки обізнаності, оволодінням знаннями, уміннями, навичками та набуттям певного досвіду. Вона вказує, що компетентність однозначно не співвідноситься ні з загальною, ні з професійною освітою. Хоча вона й ґрунтується на фаховій кваліфікації, але є системним і більш цілісним утворенням, яке дозволяє людині орієнтуватися у широкому колі питань, не обмежених вузькою спеціалізацією, що забезпечує соціальну і професійну мобільність особистості, її відкритість до змін і творчого пошуку, здатність до самовираження, прагнення до оновлення знань [7].

Аналіз наукової та методичної літератури [7; 58; 62] показує, що компетентність – це знання, уміння і навички, що визначають здатність суб'єкта до вирішення завдань у певній сфері діяльності, у тому числі і професійній, а компетенція – сфера діяльності, в якій суб'єкт має реальну можливість вирішувати певні завдання і приймати відповідні рішення.

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови вказано, що термін „компетенція” походить від латинського competentia, в основі якого лежить compete – взаємно прагну, відповідаю, підходжу; знання, коло повноважень особи, досвід. Під „компетентністю” ж розуміється поінформованість, обізнаність, авторитетність; кваліфікація, результативність. Педагогічна наука оперує поняттями „компетентність”, „компетентності”, водночас нові стандарти освіти притримуються поняття „компетенція” [43, с. 560].

Зокрема, А. Хуторський, розрізняючи поняття „компетенція” і „компетентність”, пропонує наступні визначення: компетенція – включає

сукупність взаємозв'язаних якостей особи (знань, умінь, навиків, способів діяльності), що задаються по відношенню до певного кола предметів і процесів, і необхідних для якісної продуктивної діяльності по відношенню до них; компетентність – володіння людиною відповідною компетенцією, що містить його особове відношення до неї і предмету діяльності [262].

Як відзначає М. Стрюков, компетенції є узагальнені способи дій, що забезпечують продуктивне виконання професійної діяльності. Це здібності людини реалізовувати на практиці свою компетентність. Ядром компетенції є діяльнісні здібності – сукупність способів дій. Компетенції можна визначити як сукупність здібностей реалізації свого потенціалу (знань, умінь та досвіду) для успішної творчої діяльності з урахуванням розуміння проблеми, представлення прогнозованих результатів, розкриття причин, що утрудняють діяльність, пропозиції засобів для усунення причин, здійснення необхідних дій і оцінки прогнозованих результатів [239].

Погоджуємось з думкою науковців Е. Зеєра та Е. Симанюк, що компетенції – це інтеграційна цілісність знань, умінь і навиків, що забезпечують професійну діяльність, це здатність людини реалізовувати на практиці свою компетентність. Оскільки реалізація компетенції відбувається в процесі виконання різноманітних видів діяльності для вирішення теоретичних і практичних задач, то в структуру компетенції, крім діяльнісних (процедурних) знань, умінь і навиків, входять також мотиваційна і емоційно-вольова сфери. Важливим компонентом компетенції є досвід – інтеграція в єдине ціле засвоєних людиною окремих дій, способів і прийомів розв’язування задач [88, с. 23].

На погляд науковців К. Віаніс-Трофименко та Г. Лісовенко [45, с.13], Т. Ісаєвої [94, с. 55] для того, щоб підготувати конкурентоспроможного медичного фахівця, слід використовувати в освітньому процесі компетентнісний підхід, який буде спрямований на досягнення кінцевої мети освіти: перехід від теоретичних знань до фахової компетентності. Саме спрямованість освітнього процесу на формування, розвиток та удосконалення

системи ключових і професійних компетенцій означає якісно організований компетентнісний підхід.

Деякі науковці (зокрема І. Драч) акцентують увагу на те, що упровадження компетентнісного підходу як засобу модернізації змісту вищої медичної освіти зумовлює визначення конкретного переліку і змісту ключових компетенцій випускників вищих медичних навчальних закладів; встановлення відповідності базових компетенцій із професійно-орієнтованими дисциплінами; відбору змісту дисциплін, що забезпечить формування і розвиток компетентностей [77, с. 44].

На думку С. Бухальської, для впровадження компетентнісного підходу у навчальний процес вищої медичної школи важливим є обізнаність та вміння педагогічних працівників ефективно застосовувати науково-педагогічні підходи до організації навчання, тобто бути професійно та педагогічно компетентним. Тому виникла потреба у визначенні поняття, видів, складових педагогічної компетентності викладачів вищих медичних навчальних закладів щодо здійснення компетентнісного підходу до підготовки молодших медичних спеціалістів, їх ключових компетенцій [40].

Для нашого дослідження є важливим той факт, що компетентності поділяються на спеціальні (професійні) та загальні (надпрофесійні). У процесі наукового пошуку зясовано, що фахові (професійні) компетентності – це такі, що потрібні для здійснення професійної діяльності. Вони, в свою чергу, поділяються на компетенції діяльності (надання невідкладної допомоги пацієнту, його опитування, проведення заходів особистої гігієни, виконання призначень лікаря тощо) та особистісні компетенції – якості, що формуються через поведінку (відповідальність, дисциплінованість, милосердя, уважність, чесність, точність тощо). Загальні компетентності – це ті, що необхідні для успішної діяльності як в професійній, так і позапрофесійній галузях (робота з літературою, використання інформаційних ресурсів, вміння вирішувати проблеми в соціально-професійних ситуаціях, взаємодіяти з людьми).

Медичний працівник, якому притаманні ці компетентності матиме можливість плідно виконувати свою професійну діяльність.

За Б. Гершунським, категорія „професійна компетентність" визначається рівнем власне професійної освіти, досвідом та індивідуальними здібностями людини, її мотивованим прагненням до безперервної самоосвіти та самовдосконалення, творчим і відповідальним ставленням до справи [58, с. 4].

Розробляючи структурно-функціональну модель професійної компетентності майбутнього лікаря, М. Мруга визначає професійну компетентність лікаря як здатність фахівця від моменту початку своєї професійної діяльності успішно (на рівні певного стандарту) відповідати суспільним вимогам медичної професії шляхом ефективного і належного виконання задач лікарської діяльності та демонструвати належні особисті якості, мобілізуючи для цього релевантні знання, вміння, навички, емоції, ґрунтуючись на власній внутрішній мотивації, ставленнях, моральних і етичних цінностях та досвіді, усвідомлюючи обмеження у своїх знаннях і вміннях та акумулюючи інші ресурси для їх компенсації [161].

Так, І. Зязюн визначив компетентність у соціально-педагогічному контексті, як екзистенціальну властивість людини, продукт власної життєтворчої активності [91, с. 10]; Е. Зеєр увів поняття „полівалентна професійна компетентність" [88, с. 23]; І. Колесникова стверджує, що педагогічна компетентність є інтегральною професійно-особистісною характеристикою, яка зумовлює готовність і здатність виконувати педагогічні функції відповідно до норм, стандартів, вимог [105]. Наприклад, Н. Кузьміна розглядає професійну компетентність педагога як його обізнаність, як властивість особистості, що дозволяє продуктивно вирішувати навчально-виховні завдання, спрямовані на формування іншої людини [123].

На підставі аналізу наукових праць учених (В. Бедь, М. Артьомова) встановлено, що фахова компетентність є базовою характеристикою діяльності фахівця; вона включає як змістовий (знання), так і процесуальний (уміння) компоненти і має головні суттєві ознаки, а саме: мобільність знань, гнучкість

методів професійної діяльності і критичність мислення [21, с. 43]. Метою формування фахової компетентності є забезпечення належної професійної підготовки випускника в умовах ступеневої освіти та його конкурентоздатності.

Питанням формування фахової компетентності майбутніх фахівців присвятили свої роботи такі сучасні науковці, як он: О. Барицька у своїй праці досліджувала методику формування фахової компетентності майбутніх учителів музики засобами мультимедійних технологій [18, с. 95]; І. Власюк визначила й обґрунтувала організаційно-педагогічні умови формування професійно-термінологічної компетентності, у тому числі формування професійної термінології майбутніх бакалаврів економіки [49, с. 81]; Д. Годлевська присвятила наукову роботу формуванню професійної комунікативної компетентності майбутніх соціальних працівників в умовах педагогічного університету [59].

Проблеми фахової компетентності фахівців охорони здоров'я досліджені у наукових працях: І. Бойчук, яка працювала над науковим обґрунтуванням та змістовою характеристикою педагогічних умов професійної підготовки фармацевтів [32; с. 186]; Л. Кайдалової, де досліджено професійну підготовку майбутніх фахівців фармацевтичного профілю [98, с. 7]; Ж. Комарової, що присвячена формуванню професійної компетентності майбутньої медичної сестри [107]; у роботі Т Кудрявцевої розглянуті актуальні питання професійної підготовки майбутніх медичних сестер до розвязання проблемних ситуацій в професійній діяльності [121, с. 51]; О. Лисенко розглядає проблеми формування професійної компетентності майбутніх провізорів у вищих медичних навчальних закладах [137]; у дисертаційному дослідженні Т. Павлюк визначає емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер [178]; І. Радзієвська працювала над формуванням професійної компетентності медичних сестер [217, с. 69]; З. Шарлович досліджувала формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини [275].

Водночас, проблема формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер вивчена недостатньо. У педагогіці відсутні системні

дослідження, присвячені формуванню означеної компетентності, не розроблена модель процесу її становлення в нових соціально-економічних умовах.

Компетентність, як вважають розробники галузевих стандартів на основі компетентнісного підходу, це інтегрована характеристика якостей особистості, результат підготовки випускника ВНЗ для виконання діяльності в певних професійних та соціально-особистісних предметних областях (компетенціях), який визначається необхідним обсягом і рівнем знань та досвіду у певному виді діяльності. Для цілей Національної рамки кваліфікацій термін кваліфікація вживається у такому значенні: компетентності – здатність особи до виконання певного виду діяльності, що виражається через знання, розуміння, уміння, цінності, інші особисті якості [165].

У системі медичної освіти І. Раздієвська наголошує, що професійна компетентність розглядається як інтегративна характеристика особистості, що представлена сукупністю компетенцій у професійній галузі діяльності та дозволяє особистості бути конкурентоспроможною на ринку праці [218].

Відповідно до сучасних методичних рекомендацій щодо розроблення стандартів вищої освіти, *компетентність* – це динамічна комбінація знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти.

Отже, *фахова компетентність* – це комплекс особистісних та професійних якостей, що необхідні для ефективної й результативної професійної діяльності. Фахівцем, який професійно компетентний, можна назвати того, хто на досить високому рівні здійснює свою професійну діяльність, постійно досягає високих результатів у здійсненні поставлених завдань.

Фахова компетентність майбутньої медичної сестри формується під час професійної підготовки у стінах навчального закладу. Розвиваючи питання формування фахової компетентності медичної сестри, зазначимо, що цей процес

є складним і складається з багатьох чинників, а саме: мотивація професійної діяльності; фахові знання, вміння та навички; наявність професійно значущих особистісних якостей. У таблиці 1.2 представлено структуру фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Таблиця 1.2

Структура фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Компонент компетентності	**Зміст компетентності**
Мотивація професійної діяльності	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання
Фахові знання	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань;
Наявність професійно значущих особистісних якостей	– прояв професійно значущих якостей (емоційна рівновага, відповідальність, акуратність, тактовність, чуйність, сумлінність, спостережливість, зібраність, моторність); – володіння навичками спілкування
Фахові вміння та навички	–здатність застосовувати фахові знання на практиці; –сформованість фахових вмінь і навичок

В історичному контексті зазначимо, що раніше використовувались освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ), відповідно до яких процес фахової підготовки майбутніх медичних сестер до виконання встановлених обов’язків у професійній діяльності передбачав формування не тільки знань, вмінь та навичок, а й фахових компетенцій, професійно важливих якостей та здатностей [175].

В аспекті досліджуваної проблеми встановлено, що зміна статусу медичної сестри, розширення її функціональних обов’язків в реалізації сестринської справи викликали необхідність запровадження ступневості медсестринської освіти (медична сестра-молодший бакалавр, бакалавр, магістр), а також перегляд кваліфікаційних характеристик медичних працівників середньої ланки в цілому [35].

У руслі нових вимог кваліфікаційна характеристика медичної сестри об’єднує такі вимоги: здійснювати догляд за пацієнтом через медсестринський процес; забезпечувати підготовку пацієнтів до всіх видів досліджень; виконувати призначення лікаря; надавати потерпілому першу невідкладну допомогу; захищати права та інтереси пацієнта; виконувати професійні функції, пов’язані зі здоров’ям пацієнта відповідно до медсестринського процесу; консультувати та навчати пацієнта з питань, пов’язаних з підтримкою та зміцненням здоров’я, наданням самодопомоги та взаємодопомоги тощо [175].

Кваліфікаційна характеристика медичної сестри-бакалавра вимагає більш самостійної і виваженої діяльності і передбачає такі вимоги: обстеження та оцінку стану здоров’я пацієнта; проведення комплексних діагностичних заходів; спостереження за пацієнтами та контроль динаміки патологічного процесу; здійснення медсестринського процесу; надання невідкладної медичної допомоги; поетапне проведення реабілітаційних заходів [270, с. 119]. Означені види професійної діяльності медичної сестри-бакалавра вимагають не тільки теоретичної обізнаності, сформованості спеціальних умінь і навичок, але й сформованості професійно значущих якостей, які формують фахову компетентність.

Таким чином, чітке розуміння теоретичних основ базових понять: „компетентність”, „компетенція”, „компетентнісний підхід”, „фахова компетентність” дає можливість системно і цілісно розуміти наукову проблематику дослідження.

Отже, виходячи з проведеного аналізу вищезазначених понять, ми дійшли висновку, що *фахова компетентність медичної сестри* – це спроможність випускника медичного навчального закладу відповідати сучасним професійним вимогам медсестринської діяльності в межах окреслених функціональних обов’язків, використовуючи набуті фахові знання, вміння, навички та наявність професійно значущих особистісних якостей..

Фахова компетентність є важливим критерієм якості підготовки фахівців медичного профілю і грунтується на взаємозв'язку особистісних цінностей і

професійних якостей, що визначають спрямованість особистості на здійснення медичної діяльності та вирішення професійних завдань.

Формування професійної компетентності медичного працівника середньої ланки стає пріоритетним напрямом у підготовці висококваліфікованого фахівця. Для формування фахової компетентності майбутнього медичного працівника необхідно забезпечити педагогічні умови, що реалізуються у змісті, формах та методах фахової підготовки медичних сестер упроцесі професійної підготовки у медичних коледжах.

1.3. Професійна підготовка медичних сестер у коледжах

Продовжуючи розгляд теоретико-методичних аспектів формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер, погоджуємось з думкою С. Вишнякової, що професійна підготовка є сукупністю спеціальних знань, умінь і навичок, якостей особистості, трудового досвіду і норм поведінки, що забезпечують можливість успішної праці за обраною професією [48].

У Законі України „Про професійний розвиток працівників" професійна підготовка означена як цілеспрямований процес навчання реальних і потенційних працівників професійним знанням та вмінням з метою набуття умінь та навичок, необхідних для виконання певних видів робіт. Цьому служать різні форми здобуття професійної освіти: навчання у вищих і спеціалізованих навчальних закладах освіти, стажування на курсах підвищення кваліфікації, удосконалення професійної майстерності на виробництві тощо [87].

Професійна підготовка медичних сестер передбачає навчання в медичних навчальних закладах, під час якої відбувається процес оволодіння компетентностями та професійно важливими якостями, що необхідні для роботи в практичній медицині. Професійна підготовка медичної сестри має на меті розвиток творчої індивідуальності, формування сприйнятливості до інновацій, здібностей адаптуватися в мінливому професійному середовищі.

Тому формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі є дуже важливим.

Так, у Концепції розвитку вищої медичної освіти зазначено, що розвиток та реформування національної системи охорони здоров'я потребує підготовки нового покоління висококваліфікованих медичних працівників, впровадження інноваційної діяльності в ринкових умовах [110].

У структурі професійної підготовки медичних сестер у коледжі, в першу чергу, виступає така якість, як професіоналізм. Адже професіоналізм – це відмінна ознака фахівця, що відокремлює його від інших людей. Погоджуємося з науковцем Т. Аболіною, що професіоналізм – це сукупність досягнутих індивідом теоретичних знань, практичного досвіду і професійних навиків у визначеній поділом праці сфері людської діяльності [210]. На думку Н. Аряєва, поняття „професіоналізм" фіксує не тільки рід діяльності, але і „визначає міру оволодіння людиною спеціальними знаннями і практичними навичками, набутими в результаті спеціальної підготовки або досвіду роботи, а також якість знань, що відносяться саме до цієї професії, пов'язаних саме з нею і саме їй властивих" [9, с. 235].

Навчання у коледжі слід розглядати як процес формування якісних основ професійної компетентності на основі діяльної позиції суб'єкта в поєднанні з розвитком ціннісної сфери особистості. У процесі професійної підготовки майбутніх медичних фахівців у медичних коледжах важливо дотримуватися принципів педагогічного співробітництва у вирішенні проблем як професійного, так і особистісного становлення у процесі фахової підготовки: спільності мети, завдань і розуміння проблеми; обміну цінностями, досвідом, при цьому кожна зі сторін отримує певний виток розвитку. Професійна підготовка медичної сестри містить і творчу складову, яка характеризується новизною у професійній діяльності та може виявлятися в особистісній і професійній сфері діяльності [276, с. 125].

Розглядаючи питання професійної підготовки у медичних коледжах, зазначимо, що для підготовки конкурентноздатного медичного фахівця

середньої ланки необхідно постійно працювати над удосконаленням професійних знань, вмінь та навичок, приділяти значну увагу системі формування особистості медичного працівника, де важливе значення має культура спілкування, етикет поведінки, розумова й професійна діяльність, а також психологічна підготовленість до роботи з хворими.

Важливою є й організаційно-методична робота, що містить у собі планування заходів, спрямованих на підвищення рівня санітарно-освітньої роботи, пропаганду здорового способу життя. У процесі професійної підготовки майбутніх медичних сестер велика увага приділяється формуванню навичок професійного спілкування, профілактиці захворювань, правилам медсестринської етики та медичної деонтології, вмінню здійснювати медсестринський процес. Майбутні фахівці повинні адекватно і оперативно діяти у відповідних ситуаціях, вміти надавати невідкладну допомогу, використовуючи досвід особисто набутий і досвід, який передали їм викладачі. Необхідно виховувати у молодих фахівців високу відповідальність за отриманий результат діяльності.

Однією з основних проблем підготовки майбутніх медичних сестер у медичних коледжах є рівень їх професійної підготовленості в умовах конкуренції на сучасному ринку праці. Це стимулює викладачів до пошуку інтенсивних методів навчання: лекції та практичні заняття слід проводити із застосуванням активних та інтерактивних методів навчання, урізноманітнювати аудиторну та позааудиторну самостійну роботу студентів, удосконалювати контроль знань, умінь і навичок студентів та підготовку навчально-методичної документації.

Організація освітнього процесу у медичних коледжах здійснюється у відповідності до вимог діючих основних нормативно-правових актів, які регламентують діяльність з питань організації навчального процесу. Педагогічні колективи коледжів повинні постійно працювати над підвищенням якості знань студентів та формуванням фахової компетентності. Рівень умінь та навичок студентів зі спеціальностей слід перевіряти на підставі результатів складання

диференційованих заліків, екзаменів, контролю практичних навичок та умінь після проходження навчальної, виробничої, переддипломної практик, виконання комплексних контрольних робіт та кваліфікаційних завдань, а також державної атестації.

Практична підготовка студентів у медичних коледжах здійснюється шляхом проходження навчальної практики під керівництвом викладача та виробничої і переддипломної практик на базах лікувально-профілактичних, санітарно-профілактичних закладів під керівництвом методичних й безпосередніх керівників. Завданнями навчальної практики є закріплення студентами теоретичних знань з дисциплін відповідно до навчального плану та набуття ними практичних навичок і вмінь відповідно до кваліфікаційної характеристики Галузевих стандартів вищої освіти.

Аналіз практичної підготовки показав, що важливе значення для практичної підготовки майбутніх медичних сестер має потужна клінічна база. Клінічну навчальну і підсумкову практику студенти проходять на базі місцевих лікарень та лікувальних закладів сусідніх районів. З метою встановлення стану підготовки майбутніх фахівців у медичних коледжах нами було проведено аналіз професійної підготовки у Куп'янському медичному коледжі імені Марії Шкарлетової, Харківському обласному медичному коледжі, Ізюмському медичному коледжі, Медичному коледжі Харківського національного медичного університету та Вовчанському медичному коледжі.

Починається професійна підготовка медичних сестер у медичних коледжах з вивчення загальноосвітніх та фундаментальних дисциплін, де звертається увага на міждисциплінарні зв'язки з медичною професією.

Фахова підготовка медичних сестер здійснюється під час вивчення клінічних дисциплін, з них базовою є „Основи медсестринства", яка вивчається на другому курсі протягом двох семестрів. Дисципліна „Основи медсестринства" передбачає теоретичні, практичні заняття та підсумкову практику під керівництвом викладача, яка проводиться на клінічній базі лікарні.

На третьому і четвертому курсі студенти удосконалюють та закріплюють вже вивчені практичні навички на заняттях з клінічних дисциплін, вивчаючи особливості кожної з дисциплін („Медсестринство у внутрішній медицині", „Медсестринство в хірургії", „Медсестринство в педіатрії" тощо). Після вивчення цих дисциплін студенти проходять виробничу практику, а на четвертому курсі перед державними екзаменами – переддипломну практику на базі лікувальних установ.

Для первинного практичного ознайомлення і відпрацювання передбачених програмою практичних навичок і вмінь заняття проводяться у кабінеті доклінічної практики з метою засвоєння їх на фантомах та муляжах, з елементами рольових або ділових ігор, імітуючи виконання маніпуляції один на одному, максимально наближаючи клінічну ситуацію до реальних умов стаціонару.

Розпочинаючи безпосереднє відпрацювання практичних навичок з даної теми, студенти повинні суворо дотримуватись правил асептики, антисептики та особистого захисту, етапності виконання маніпуляції. Для цього потрібно навчити студентів: підготувати маніпуляційний кабінет до роботи, накривати стерильний стіл; правильно користуватися ним; нічого не брати з нього руками, а тільки робочими стерильними інструментами; виконувати ін'єкції тільки одноразовими шприцами з використанням стерильного матеріалу; дотримуватись послідовності виконання кожної дії згідно алгоритму; використовувати необхідні антисептики і лікарські засоби; після закінчення маніпуляції вміти правильно провести дезінфекцію використаного матеріалу та інструментарію, зробити відмітку у листку лікарських призначень про проведену маніпуляцію.

Виконуючи, наприклад, техніку виконання внутрішньошкірної ін'єкції необхідно користуватись тими інструментами, матеріалами та розчинами, якими користуються в умовах стаціонару, тобто наближати ситуацію, яка вивчається, до умов лікарні. Виконання власне техніки ін'єкції можна

проводити на тренажерах, макетах та один на одному, використовуючи спеціальні накладки на руку.

Зауважимо, що тільки після досконало відпрацьованої самостійної практичної діяльності в кабінетах доклінічної практики та у тренажерному кабінеті, стає можливим удосконалення виконання практичних навичок в умовах стаціонару. На базах проходження практики студенти можуть спостерігати за діями медичного персоналу, допомагати медсестрі, брати участь у виконанні певних процедур під наглядом медичних працівників. Діяльність студентів в умовах стаціонару буде оцінюватись не тільки медичним персоналом лікарні та викладачами-клініцистами, але й пацієнтами, а тому допустити студента до виконання маніпуляції хворому можна лише при досконалій підготовці. Однак, засвоєння навичок, наприклад із виконання техніки ін'єкції, не закінчується лише вивченням теми „Внутрішньошкірні ін'єкції", а досягається також за допомогою внутрішньопредметної інтеграції.

На базах лікувальних закладів під час проходження практики передбачається робота в усіх відділеннях з виконанням діагностичних і лікувальних процедур, догляду за пацієнтами відповідно до програми проходження практики. Удосконалити практичну діяльність до автоматизму студент може під час проходження підсумкової, виробничої і переддипломної практики.

Вивчаючи професійну підготовку медичних сестер у коледжах ми переконались, що слід використовувати комплекс методичних заходів, які дозволятимуть формувати у них безперервне зростання професійної зацікавленості. Навчальний матеріал повинен подаватися доступно, слід використовувати різноманітні методи, прийоми та форми навчання, на практичних заняттях треба максимально наближати студентів до умов стаціонару, формувати професійну відповідальність, проводити нестандартні заняття. Під час таких занять студенти активно працюють на занятті, висловлюючи свої думки, гіпотези, висновки щодо окремих питань. Майбутні

медичні працівники повинні бути активними учасниками навчального процесу, значна частина якого відводиться на самостійну роботу.

Практика викладання предметів професійного спрямування показує, що успіх залежить також від своєчасного планування та глибокого вивчення клінічних дисциплін, проходження практики на базі лікувально-профілактичних закладів. Це сприяє міцнішому утворенню міжпредметних зв'язків і чіткому розумінню науки про людину [228, с. 219].

При проходженні практики студенти зобов'язані: повністю виконати завдання, передбачені програмою практики; виконувати діючі в організації, підприємстві або закладі правила внутрішнього трудового розпорядку; вивчити і суворо дотримуватись правил охорони праці, техніки безпеки і виробничої санітарії; нести відповідальність за доручену роботу, її результати нарівні зі штатними працівниками; вести щоденник практики, іншу звітну документацію, передбачену програмою з практики.

Науковою роботою займаються студенти, які мають здібності до аналітичної, творчої роботи. Вони беруть участь у наукових конференціях, олімпіадах, наукових семінарах, виконують завдання в межах наукових досліджень кафедр, працюють у наукових гуртках. Їх творча самостійна робота керується рекомендаціями, порадами науково-педагогічних працівників, конкретними завданнями щодо виконання окремих видів діяльності.

На сучасному етапі слід використовувати такі форми і методи, які зможуть забезпечити високу пізнавальну активність студентів і покращити їх рівень знань, вмінь та навичок. У педагогіці широко використовуються інноваційні форми навчання, які покликані перетворити саме зміст діяльності педагога, до яких ми відносимо активні та інтерактивні методи. Поступово відбувається процес орієнтації студентів на використання саме цих методів і технологій. Тому першочерговим завданням стає застосування нових методів у навчанні, нових підходів до організації та проведення занять і самостійної роботи. Сучасність показує, що активні та інтерактивні форми і методи навчання в першу чергу повинні бути спрямовані на вироблення у студентів

необхідних знань і умінь в процесі осмисленої, змістовної і цікавої для них діяльності з використанням матеріальних та інформаційних об’єктів.

Нестандартні заняття як сучасні форми навчання є одним із важливих засобів, що формує у майбутніх фахівців високий інтерес до навчальної діяльності. Вони також сприяють зняттю напруги, допомагають у виробленні навичок навчальної діяльності, впливають на емоційному рівні. Завдяки цьому у студентів формуються міцніші і глибші знання та вміння.

Тому активні та інтерактивні форми і методи навчання можуть бути представлені такими типами нестандартних занять:

– навчальне заняття у формі гри або змагання (ділові, рольові, КВК, вікторина, турнір, конкурс тощо);

– заняття-дослідження, заняття-інтерв’ю, заняття-коментар, заняття-аналіз;

– заняття з нетрадиційною формою вивчення матеріалу (гурткове заняття,заняття з груповою формою роботи, заняття-семінар);

– заняття, що носять характер публічних форм спілкування (дискусія, діалог, круглий стіл, прес-конференція тощо);

– практичне заняття , яке імітує діяльність лікувальних установ (стаціонар лікарні, поліклініка, суд, вчена рада);

– заняття-творча фантазія.

Використання у процесі фахової підготовки медсестер активних та інтерактивних методів навчання передбачає як застосування ділових та рольових ігор, так і моделювання професійно-орієнтованих ситуацій, завдань, що вимагають нестандартного підходу до їх розв’язання у процесі реалізації ситуаційних вправ, методів ігрового проектування, методу ситуаційного навчання, мультимедійних засобів, конференцій, „методу клініки”, кейс-методу, методів „мозкової атаки”, моделювання життєвих ситуацій, загальне вирішення проблем, а також методу спроб та помилок, методу аналізу та аналогій, суперечностей, морального вибору, диспуту, дискусії тощо. При використанні на занняттях ділових ігор, їх об’єднують єдині вимоги: тема, постановка цілей

та завдань гри; визначення змісту гри; розподіл ролей між учасниками гри; створення умов для проведення гри; забезпечення необхідним оснащенням; взаємодія студентів у ході проведення ділової гри.

Основною метою використання активних та інтерактивних методів є підвищення пізнавальної діяльності та активності студентів, актуалізація опорних знань, індивідуалізація навчального процесу, надання можливості самостійного осмислення студентами значення отриманих знань для використання їх на практиці.

У ході дослідження шляхом анкетування, опитування та спостереження виявлено, що на процес формування професійних компетентностей та професійно важливих якостей майбутніх фахівців впливають такі фактори: професійна спрямованість змісту навчання; професійний інтерес; здібності до оволодіння майбутньою професією; чітка мотивація навчання; уміння навчатися самостійно; потреба у самовдосконаленні; вибір і застосування викладачами ефективних форм, методів і засобів навчання, застосування активних та інтерактивних методів навчання тощо.

У процесі професійної підготовки медичних сестер у медичних коледжах існують деякі труднощі. За результатами проведеного анкетування викладачів професійно-орієнтованих дисциплін ми виявили, що не всі педагоги на практичних заняттях використовують активні та інтерактивні методи навчання. Більшість із них обмежуються демонстрацією практичних навичок та вимогою повторити ці навички студентами. Таким чином, студентами не засвоюється виконання дій до рівня автоматизму, вони не завжди можуть знайти вірне рішення у нестандартних фахових клінічних ситуаціях.

Проблемою професійної підготовки медсестер є й те, що викладачі не завжди розуміють різницю між формуванням практичної навички і професійного вміння. Адже, вивчаючи професійну дію на рівні практичної навички, студенти не можуть пов’язувати її виконання з конкретною виробничою ситуацією, з робочим місцем, із лікарняним обладнанням, не

можуть надати реальної невідкладної допомоги тощо. Тому ступінь практичної підготовки студентів повинен відповідати рівню професійного вміння.

Через недостатність та недосконаліть навчально-методичної літератури, педагогічні колективи коледжів шукають вихід з ситуації у розробці і випуску власних підручників і посібників. Однак, навчально-методичні видання повинні мати гриф МОН України, а особисті надбання кожного навчального медичного закладу залежать від компетентності розробників.

На підставі проведеного аналізу ми вважаємо, що на рівень підготовки медичних сестер також впливає неоднозначне трактування правильності виконання практичних навичок різними викладачами через відсутність єдиних підручників і стандартів.

Гарантом якісної підготовки медичної сестри однаково високого рівня могла б стати наявність єдиних кваліфікаційних вимог на рівні інструкцій. Алгоритмізація може стати одним із засобів стандартизації підготовки майбутніх медичних сестер. Професійно обґрунтований алгоритм виконання окремо взятої дії, дозволяє бездоганно виконати поставлене завдання, а комплекс алгоритмів, згідно з професіограмою, дає змогу стандартизувати як професійну підготовку, так і майбутню професійну діяльність медичної сестри. Наявність алгоритмічних стандартів дасть змогу виключити різноманітність тлумачень виконання окремих дій як на етапі підготовки фахівців, так і в практичній роботі; уніфікувати їх підготовку різними навчальними закладами. Разом із тим, будь-які стандарти повинні постійно змінюватись, доповнюватись і удосконалюватись згідно наукових досягнень у кожній галузі. Подальше дослідження ми вбачаємо у розробці стандартів підготовки майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Аналізуючи сучасний стан професійної підготовки медичних сестер у коледжах ми бачимо, що майбутні фахівці отримують знання та вміння відповідного рівня, але не завжди спроможні забезпечити якісне виконання професійних обов’язків. У зв’язку з новими вимогами до медсестринської діяльності, проблема якісної підготовки майбутніх медичних сестер у коледжах,

формування їх професійної компетентності в умовах сьогодення набула особливої важливості. Реалізація цього завдання можлива за умови комплексної діяльності за такими напрямами:

– підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії;

– застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання;

– організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

Таким чином, підготовка майбутніх медичних сестер на сучасному етапі ще не повністю відповідає внутрішнім потребам практичної охорони здоров'я і міжнародним стандартам, які висуваються до фахівців даної кваліфікації. Стан медсестринства в Україні у сучасних умовах дозволяє здійснювати підготовку кваліфікованих медичних сестер, як молодших спеціалістів, помічників лікаря, однак для досягнення рівня світових вимог, де медсестринство є важливою самостійною медичною галуззю, слід зробити ще немало.

Проводячи аналіз професійної підготовки майбутніх медичних фахівців у медичних коледжах, ми виявили певні недоліки:

– недостатній рівень професійної підготовки медичних сестер відповідно до сучасних вимог суспільства та рівня фахової компетентності;

– неможливість досягти підвищення якості фахової підготовки медичних сестер із застосуванням лише традиційних методів навчання;

– недостатнє упровадження активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки майбутніх медичних сестер та недостатня розробленість відповідного методичного забезпечення;

– педагогічний потенціал активних та інтерактивних методів навчання і недостатнє його використання у процесі фахової підготовки.

Вище зазначені недоліки можливо усунути за умов удосконалення фахової підготовки майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Висновки до першого розділу

У розділі здійснено науковий аналіз проблеми формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах:

1. Вивчено стан досліджуваної проблеми у психолого-педагогічній літературі; здійснено теоретичний аналіз особливостей зарубіжної та вітчизняної фахової підготовки медичних сестер; створено матрицю фахової підготовки медичних сестер в США, Польщі, Німеччині та Україні; проведено аналіз становлення закладів освіти для медичних сестер в Україні; виокремлено особливості фахової підготовки медичних сестер в США, Польщі, Німеччині та Україні; проаналізовано кваліфікаційні характеристики медичних сестер і виділено їх функціональні обов'язки; зроблено аналіз галузевих стандартів вищої освіти на основі компетентнісного підходу.

Здійснений теоретичний аналіз особливостей зарубіжної та вітчизняної фахової підготовки медичних сестер показав відмінність у медичній освіті в США, Німеччині, Польщі та Україні: різні терміни підготовки, кваліфікації медичних сестер, складність програм та обсяг практики. Вітчизняна підготовка медичних сестер багатопрофільна і має відповідні переваги (можливість працювати у будь-якому відділенні лікувального закладу). Але медсестра в Україні не має тих фахових можливостей, які мають медичні сестри у досліджуваних нами країнах зарубіжжя (вони є порадниками лікаря, мають можливість приймати рішення, робити призначення пацієнтам). Медсестринська освіта в Україні поступово розвивається, стає більш якісною і затребуваною на ринку праці у країнах Європи. Але фахова підготовка медичних сестер потребує подальшого удосконалення.

Проведений аналіз наукової літератури, вивчення зарубіжного та вітчизняного досвіду підготовки медичних сестер дав підстави виявити суперечності між: сучасними запитами суспільства щодо підготовки медичних сестер із високим рівнем фахової підготовки зі сформованими особистими й

професійними якостями та недостатнім рівнем сформованості фахової компетентності під час професійної підготовки; професійними вимогами, які висуваються до медичної сестри в сучасних умовах розвитку охорони здоров'я, та недостатньо вивченим обґрунтуванням структурно-функційної моделі їхньої професійної підготовки; підвищеними потребами до якості підготовки медичних сестер і недостатньою розробленістю педагогічних умов формування їхньої фахової компетентності.

2. З'ясовано суть поняття „компетентність", „компетенція", „фахова компетентність", визначено поняття „фахова компетентність майбутньої медичної сестри".

Фахова компетентність майбутньої медичної сестри – це спроможність на момент закінчення навчання у медичному коледжі відповідати сучасним професійним вимогам шляхом якісного здійснення медсестринської діяльності в межах окреслених функціональних обов'язків, використовуючи набуті фахові знання, вміння, навички та наявність професійно значущих особистих якостей.

3. Здійснено аналіз фахової підготовки медичних сестер у коледжах та виявлено її особливості, зокрема, особливості професійної підготовки медичних фахівців у медичних коледжах та обставини, що впливають безпосередньо на процес формування фахової компетентності студента медичного коледжу.

За результатами проведеного аналізу професійної підготовки виявлено недоліки в існуючій системі підготовки медичних сестер у коледжах, а саме: недостатній рівень професійної підготовки медичних фахівців відповідно до сучасних вимог суспільства до рівня фахової компетентності медичних фахівців; неможливість досягти підвищення якості професійної підготовки випускників медичних коледжів із застосуванням лише традиційних методів навчання; недостатнє упровадження активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки майбутніх фахівців та недостатня розробленість відповідного методичного забезпечення; педагогічний потенціал активних та інтерактивних методів навчання і недостатнє його використання у процесі фахової підготовки.

– Таким чином, у дослідженні доцільно упроваджувати заходи з підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів”, майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосовувати інтерактивні методи викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організовувати самостійну роботу студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

Результати дослідження відображено в публікаціях:

– **Поєдинцева Л. Л.** Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія №13 Проблеми трудової та професійної підготовки: Зб. наук. праць. К.: НПУ імені Драгоманова, 2012. Вип. 20. С. 105–113.

– **Поєдинцева Л. Л.** Роль компетентнісного підходу в професійній підготовці молодших медичних спеціалістів. *Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів*: зб. матеріалів обласної науково-практ. конф., 28 січня 2014 р./ ХОДА ДОЗ, КЗОЗ Харк. баз. мед. коледж №1; за заг. ред. Т. Г. Парафейник. Х.: ХБМК №1, 2014. С. 144–151.

РОЗДІЛ 2
ОБГРУНТУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

2.1. Наукове обґрунтування та змістова характеристика педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Формування фахової компетентності медичних сестер у коледжах на етапі дослідження фахової підготовки зумовило обґрунтування та реалізацію педагогічних умов. З метою обґрунтування педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у коледжах розглянемо розуміння сутності понять „умова" та „педагогічна умова".

У дослідженнях науковців Т. Березівської [24], О. Дурманенко [80], Н. Іполітової [93], Л. Лазарчук [130] та ін. обґрунтовно роль педагогічних умов у структурі наукового дослідження. Науково-педагогічні праці Т. Гуцан [72], А. Зубко [90], О. Михайловського [155], Н. Олійник [172] та ін. присвячені різним видам педагогічних умов підготовки майбутніх фахівців до професійної діяльності. У своїх дослідженнях Г. Голубова [61] охарактеризувала педагогічну умову як педагогічне явище. Науковець В. Бєліков [22] розуміє під педагогічними умовами сукупність можливостей змісту, форм і методів педагогічного процесу.

Отже, подальше дослідження направлене на обґрунтування педагогічних умов у контексті формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Проведений аналіз науково-педагогічної літератури дає можливість стверджувати, що немає єдиного визначення поняття „умова". Дослідники Н. Іполітова [93], І. Матійків [144] та ін. мають різне бачення дефініції „умова" і розглядають її з різних точок зору. Науковці розглядають це поняття, як філософську категорію, яка виражає відношення предмета до навколишніх явищ дійсності, без яких він існувати не може; умова є обов'язковим

складником того середовища, в якому воно виникає, існує і розвивається [254, с. 497]; а також, як істотний компонент комплексу об’єктів, із наявності яких виявляється існування певного явища [256, с. 707].

Згідно з визначенням у новому українському тлумачному словнику дефініція „умова” означає: „необхідну обставину, що уможливлює здійснення, утворення чогось або сприяє чомусь”; „обставини чи особливості реальної дійсності, за яких відбувається або здійснюється щось”; „правила, що існують чи встановлені в певній галузі життя, які забезпечують нормальну роботу, діяльність; правила, вимоги, виконання яких забезпечує щось”; „сукупність даних, положення, що лежать в основі чого-небудь” [168, с. 536].

Зазначимо, що у Філософському словнику (за редакцією М. Фролова) умова вважається філософською категорією, яка передає зв’язок предмета з навколишніми явищами, без яких він існувати не може. На відміну від причини, що безпосередньо породжує те або інше явище чи процес, умова формує те середовище, оточення, в якому останні виникають, існують та розвиваються [253, с. 332]. У Філософському словнику (за редакцією В. Шинкарука) поняття „умова” визначається як категорія, в якій відображено універсальні відношення речі до тих факторів, завдяки яким вона виникає й існує [254, с. 703].

Поняття „умова” як обстановку, в якій щось відбувається розуміє С. Ожегов [171]. Дослідник О. Пєхота [184] розглядає умову як категорію, що визначається як система певних форм, методів, матеріальних умов, реальних ситуацій, які об’єктивно склалися чи суб’єктивно створені, необхідні для досягнення конкретної педагогічної мети.

Проводячи аналіз поняття „умова” ми дійшли висновку, що воно є загальнонауковим і включає в себе наявність сприятливих обставин, що уможливлюють або сприяють досягненню мети.

Досліджуючи поняття „педагогічна умова”, зазначимо, що у вчених-педагогів існують різні підходи до визначення змісту цього поняття. Так, О. Назарова педагогічні умови розглядає як сукупність об'єктивних можливостей, змісту, форм, методів, педагогічних прийомів і матеріально-

просторового середовища, які спрямовані на розв'язання дослідницьких завдань [162]. В. Бєліков визначає педагогічні умови як сукупність можливостей змісту, форм і методів педагогічного процесу [22].

Науковець Є. Хриков проаналізував природу, сутність, значення та місце педагогічних умов у структурі педагогічних досліджень. Ним доведено, що педагогічні умови є штучними, тобто створені педагогом і їх доцільно „визначати через поняття обставини, а не фактори" та висвітлено як „обставини, які обумовлюють певний напрям розвитку педагогічного процесу". На його думку, педагогічні умови взаємодіють з педагогічними законами й закономірностями, „є локальним проявом закономірностей, принципів та правил" тощо [257]. Наприклад, А. Багдуєва вважає, що педагогічні умови слід розглядати як обставини процесу навчання і виховання, які є результатом цілеспрямованого відбору, конструювання і застосування елементів змісту, методів, а також організаційних форм навчання з метою досягнення дидактичних цілей [14, с.12].

Так, під педагогічними умовами Т. Яблонська розуміє взаємозумовлену сукупність компонентів, які забезпечують успішну реалізацію рольової перспективи як стратегії підвищення якості підготовки [291, с. 129]. Дослідники Р. Серьожникова, Н. Пархоменко і Л. Яковицька розглядають педагогічні умови як сукупність об'єктивних можливостей, змісту, форм, методів, педагогічних прийомів [229, с. 40].

Дослідники Н. Іпполітова та Н. Стерехова [93, с. 8] педагогічні умови характеризують як один із важливих компонентів педагогічної системи, які відображають сукупність можливостей освітнього та матеріального середовища, що суттєво впливають на особистісний та процесуальний аспекти педагогічної системи, повністю забезпечуючи її ефективну діяльність та розвиток.

Зазначимо, що науковцями класифіковано педагогічні умови як організаційно-педагогічні (сукупність послідовно побудованих можливостей змісту, форм, методів педагогічного процесу), психолого-педагогічні

(сукупність послідовно побудованих взаємопов’язаних можливостей освітнього та матеріального середовища, спрямованих на розвиток певних рис особистості) та дидактичні (наслідок цілеспрямованого відбору й використання різноманітних прийомів для досягнення дидактичної мети) [93].

Зокрема, Н. Лантух називає педагогічні умови формування інформаційної культури комплексом заходів, спрямованих на інформатизацію освітнього простору. Цей комплекс включає: розробку змісту освіти на основі інтеграції нових інформаційних технологій; упровадження в освітній процес не лише традиційних проблемних та ігрових методів навчання, а й методів, заснованих на застосуванні нових інформаційних технологій (комп'ютерне моделювання, технології локальних і мережевих баз даних); розвиток внутрішньоособистісної готовності студентів до формування інформаційної культури шляхом виявлення і використання стимулів активізації пізнавальної діяльності студентів із застосуванням нових інформаційних технологій, які вибираються в залежності від типу особистості; вироблення певного стилю педагогічної діяльності викладачів, зорієнтованого на формування інформаційної культури у студентів [132, с. 9].

На нашу думку, до педагогічних умов відносяться ті умови, які спеціально формуються в освітньому процесі і повинні зумовлювати найефективніший перебіг даного процесу. У ході наукового дослідження нами констатовано, що кожен дослідник пропонує своє власне розуміння педагогічних умов у залежності від об’єкту та виду педагогічної діяльності в контексті досліджуваної проблеми.

Таким чином, спираючись на наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників (А. Багдуєва [14], В. Бєліков [22], Л. Загребельна [83], Н. Лантух [132], О. Назарова [162], С. Ожегов [171], О Пєхота [184], Р. Серьожникова [229], Є. Хриков [261]) у нашому дослідженні визначено *педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер* як своєрідні, спеціально створені обставини, що містять комплекс взаємопов’язаних заходів, необхідних для організації освітнього процесу із застосуванням різних

педагогічних засобів та методів, які зумовлюють якісні зміни в готовності медичних сестер до роботи за фахом.

Наступним етапом нашого дослідження стало обґрунтування педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах шляхом аналізу психолого-педагогічних наукових джерел. Основою для визначення педагогічних умов стали такі методологічні підходи: *системний, ресурсний, діяльнісний, компетентнісний*.

Системний підхід дає змогу здійснити поділ складних явищ дійсності на частини або елементи, визначити способи організації окремих частин (елементів) системи в єдине ціле, взаємопідпорядкувати елементи системи і їх взаємодію. Він реалізує на практиці принцип цілісного розгляду явищ у взаємозв'язку. Згідно з цим підходом навчання досліджується як цілісна система, компонентами якої є мета, зміст, методи, засоби, форми і результати навчання. Останнім властиві внутрішні зв'язки, внаслідок яких виникає нова якість, непритаманна окремим елементам. Зміна одного чи кількох компонентів може вплинути на характер усієї системи навчання [273].

Зазначимо, що комплексне забезпечення процесу формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах грунтується на реалізації системного підходу. Системний підхід розкривається шляхом використання сукупності методів і практичних прийомів вирішення проблем з урахуванням усіх основних факторів та явищ, що впливають на проблему.

Так, на думку О. Авраменко [1], у зв’язку з підвищенням освітніх вимог до якісної фахової підготовки студентів задля професійного росту і мобільності в умовах розвитку інноваційних технологій у медицині виникає необхідність пошуку та застосування ефективних технологій навчання, що сприяють удосконаленню у студентів фахової компетентності як результату реалізації компетентнісного підходу.

Фахова компетентність майбутніх медичних сестер у медичних коледжах формується у процесі їхнього навчання, а професійно орієнтовані дисципліни покликані забезпечити процес фахової підготовки студентів, зокрема: „Основи

медсестринства", „Медсестринська етика та деонтологія", „Громадське здоров'я та громадське медсестринство", „Історія медицини та медсестринства" та ін.

Використання системного підходу передбачає поєднання структурних складників розробленої структурно-функційної моделі, а також об'єднує такі науково-методологічні підходи як ресурсний, компетентнісний, діяльнісний, оскільки використання моделі в освітньому процесі передбачає спільну діяльність викладачів і студентів.

Системний підхід передбачає урахування різних аспектів зв'язків між різними дисциплінами у підготовці майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах, відтак він є основою для реалізації ресурсного підходу, який сприяє реалізації навчання, зорієнтованого на пошук і розвиток потенційних можливостей кожної майбутньої медичної сестри.

Ресурс визначається як сукупність об'єктивно існуючих умов і засобів, необхідних для реалізації потенційних можливостей суб'єкта педагогічного процесу. Ресурси поділяються на зовнішні (засоби й умови) і внутрішні − індивідуальні та колективні. Ресурсний підхід узгоджує зовнішні і внутрішні індивідуалізовані ресурси особистості на засадах реалізації особистісної зорієнтованості професійної освіти, забезпечення професійного індивідуального розвитку суб'єкта, позитивного зворотного зв'язку. В основі ресурсного підходу лежить принцип відповідності завдань до наявних і необхідних ресурсів [134].

На думку Л. Суховірської ресурсне навчання є комплексом методів та засобів навчання, спрямованих на цілісний підхід до організації навчального процесу, який зорієнтований не тільки на засвоєння знань і набуття навичок, але і на тренінг здібностей самостійного й активного перетворення середовища шляхом пошуку і практичного застосування ресурсів [243, с. 84–88].

Важливим у структурно-функційній моделі, що використана для підготовки майбутніх медичних сестер у медичних коледжах, визначено

діяльнісний підхід, який ґрунтується на тому, що будь-яка діяльність людини відбувається через усвідомлення необхідності цієї діяльності.

Сутність діяльнісного підходу полягає в тому, як навчитися вчитися, стимулювати мисленнєві та пізнавальні процеси, актуалізувати творчий потенціал студентів. Діяльнісний підхід дав змогу досліджувати здатність особистості до саморозвитку, формувати вміння орієнтуватися в безперервному потоці інформації, обирати стратегію для досягнення визначених цілей. Як довели науковці-психологи [39, с. 89], увесь розвиток особистості відбувається у процесі діяльності через усвідомлення її необхідності та важливості, а також своєї ролі в ній на основі діалогічного емоційного контакту з іншими людьми.

У застосуванні діяльнісного підходу враховувалась необхідність співвідношення професійних знань і реального професійного досвіду студентів, процесу набуття фахових знань та їх засвоєння, що сприяло формуванню фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах як результату реалізації компетентнісного підходу.

Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер передбачає залучення студентів до моделювання клінічних ситуацій на практичних заняттях та до удосконалення практичної діяльності в умовах стаціонару лікувально-профілактичного закладу (як елемент дуального навчання). Завдяки таким умовам відбувалась оптимізація здатності студентів встановити зв’язок між фаховими знаннями, ситуацією і готовністю майбутніх медичних сестер здійснювати певні дії за фахом. Отже, поєднання у структурно-функційній моделі діяльнісного та компетентнісного підходів спрямовувалось на підготовку студентів до використання отриманих фахових знань у процесі теоретичної та практичної діяльності.

Особливостям упровадження компетентнісного підходу у практику навчання присвячено роботи С. Бухальської [40], І. Драча [77], Е. Зеєра та Е. Симанюк [88], Л. Кайдалової [96], О. Пометун [207], М. Стрюкова [239] та ін.

Однією із причин для застосування компетентнісного підходу під час формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах є недостатній досвід у застосуванні знань та умінь в процесі прийняття важливих рішень у фахових ситуаціях. Так, на думку І. Зязюна, головною метою вищої освіти має бути становлення цілісної і цілеспрямованої особистості, готової до вільного гуманістично-орієнтованого вибору та індивідуального інтелектуального зусилля, що володіє багатофункціональними компетентностями [91, с. 13].

Виокремлюючи у структурно-функційній моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах компетентісний підхід, враховувалося, що загальною ідеєю є компетентнісно-орієнтована освіта, спрямована на комплексне засвоєння знань і способів практичної діяльності, завдяки яким людина успішно реалізує себе в різних галузях своєї діяльності, зокрема медичної. Так, О. Савченко [224, с. 17–23] зазначила, що компетентний фахівець відрізняється від кваліфікованого тим, що він реалізує у своїй роботі професійні знання, вміння та навички; завжди саморозвивається; вважає свою професію великою цінністю.

Компетентнісний підхід як напрям модернізації освіти обґрунтували науковці В. Болотов та В. Сєріков [33, с. 7]. На їх думку, саме в компетентнісному підході відображено зміст освіти, що не зводиться до знаннєво-орієнтованого компонента, а передбачає набуття цілісного досвіду вирішення життєвих проблем, виконання ключових функцій, соціальних ролей, вияв компетенцій. Компетентнісний підхід зумовлює не інформованість студента, а розвиток умінь вирішувати проблеми, які виникають у життєвих ситуаціях. Дослідник А. Хуторський [262] зазначає, що компетентнісний підхід акцентує увагу на результатах освіти, причому результат освіти розглядається не як сума засвоєної інформації, а як здатність людини діяти у різних проблемних ситуаціях.

Про необхідність застосування компетентнісного підходу у структурно-функційній моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних

сестер свідчить те, що його використання дає змогу: готувати кадри відповідно до динамічних змін ринку, його вимог, що зумовлює мету та зміст професійної підготовки фахівця; розглядати та деталізувати спільну мету – професійну компетентність як сукупність певних компетентностей, що до неї входять; змістовно, продуктивно й інструментально зв'язувати мету, зміст, процес; спрощувати і робити конкретним взаємозв'язок дидактичних умов, проектування навчального й управлінського процесів; зробити методику навчання конкретною, посилюючи її прикладну спрямованість; у проектуванні навчального процесу з профілюючих дисциплін дає змогу змінити процес формулювання цілей професійної підготовки, що сприяє підвищенню якості навчання та його продуктивності [131, с. 46].

Вважаємо, що доцільно застосувати для формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах компетентнісний підхід, оскільки він дозволяє викладачеві формувати у процесі навчання студентів такий комплекс компетенцій, завдяки яким студенти отримають необхідні фахові знання, вміння та навички.

Для виокремлення *першої педагогічної умови* було проведено огляд науково-методичної та законодавчої літератури з досліджуваної проблеми [30, 45, 78, 86, 112, 133; 159, 214, 236, 272, 291], який показав, що у процесі фахової підготовки студентів велику роль відіграє рівень методичної підготовленості викладачів.

Викладач в умовах сучасності повинен направити свою діяльність на формування наукового мислення, розвиток внутрішньої особистої потреби у постійному саморозвитку, самоосвіті впродовж усього життя. На актуальності даної проблеми наголошено в документах щодо реформування освітньої галузі, зокрема в Законі України „Про вищу освіту" та у Проекті Концепції розвитку освіти України на період 2015 – 2025 років [86; 214].

Окреслюючи сучасні підходи до організації навчального процесу, у Проекті Концепції розвитку освіти України на період 2015 –2025 років зазначається на необхідності розробити сукупність принципово нових моделей

підвищення професійної кваліфікації викладачів, що ґрунтується на поліваріантності схем організації та змісту навчання, просування кращих освітніх практик [214].

Так, О. Монастирська вважає, що педагогу належить важлива соціальна функція в передачі знань і вмінь, тому формування методичної компетентності викладача є необхідною компонентою його фахової підготовки. Методична компетентність передбачає оволодіння знаннями методологічних і теоретичних основ методики навчання різних предметів, концептуальних основ структури і змісту засобів, уміння застосувати знання в педагогічній і громадській діяльності, виконувати основні професійно-методичні функції [159, с. 284].

На думку Г. Соатової, викладачеві професійного навчання ставляться вимоги: розробка методик викладання предметів; планування, організація і проведення занять; рішення проблем, що виникають в процесі навчання; залучення та активізація до навчання; висока культура спілкування; впровадження в навчальний процес інноваційних досягнень; застосування теоретичних знань в практиці; розвиток самостійної і творчої діяльності; ефективна організація самостійної роботи; постійне підвищення кваліфікації. Виконання цих вимог вимагає від викладача високого педагогічної майстерності та творчих здібностей [236, с. 134–138].

Сучасний дослідник В. Чорноус вважає, що філософські й психолого-педагогічні дослідження на сучасному етапі мають тенденцію до переходу від розробки загальної теорії творчості до перетворення шляхів навчання творчій діяльності. Однак у самій проблемі навчання творчості закладено внутрішні протиріччя. Феномен творчості передбачає створення якісно нового явища, яке раніше не існувало. Тому не можна навчати тому, що не створено, але можна навчити механізмам його створення, сформувати здатність до творчої діяльності, її рушійні мотиви [272, с. 17-18].

Спираючись на Закон України „Про вищу освіту” [86], Проект Концепції розвитку освіти України на період 2015 – 2025 років [214] та досвід науковців-дослідників: Н. Богданової про сучасний підхід при викладанні професійно-

орієнтованих дисциплін та сучасні інтерактивні методики при викладанні спеціальних дисциплін [30]; К. Віаніс-Трофименко та Г. Лісовенко щодо підвищення професійної компетентності педагога [45]; І. Дроздової відносно методики викладання, педагогіка та психологія вищої освіти [78]; В. Копетчук стосовно формування науково-педагогічної еліти з медсестринства в медичних навчальних закладах [112]; Т. Лебединець щодо педагогічних засад організації науково-методичної діяльності викладачів медичних училищ [133]; О. Монастирської про умови вдосконалення методичної компетентності педагога [159]; Г. Соатової про вимоги до викладача щодо високої педагогічної майстерності та творчих здібностей [236]; В. Чорноус стосовно активного залучення майбутніх учителів до творчої діяльності [272]; Т. Яблонської щодо створення педагогічно керованого середовища [291] було визначено першу педагогічну умову – *підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії.*

Обґрунтовуючи першу педагогічну умову, наголошуємо на тому, що для удосконалення методичної роботи викладачів слід збагачувати тематику методичних циклових комісій; організувати по-новому діяльність щодо підвищення педагогічної майстерності викладачів: „модель безперервного тренінгу", методи фасілітації, модерації; організовувати „круглі столи", майстер-класи; розробити і ввести тренінг для викладачів „Активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки медсестер".

Для реалізації першої умови нами було проведено такі заходи, як: засідання циклових предметних комісій із збагаченням їх тематики; організовано заходи щодо підвищення педагогічної майстерності викладачів: „модель безперервного тренінгу" (Konstanzer Trainingsmodell), методи фасілітації, модерації; участь у семінарах та конференціях; „круглі столи": „Професійні проблеми. Визначення шляхів їх усунення"; „Активні та інтерактивні методи навчання в процесі фахової підготовки медичних сестер"; майстер-класи; створено навчально-методичне забезпечення занять, розробка і

введення тренінгу для викладачів „Застосування активних та інтерактивних методів навчання в процесі викладання фахових дисциплін”.

На засіданнях циклових предметних комісій заплановано освітні інновації; розроблено методичні рекомендації до роботи на заняттях („Методичні рекомендації викладачам щодо організації самостійної роботи студентів як одного з активних методів навчання”; „Методичні рекомендації студентам щодо організації самостійної роботи”), посібники („Збірник алгоритмів до виконання практичних навичок”; „Збірник тестів для модульного контролю”; „Щоденник для практичних занять”; „Щоденник навчально-виробничої практики у складі виїзних лікарських бригад станції швидкої та невідкладної медичної допомоги”); розглянуто й обговорено створені методичні розробки; підвищується ефективності викладання шляхом широкого використання активних та інтерактивних методів навчання, сучасних інформаційних та особистісно-орієнтованих педагогічних технологій; розглянуто питання пошуку шляхів і методів розвитку та становлення кожної особистості майбутнього фахівця, конкурентоспроможного в умовах сьогодення.

Встановлено, що для підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів слід провести такі заходи: вивчення та ознайомлення з сучасними інноваційними методами навчання і виховання; впровадження в освітній процес підвищення кваліфікації ефективних методик та методичних прийомів; вивчення та впровадження в практику передового педагогічного досвіду, сучасних педагогічних технологій навчання та виховання.

У ході наукового пошуку було визначено основні принципи для підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів, серед яких: організація безперервного удосконалення фахової майстерності та підвищення професійної компетентності педагогів; проведення методичних заходів, спрямованих на розвиток творчих можливостей викладачів, вивчення, узагальнення і поширення педагогічного досвіду; інформаційне забезпечення педагогів з питань методики, педагогіки, психології; залучення викладачів до

науково-дослідної роботи; проведення інформаційно-пошукової роботи; аналіз стану викладання дисциплін.

У ході експерименту для викладачів було ініційовано змінити теми засідань циклових комісій і запропоновано такі: „Шляхи удосконалення якості освіти майбутніх молодших медичних спеціалістів у контексті розвитку нової системи охорони здоров'я", „Підготовка майбутніх молодших медичних спеціалістів в умовах побудови нової системи охорони здоров'я в Україні", „Імплементація активних та інтерактивних методів навчання в медичну освіту", „Необхідність нових орієнтирів для молодших медичних спеціалістів в освіті і в суспільстві", „Сучасні підходи підвищення якості навчально-виховного процесу у медичному коледжі".

Основна увага була спрямована на знайомство з молодими та малодосвідченими викладачами, на організацію їх діяльності під час підготовки до занять. Розглядалися питання планування (навчальний план, програма, робоча навчальна програма, планування занять, індивідуальний план роботи), проводилося роз'яснення з корекції робочих навчальних програм і навчально-методичних комплексів занять малодосвідчених спеціалістів, обговорювались питання застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки медичних сестер. Особлива увага приділялась обговоренню тренінгу „Активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки медсестер".

На засіданнях для викладачів було розглянуто різні тематичні доповіді, наприклад: „Зміст освіти для формування поняття європейського виміру", „Оптимізація і управління успіхом на занятті", „Сучасні технології навчання", „Організація заняття з використанням активних та інтерактивних методів навчання" та ін.

Для тридцяти викладачів циклових комісій професійно-орієнтованих дисциплін було проведено „круглі столи", наприклад: „Професійні проблеми. Визначення шляхів їх усунення", на яких викладачі ознайомлювались з методичними вимогами до заняття, відповідністю методів навчання формам

організації занять, дотриманням на занятті санітарно-гігієнічних вимог до навчання студентів.

Також було змінено підходи до обговорення відвіданих занять дев'яти молодих викладачів з дисциплін „Основи медсестринства", „Медсестринство у внутрішній медицині", „Медсестринство в хірургії", „Медсестринство в геронтології та геріатрії" досвідченими педагогами та методистами, обговорювались сучасні методи та технології навчання, методи опитування й оцінювання знань на занятті, засоби активізації студентів у процесі вивчення нового матеріалу та оптимізації й управління успіхом на занятті.

На засіданнях було організовано практикуми з розв'язування педагогічних ситуацій, де розбиралися методики проведення заліку, диференційованого заліку, іспиту, обговорювалися форми і методи планування й організації позааудиторної роботи з дисциплін. Для молодих викладачів складено перспективний план, де проводилося упровадження передового досвіду та питань професіоналізму досвідчених педагогів, таких як: „Передовий досвід викладачів-клініцистів", „Золоті зерна педагогічних здобутків" тощо.

Було запропоновано колективні форми обговорення, до яких відносяться зустрічі за „круглим столом", коли кілька учасників дискутують між собою в присутності слухачів. У роботі круглого столу „Активні та інтерактивні методи навчання в процесі фахової підготовки медичних сестер" взяли участь тридцять викладачів, що викладають професійно орієнтовані дисципліни у Куп'янському медичному коледжі ім. Марії Шкарлетової. Така дискусія надала змогу ознайомити викладачів з різними поглядами педагогів-фахівців на навчальну або методичну проблему і стимулювати до активного мислення та самостійних висновків. Актуальність обраної нами теми „круглого столу" полягає в тому, що появлення і розвиток активних та інтерактивних методів обумовлений тим, що виникають нові завдання перед процесом навчання, які полягають у тому, щоб не тільки дати студентам знання, але і забезпечити формування та розвиток пізнавальних інтересів і здібностей, творчого мислення, умінь та навичок самостійної розумової праці.

Метод „круглого столу” у дослідженні було використано для проведення міждисциплінарних занять з метою обговорення складних теоретичних проблем і обміну досвідом. Як показали спостереження, викладачі не байдужі до освітніх інновацій і переважна більшість готові до впровадження активних та інтерактивних методів навчання.

У рамках реалізації першої педагогічної умови було організовано і проведено педагогічні семінари для викладачів: „Упровадження інноваційних технологій в медичну освіту: проблемно-орієнтоване навчання та віртуальні пацієнти”, „Проблемно-орієнтоване навчання, як спосіб формування клінічного мислення у студента медика”, „Труднощі проблемно-орієнтованого навчання та шляхи їх подолання”, „Особливості організації теоретичних і практичних занять з використанням активних та інтерактивних методів навчання”.

З метою підвищення фахового рівня педагогічних кадрів, покращення якості творчої діяльності викладачів коледжу, застосовано „модель безперервного тренінгу” (Konstanzer Trainingsmodell).

Навчальна модель Konstanz Trainingsmodell (KTM) – це програма, розроблена в університеті Констанца командою (Tennstädt, K.-C., Krause, F., Humpert, W., Dann, H.-D.) для підготовки викладачів та вихователів, а також полегшення управління конфліктними ситуаціями та агресивними діями. Переглянута та скорочена версія KTM kompakt (Winfried Humpert і Hanns-Dietrich Dann) також спрямована на застосування моделі консалтингу в соціальних та медсестринських професіях. Центральними елементами тренінгу є робота в команді, так звані тандеми та система як програма самодопомоги. Модель навчання розглядається як консалтингова модель, яка характеризується тандемом роботи [321].

Для вирішення конфліктних ситуацій використовуються тренінги-тандеми (парні тренінги), виходячи з принципів заощадження часу і індивідуалізації процесу. Освоєння програми тренінгу, що включає технологію попередження конфліктів, адекватного реагування на конфліктні ситуації та стратегії управління конфліктом в групі, призводить до створення власної

програми тренінгу на базі типових ситуацій, а робота з колегами дозволяє проаналізувати власну поведінку в них і вибрати ефективнішу стратегію [302].

Для удосконалення методичного рівня викладачів на засіданнях використовувались методи модерації та фасілітації. Модерація застосовується з метою організації продуктивної роботи у групі, їх активізації, для покращення пізнавальної діяльності, для досягнення поставлених методичних цілей.

Термін „модерація" походить від італійського „moderare", що означає „пом'якшувати", „послаблювати", „стримувати". У сучасному значенні під модерацією розуміють спеціальну технологію інтерактивного навчання, завдяки якій групова робота студентської аудиторії стає більш цілеспрямованою і структурованою [187]. Тобто модерація – це метод, який у невимушеній колегіальній атмосфері і за самостійної участі кожного учасника дозволяє цілеспрямовано, ефективно і конструктивно розглядати теми, проблеми і задачі, зосередившись на їхньому змісті.

При реалізації першої педагогічної умови під час засідань викладачів використовувався метод фасілітації, який відрізняється від класичного навчання тим, що педагог не дає поради, а шукає рішення проблеми спільно з членами групи, об`єднаної спільною метою. Такий вид тренінгу передбачає наявність конкретної цілі і її досягнення у процесі навчання.

Фасилітація – це процес, і саме важке в ньому по власному досвіду – це привести команду, колектив, групу людей до одного спільного бачення. Фасилітація походить від слова facile франц., англ. – легкий. От тому фасилітатор несе таку поважну місію – полегшувати роботу групи [255]. Метою фасілізації є організація ефективної роботи, що сприяє розвитку особистих якостей педагога, дозволяє визначати існуючі проблеми та знаходити правильні шляхи їх вирішення. При дотриманні визначених умов педагогічну діяльність можна розглядати як фасилітацію навчальної діяльності.

У ході дослідження було організовано і проведено науково-практичні конференції для викладачів з таких тем: „Стратегічні напрямки діяльності вищих медичних навчальних закладів у реалізації Національної стратегії

побудови нової системи охорони здоров’я України”, „Активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки медичних сестер”, „Шляхи удосконалення якості освіти молодших медичних спеціалістів в контексті розвитку нової системи охорони здоров’я”, „Технічні проблемно-орієнтовні особливості використання high-fidelity та ІТ-технологій в симуляційному навчанні”, „Мобільна комунікаційна система для проведення навчальних занять на базі Інтернет”, „Сучасні актуальні питання педагогічного процесу вищих медичних навчальних закладів”.

У коледжі було організовано проведення для викладачів майстер-класів, які є відкритою педагогічною системою та дозволяють представляти нові можливості педагогіки розвитку і свободи, що демонструє способи подолання консерватизму і одноманітності. Відмітимо особливості майстер-класу: метод самостійної роботи в малих групах, що дозволяє провести обмін думками; створення умов для включення всіх учасників в активну діяльність; постановка проблемного завдання і вирішення його через програвання різних ситуацій; прийоми, що розкривають творчий потенціал усіх учасників; форми, методи, технології роботи пропонуються, а не нав'язуються учасникам; як форма взаємодії використовується співробітництво та колективний пошук.

Метою проведення майстер-класів у дослідженні були: презентація перспективного досвіду викладачів фахових дисциплін; демонстрація результативності; зацікавлення викладачів ідеями і пропонування їм ефективних шляхів творчої реалізації провідних ідей досвіду; сприяння підвищенню професійної майстерності викладачів циклових комісій.

Запропонований нами алгоритм проведення майстер-класу складався з таких компонентів: виділення проблеми; об'єднання в групи для вирішення проблеми; робота з матеріалом; представлення результатів роботи; обговорення та коригування результатів роботи; рефлексія (відображення відчуттів, що виникли в учасників у ході майстер-класу).

Вважаємо, що запропоновані у межах першої педагогічної умови заходи, упровадження сучасних форм та методів з метою підвищення методичної

підготовки викладачів дозволять оптимально вирішувати актуальні проблеми вищої професійної освіти, забезпечити високий рівень фахової компетентності майбутніх медичних сестер, вплинуть на ефективність освітнього процесу, зможуть забезпечити підвищення методичної грамотності та педагогічної культури викладачів коледжу та сприятимуть розвитку їх особистісних і професійно значущих якостей.

Наступним етапом дослідження стало визначення *другої педагогічної умови* формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Огляд науково-методичних джерел [30; 65; 180; 207; 240; 241; 246; 292; 295] показав, що у процесі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер велику роль відіграє сучасний підхід до викладання професійно-орієнтованих дисциплін із застосуванням активних та інтерактивних методів навчання.

Цілком погоджуємося з думкою О. Пометун та Л. Пироженко, які у науково-педагогічному посібнику з інтерактивних технологій навчання визначають активне навчання як методи, що стимулюють пізнавальну активність та самостійність, а інтерактивне навчання – як спеціальну форму організації пізнавальної діяльності, яка має конкретну, передбачувану мету по створенню умов навчання, за яких кожен студент зможе відчути свою успішність та інтелектуальну спроможність [208].

А. Теплюк наголошує, що широке використання активних методів навчання спонукає студентів до активної розумової практичної діяльності. Це дозволяє не тільки дати студенту знання, а й сформувати у них пізнавальні інтереси, творче мислення, вміння і навички самостійної розумової праці. [246, с. 65]. У навчальному посібнику з сучасних способів активізації навчання Т. Паніна та Л. Вавілова охарактеризували сучасні методи активізації навчання, у яких автори акцентують увагу на інтерактивних методах навчання (робота в малих групах, модерація, дискусії, „мозковий штурм” та ін.) [180].

На думку дослідника Н. Богданової використання інтерактивних методів при викладанні фахових дисциплін значно підсилює у студентів інтерес до навчання, підвищує якість засвоєння навчального матеріалу, активізує розумову й пізнавальну діяльність, актуалізує зорову й логічну пам’ять і в цілому дозволяє одержати фахівців, здатних до розв’язання професійних завдань із використанням професійних знань, умінь, навичок у стандартних і нестандартних ситуаціях [30, с. 61].

Вітчизняним науковцем Ю. Сурміним обґрунтовано необхідність використання методу кейс-стаді (Case study) як інноваційного методу активного навчання для підвищення якості навчання у вищих навчальних закладах України, що передбачає його осмислення як багатофункціонального утворення, яке характеризується значним інтелектуальним потенціалом, гносеологічними та навчально-виховними можливостями [241].

Дослідник С. Ступіна [240, с. 15] виділяє рівні активності, на які слід звертати увагу, працюючи з певною аудиторією, як он: активність відтворення (характеризується прагненням запам’ятати, відтворити знання, опанувати способи використання); активність інтерпритації (пов’язана з прагненням осягнути сенс того, що вивчається, встановити зв’язки, опановувати способи застосовування знань в мінливих умовах); творча активність (припускає спрямованість до теоретичного осмислення знань, самостійного пошуку вирішення проблем, інтенсивного прояву пізнавальних інтересів).

Науковці П. Гороль, Р. Гуревич, Л. Коношевський, О. Шестопалюк зазначають, що сучасні інформаційні засоби навчання дозволяють за один і той же термін часу викласти і засвоїти значно більший обсяг навчальних знань [65, с. 160].

У Законі України „Про вищу освіту” серед основних завдань вищих навчальних закладів зазначено „забезпечення органічного поєднання в освітньому процесі освітньої, наукової та інноваційної діяльності” [86]. Крім того, законодавчі документи та національні програми щодо вищої освіти в Україні акцентують увагу на недопущенні зниження якості освіти, падіння

рівня знань; морального старіння методів і методик навчання. Тому в сучасному освітньому процесі проблема інноваційних методів навчання залишається однією із актуальних у світовій педагогічній і науково-дослідній діяльності.

В Україні в умовах євроінтеграції набуває все більшої популярності дуальне навчання, яке є одним із видів інноваційних методів. Дуальне навчання означає подвійне навчання і є найпоширенішим видом професійного навчання в Німеччині. Більше половини всіх німецьких підлітків, за даними Федерального статистичного управління, розпочинають подвійне навчання. Моделлю, доступною лише в Австрії та Швейцарії на сьогоднішній день, захоплюються у всьому світі і вона стає моделлю для більшої кількості країн, з яких Китай, США та Іспанія вже розглядають питання про запровадження подвійної системи [303].

Загальновизнаним лідером у справі організації дуального навчання вважається Німеччина, де система професійної освіти відрізняється розвиненим інститутом наставництва, практико-орієнтовним навчанням і активною участю бізнесу в підготовці кадрів. Досвід цієї країни служить зразком для всього Європейського Союзу [174].

Розглянемо що таке подвійне навчання. Більшість державних навчальних закладів Німеччини (у даний час близько 350) структуровані відповідно до подвійної системи. Особливістю подвійного професійного навчання є поєднання теоретичної освіти в професійно-технічному навчальному закладі та практичної підготовки в компанії. Як наслідок, студенти отримують кваліфікацію, орієнтовану на практику, і, отже, кращі шанси на ринку праці. Подвійне навчання регулюється Законом про професійну підготовку (BBiG), а також індивідуальними інструкціями з підготовки відповідних професій. Це визначає рамкові умови навчання, такі як права та обов'язки учнів та тренерів, а також навчальний зміст [303].

Отримуючи професійну освіту на підприємствах, молодь на практиці набуває навички для їхнього подальшого застосування. Це, враховуючи й

оптимальну передачу професійного досвіду, означає й зовсім інший ступінь професійної соціалізації, ніж у школі: молоді люди проходять перевірку й навчаються підтримувати свою позицію у виробничих умовах, а також в реальних життєвих ситуаціях. Підприємства виграють від системи дуальної підготовки ще й тим, що після закінчення навчання робітників можна відразу залучати до виробництва, тобто відпадає необхідність тривалого введення у справу. Згідно даних віце-президента Федерального об'єднання німецької спілки роботодавців (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitsgeberverbände) Г. Брауна (G. Braun), більш ніж 24 000 німецьких підприємств співпрацюють з вищими навчальними закладами у межах дуальної освіти [299, с. 602].

Як доводить у своєму дослідженні І. Бойчевська, німецька система дуальної професійної освіти має велику історію успішного розвитку, визнана на міжнародному рівні, та є передумовою економічної продуктивності країни, адже успішна професійна освіта призводить до збільшення шансів у майбутньому як для молоді, так і для економіки. Введення цієї системи дало новий поштовх для розвитку таких країн, як Південна Корея і Китай, де в ній задіяно близько 33% учнів. Дуальна освіта в Німеччині надає найкращі можливості для отримання кваліфікації, так як є основним джерелом формування молодого покоління кваліфікованих робітників й завдяки тісному зв'язку зі сферою праці забезпечує оптимальний старт до трудового життя [31].

В Україні розроблено Проект Концепції підготовки фахівців за дуальною формою здобуття освіти. Дана Концепція розроблена Робочою групою Міністерства освіти і науки України з використанням німецького досвіду дуальної форми здобуття освіти, який було презентовано завдяки Представництву Фонду імені Фрідріха Еберта, що сприяв співпраці зацікавлених сторін для розробки проекту Концепції [154].

Розв'язання цієї проблеми передбачається шляхом реалізації комплексу заходів з напрацювання моделі взаємовигідних відносин закладів вищої та професійно-технічної (професійної) освіти та роботодавців, спрямованих на практичну підготовку здобувачів освіти до самостійної професійної діяльності

за фахом та їх соціальну адаптацію у виробничих колективах, її нормативно-правове та організаційне забезпечення, проведення апробації, досліджень, доопрацювання моделі та її рекомендування до широкого використання. Метою Концепції є вироблення засад державної політики щодо підвищення якості професійної підготовки фахівців на основі дуальної форми здобуття освіти. [154].

Основними завданнями, що мають досягатися шляхом реалізації Концепції, є :

– зміцнення та удосконалення практичної складової освітнього процесу із збереженням достатнього рівня теоретичної підготовки;

– забезпечення взаємозв'язку, взаємопроникнення та взаємовпливу різних систем (наука і освіта, наука і виробництво чи громадський сектор), для впровадження важливих змін, спрямованих на підвищення якості освіти;

– підвищення якості підготовки фахівців відповідно до реальних вимог ринку праці та забезпечення національної економіки кваліфікованими фахівцями;

– посилення ролі роботодавців та фахових об'єднань у системі підготовки кваліфікованих кадрів: від формування змісту освітніх програм до оцінювання результатів навчання;

– модернізація змісту освіти з метою приведення їх у відповідність до сучасного змісту професійної діяльності;

– підвищення рівня конкурентоздатності випускників закладів освіти в умовах глобалізації та сприяння росту рівня зайнятості молоді;

– скорочення періоду адаптації випускників до професійної діяльності;

– підвищення мотивації здобувачів освіти до навчання.

Для реалізації положень Концепції передбачено розробку плану заходів на 2018 – 2022 роки, в якому буде передбачено вдосконалення нормативно-правової бази з питань організації освітнього процесу, норм часу для оплати праці викладачів, стипендіального забезпечення студентів тощо [154].

Так, на основі міркувань науковців: Н. Богданової про сучасний підхід при викладанні професійно-орієнтованих дисциплін та сучасні інтерактивні методики при викладанні дисциплін [30, с. 61]; П. Гороль стосовно сучасних інформаційних засобів навчання [65]; В. Ждан щодо досвіду упровадження нових форм організації навчального процесу [81]; Л. Теплюк щодо сучасних аспектів викладання професійно-орієнтованих дисциплін [246, с. 65]; Т. Паніної про сучасні способи активізації навчання [180]; О. Пометун стосовно інтерактивних технологій навчання [207]; С. Ступіної про технології інтерактивного навчання у вищій школі [240]; Ю. Сурміна з приводу методу аналізу ситуацій (Case study) та його навчальних можливостей [242]; Я. Якупової стосовно активних форм навчання як факторів інтенсифікації навчального процесу [295]; проведеної характеристики дуального навчання як інноваційного методу [31; 174, 303] було виокремлено другу педагогічну умову – *застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчанн.я*

Друга педагогічна умова передбачає застосування у викладанні професійно зорієнтованих дисциплін ділових та рольових ігор, моделювання професійно зорієнтованих ситуацій, завдань, що вимагають нестандартного підходу до їх розв’язання у процесі реалізації ситуаційних вправ, мультимедійних засобів, конференцій, „методу клініки”, кейс-методу, методів „мозкової атаки”, проектів, тощо із використанням елементів дуального навчання.

Майбутніх медичних сестер треба озброїти сучасними знаннями та дати їм належну практичну підготовку, тому є потреба у створенні сприятливих умов для самореалізації студента як особистості соціально зрілої, творчої, здатної до інтелектуального збагачення на основі наявного інтелектуального і культурного потенціалу. Підвищення інтелектуальної активності студентів у ході вивчення різних дисциплін – головна передумова глибокого і міцного засвоєння знань. З метою якіснішої підготовки студентів до майбутньої

професійної діяльності, викладачам треба частіше звертатися до активних форм і методів з елементами дуального навчання.

Зазначимо, що організація активних та інтерактивних форм навчання передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання ділових та рольових ігор, загальне вирішення проблем. Головною ідеєю використання активних та інтерактивних методів є активізація пізнавальної діяльності студентів, актуалізація опорних знань, індивідуалізація навчального процесу, надання можливості самостійного осмислення студентами значення отриманих знань для використання їх на практиці.

Аналізуючи підходи дослідників [36; 42; 143] до проблеми систематизації цих методів, слід наголосити, що методи активного навчання поділяються на ігрові, коли під час гри студенти включається в розв'язання навчально-пізнавальних завдань, і неігрові. Ці методи можуть реалізовуватись на традиційних, неімітаційних заняттях (лекція, семінарське заняття, лабораторно-практичне заняття), і нетрадиційних імітаційних заняттях. Зазначимо, що особливостями означених методів є: моделювання найбільш суттєвих зв'язків і відношень; скорочення часових і просторових матеріалів; наявність досить суворої системи правил; матеріалізація моментів прийняття рішень, що дозволяє відразу і досить однозначно оцінити результати власних дій у грі.

Головна відміна активних методів навчання від традиційних – спосіб отримання, опрацювання і реалізації навчальних відомостей, причому активність навчання прямо залежить від дидактичної форми навчального матеріалу.

У процесі наукового пошуку встановлено, що поява і розвиток активних та інтерактивних методів навчання дозволяє вирішити завдання забезпечення практичного оволодіння навчальною інформацією усіх або абсолютної більшості студентів, активізації пізнавальної діяльності й пізнавальної самостійності, мають широкий діапазон застосування і придатні для навчання в медичних училищах і коледжах.

Розглянемо позицію науковців щодо активних та інтерактивних методів навчання. При обговоренні цих методів навчання фахівці мають різні думки.

На думку І. Совтус та Н. Корнісік, організація та впровадження активних форм навчання передбачає моделювання професійних ситуацій, використання рольових ігор, загальне вирішення проблем. Головною ідеєю використання інтерактивних методів є активізація пізнавальної діяльності студентів, актуалізація опорних знань, індивідуалізація навчального процесу, надання можливості самостійного осмислення студентами значення отриманих знань для використання їх на практиці. Тому і виникає необхідність використовувати ефективні методи навчання зі студентами під час проведення різних видів занять і позааудиторних заходів [237].

Крім того, окремі активні методи та форми навчання (комплексні контрольні завдання, ситуаційні задачі та ін.) можуть виконувати не тільки навчальну функцію, але й контрольну. Вони можуть використовуватися для поточної атестації студентів (оцінки ступеня засвоєння окремих блоків тем); для підсумкового стану вивчення курсу (при проведенні заліків, іспитів) та для перевірки підготовленості студентів до вирішення професійних завдань і виконання функцій, передбачених кваліфікованими вимогами.

У формуванні фахової компетентності може бути використано метод ігрового проектування, метод ситуаційного навчання, „метод клініки”, метод „мозкової атаки”, метод проектів, а також методи спроб та помилок, методи аналізу та аналогій, суперечностей, морального вибору, диспут, дискусію тощо. Нижче ми охарактеризуємо активні та інтерактивні методи навчання, що передбачено використовувати в експериментальному дослідженні у процесі фахової підготовки медичних сестер у коледжах.

Зазначимо, що методи активного програмового навчання та ігрового проектування можуть розглядатися як різновидності методу аналізу ситуацій. Їх виділення пов'язане із суттєвими відмінностями призначення, областей використання та масштабу ситуацій, що розглядаються.

Загалом, метод ситуаційного навчання розглядається, як осмислення студентами реальної життєвої ситуації й прийняття виваженого самостійного рішення [242]. Викладач для цього використовує ситуаційні вправи (кейси), які містять опис конкретної фахової ситуації із реального життя. У студента при розв'язанні даного завдання виникає необхідність поставити себе на місце фахівця та самостійно прийняти професійне рішення з огляду на ситуацію. Зазначимо, що ситуаційні вправи повинні створюватися таким чином, щоб їх вирішення не було очевидним. Лише в цьому випадку вони розвивають у студентів критичне мислення, навички вирішення фахових проблем і прийняття зважених професійних рішень.

У медичних коледжах у процесі підготовки фахівців використовується метод кейсів. Це зумовлено такими тенденціями: одна з них формується із загальної спрямованості розвитку освіти, її орієнтації не стільки на отримання конкретних знань, скільки на формування професійної компетентності, умінь і навичок розумової діяльності, розвиток здібностей особистості, серед яких особлива увага приділяється здатності до навчання, зміні парадигми мислення, вмінню опрацьовувати значні масиви інформації [233].

З метою формування фахової компетентності у медичних коледжах на основі застосування кейс-методів слід дотримуватися певних умов, таких як наявність добре підготовленого кейсу і певна методика його використання в процесі фахової підготовки студентів. Метод кейсів містить у собі навчальні конкретні ситуації, що створюються викладачами на основі реальних клінічних ситуацій з метою подальшого опрацювання під час проведення практичних занять з професійно зорієнтованих дисциплін.

Кейс-метод є засобом, що дозволяє застосовувати теоретичні знання для вирішення практичних професійних ситуацій. Даний метод допомагає розвивати у студентів навички клінічного мислення, вміння слухати і враховувати більш правильну точку зору та обґрунтовано висловлювати власну. Студенти за допомогою цього методу можуть проявляти і покращувати

рівень практичних навичок та фахових завдань, вчитися працювати в команді, знаходити найбільш вірне рішення означеної проблеми [217; 218].

Метод кейсів, як інтерактивна технологія завоював позитивне ставлення з боку студентів, забезпечуючи засвоєння теоретичних положень та оволодіння практичним використанням матеріалу; він впливає на професіоналізацію студентів, сприяє їх дорослішанню, формує інтерес і позитивну мотивацію до навчання. Водночас кейс-метод виступає і як спосіб мислення викладача, його особлива парадигма, що дозволяє по-іншому мислити і діяти, оновлювати свій творчий потенціал [233].

На переконання дослідників [44; 51; 232], при підготовці до занять за кейс-методом, варто врахувати кілька порад. Одна із них стосується підготовки до обговорення ситуації, яка проходить у кілька етапів. Перший етап здійснюється студентом індивідуально: останній має самостійно опрацювати проблемну ситуацію, виконати аналітичні завдання, діагностувати проблему, проаналізувати причинно-наслідкові зв’язки, обґрунтувати пропозиції щодо поліпшення діяльності об’єкта (суб’єкта), який досліджується. Другим етапом підготовки є творча робота у міні-групі, де студенти обговорюють ситуацію, використовуючи аналітичний апарат, спільно приймають рішення, розробляють заходи, які дозволяють поліпшити ситуацію. Головною подією аналізу проблемної ситуації є її спільне обговорення в аудиторії з викладачем, презентація командних рішень, які студенти виконали у міні-групах заздалегідь, дискусія з опонентами та спільне формування плану проектних дій.

Зазначимо, що для полегшення аналізу ситуаційних проблем необхідно розбити загальну проблему на складові. Для вирішення ділової проблеми треба надати відповіді на певні запитання, обдумати варіанти рішень, що дозволить виявити підпорядкованість проблем, їх взаємозв’язок, ретельніше проаналізувати причини виникнення даного питання, наслідки, а також фактори, що впливають на його розв’язання. Аналіз проблеми передбачає виявлення фактів, що наведені у кейсі, чи залучені з інших інформаційних джерел. Мета аналізу кейсів полягає у тому, щоб дійти правильного рішення, а

не довести правоту. Студент має усвідомити, що рішення слід приймати навіть тоді, коли здається, що для його прийняття недостатньо інформації.

У процесі фахової підготовки у медичних коледжах доцільно використовувати „метод клініки", що є різновидом аналізу ситуаційного методу. Суть його полягає в тому, що на занятті детально аналізується підхід до рішення тієї чи іншої реальної проблеми, коли група медичних працівників проводить розбір конкретного хворого. Всі учасники обговорення працюють як рівні і можуть висловлювати власну думку [135, с. 58]. При застосуванні на заняттях „методу клініки" кожен зі студентів розробляє свій варіант вирішення завдання, попередньо представивши на відкрите обговорення своє бачення розв'язання поставленої проблемної ситуації, потім це рішення оцінюється викладачем і групою експертів з числа студентів за бальною шкалою.

З огляду на вищевказане ми вважаємо, що участь студентів у вирішенні клінічних ситуацій, наближених до умов стаціонару або клініки, а також практичні заняття на базі лікувально-профілактичних закладів (як елемент дуального навчання) заохочує до розвитку творчих здібностей, готовності до відкритого діалогу, співробітництва, викликає готовність бути не тільки виконавцями, але й організаторами. Дії студентів при вирішенні таких ситуацій дозволяють їм уникати засвоєння готових знань, а у творчому пошуку формувати власну позицію, свою точку зору на розглянуту проблему, самостійно приймати обдумане рішення і професійно виконувати поставлену задачу.

У процесі фахової підготовки медичних сестер доцільно застосовувати метод „мозкової атаки", який дозволить розглядати проблемну ситуацію у сфері медичної фахової діяльності. Огляд науково-педагогічних праць з проблеми дослідження [44; 51; 52] дає право відмітити, що є різні варіації методу „мозкової атаки". Серед цих варіацій метод прямої „мозкової атаки", метод зворотної „мозкової атаки", двійна пряма „мозкова атака", „мозкова атака" з оцінкою ідей, що виконується в три етапи. Для вирішення творчих завдань різної складності можна застосовувати метод прямої „мозкової атаки".

Особливістю цього методу є те, що під час постановки завдання слід чітко сформулювати такі основні моменти, як кінцева мета і те, що заважає досягненню цієї мети. Зауважимо, що при використанні методу зворотної „мозкової атаки" формулюються досить конкретні відповіді на запитання: як покращити ту чи іншу ситуацію, на що звернути увагу в першу чергу. Цей метод надасть змогу критично оцінити прийняті рішення і це сприятиме активізації пізнавальної діяльності студента. Значення методу двійної прямої „мозкової атаки" полягає в тому, що після проведення першої „мозкової атаки" робиться перерва різної тривалості, після чого вона повторюється ще раз.

Метод „мозкової атаки" в три етапи має відповідну наступність дій: на першому етапі кожному студенту надається можливість із наведеного списку обрати 3 – 5 кращих ідей та обґрунтувати їх перевагу над іншими; на другому етапі у процесі обговорення укладається таблиця, де фіксуються переваги та недоліки обраних ідей, третій етап передбачає ранжування ідей та прийняття рішення [135].

Методом „мозкової атаки" В. Лозова називає спосіб колективного продукування ідей, який формує вміння зосереджувати увагу на якійсь вузькій меті. Використовуючи метод мозкової атаки, студенти працюють як „генератори ідей", при цьому вони не стримуються необхідністю обґрунтування своїх позицій та позбавлені критики, адже за цих умов немає „начальників" і „підлеглих", є лише експерти в кожній групі студентів, які фіксують, оцінюють та вибирають кращі ідеї [138].

Відмітимо, що вищевказані варіації методу „мозкової атаки" можуть застосовуватися як окремий метод, так і у якості методичного прийому при проведенні ігрових форм занять й аналізу конкретних ситуацій.

У процесі наукового пошуку виявлено, що серед активних та інтерактивних методів, які вимагають нестандартного підходу у прийнятті рішень, провідне місце належить методу проектів. Метод проектів зорієнтований не на інтеграцію фактичних знань, а на їх застосування і набуття нових (найчастіше шляхом самоосвіти) і дозволяє створювати педагогічні

ситуації (ситуація невизначеності, кооперації тощо) на основі різного предметного змісту [112]. Метод окреслює цілеспрямовану діяльність, що дає можливість знайти розв'язок проблеми і здійснити зміни в навколишньому середовищі; отримання конкретного (практичного) результату і його публічне представлення; залучення сукупності дослідницьких, пошукових, проблемних методів за своєю сутністю [184, с. 228].

Вищезазначений метод надає можливості сформувати особливі передумови для розвитку ключових компетенцій та активізує пізнавальну діяльність студента у досягненні нового, заохочуючи його до творчості; найбільшого наближення його до реальних клінічних ситуацій і залучення їх до розв'язання фахових завдань в умовах співпраці на базі стаціонару під час практичних занять. Метод проектів дає можливість задіяти в процесі навчання не тільки розум і досвід особистості, але і її емоції, почуття та особисті якості.

Ми погоджуємось з Є. Коробовим, що розв'язання проблемних ситуацій („ускладнення, що виникає тоді, коли людина не може (чи не знає як) пояснити явище, факт, процес дійсності, не може досягти мети відомим їй способом дії") засобами методу проектів сприяє формуванню відповідальності, вимогливості, людяності, самостійності, упевненості у власних діях [113, с. 33].

Зазначимо, що виконання індивідуальних завдань у рамках групової роботи над проектом стимулює студентів до пошуку нестандартних шляхів рішення поставленого завдання, спонукаючи його до самоосвіти, оскільки від його особистого внеску в загальний проект залежить успіх усієї команди і ставлення членів команди до нього.

Так, колективна робота над проектом наближає процес пізнання до реальних умов майбутньої професійної діяльності. При цьому варто конструктивно використовувати їх спрямованість на спільне формулювання загальної мети колективної професійної діяльності та її реалізацію; співпрацю майбутніх фахівців (зокрема, медичних сестер, фельдшерів, акушерів) у процесі виконання конкретного завдання; розподіл відповідальності в колективі за кінцеві результати спільної діяльності, що вимагає включення кожного

студента у спільну інтелектуальну діяльність, об’єднання розумових зусиль для подолання труднощів і пошуку раціональнішого способу вирішення поставленого завдання. Такі способи взаємодії слугують запорукою формування морально-вольових якостей майбутнього спеціаліста (відповідальності, почуття обов’язку, ініціативності, активності, наполегливості, рішучості тощо), що є частиною підґрунтя формування фахової компетентності.

Зазначимо, що практична реалізація методу проектів у процесі підготовки медичних сестер у медичних коледжах передбачає не лише розв’язання студентами професійно спрямованих завдань, але й самостійний вибір теми проекту щодо сучасних проблем медичної діяльності (зокрема, завдань прогнозування) через можливість застосування всього масиву знань та досвіду.

Погоджуємося з науковцями [44; 51; 101; 272], що ефективними методами формування фахової компетентності майбутніх фахівців у процесі професійної підготовки є методи спроб та помилок, аналізу та аналогій, метод суперечностей. Так, сутність методу спроб та помилок полягає у самостійному розв’язанні конкретного завдання шляхом вибору серед багатьох варіантів найоптимальнішого рішення. Аналізу конкретних ситуацій як нетрадиційного методу навчання властиві: наявність складної задачі чи проблеми, формулювання викладачем контрольних запитань з даної проблеми.

Стажування як метод навчання полягає в тому, щоб студент у ролі стажиста займав певну посаду. Хоча і під контролем, він повинен самостійно діяти, тобто приймати рішення, взаємодіяти з іншими посадовими особами. Метод стажування слід застосовувати під час проведення практичних занять в лікувально-профілактичних закладах (в умовах стаціонару, у Центрах екстреної медичної допомоги) як елемент дуального навчання.

На думку науковців Н. Вишневської, В. Лозової [47; 138] ефективним є метод побудови ситуацій морального вибору, що вимагають від студентів пояснення конфліктної ситуації та вибору своєї поведінки в цій ситуації.

На наш погляд, вищезазначені методи відрізняються як формою проведення занять, так і завданнями, які необхідно вирішувати у навчальному процесі, вони мають спільні цілі: активізувати сприйняття матеріалу в навчальному процесі; відтворити реальні професійні ситуації та фрагменти майбутньої професійної діяльності; взяти участь у вирішенні фахових завдань в реальних клінічних ситуаціях; прищепити навички творчого аналізу фактичного матеріалу; виховати системне мислення, що містить комплексне розуміння ситуації, що склалася; прищепити навички самостійного (або колективного) опрацювання рішень з проблемних питань; оволодіти методами моделювання ситуацій наслідків прийняття рішень, здійснення дій.

Аналіз змісту навчальних дисциплін та методик викладання дозволив встановити, що при викладанні професійно зорієнтованих дисциплін у коледжах під час проведення теоретичних та практичних занять недостатньо упроваджуються активні та інтерактивні методи навчання, у тому числі й ігрові, які можуть позитивно впливати на якість підготовки медичних сестер.

При реалізації другої педагогічної умови у моделі формування фахової компетентності одним із методів активного навчання є ділова гра – це нестандартна форма організації творчої діяльності студентів. Діловій грі притаманно: розподіл ролей, спільна діяльність; діалогічне спілкування; загальна ігрова мета, яка є стержнем гри, фоном для розв’язання конфліктів та протиріч; імпровізація; клімат змагання; використання оцінки результатів гри та професійних знань; система стимулювання, яка спонукає до дій, які б виконувались у реальній практиці; динамічність, неперервність й захоплення ділової гри; досягнення єдиного – навчального, розвиваючого та виховного ефекту ділової гри [25].

З метою формування фахової компетентності майбутньої медичної сестри у дослідженні доцільно використати ігрові форми та методи навчання. Ігри у процесі підготовки медичних сестер являють собою змодельовані виробничі ситуації, які дозволяють студентові відчути себе в різних ролях: пацієнтом або медичною сестрою, тобто фахівцем, від правильного рішення якого залежить

успіх лікування. Студентові у процесі проведення таких ігор надається можливість проявити свої інтелектуальні, моральні та вольові особисті якості.

Проаналізувавши ряд науково-педагогічних джерел [101; 184; 224; 260] визначено, що ігри поділяють на предметні та сюжетні. Так, предметні ігри за своїм призначенням спрямовані на процес пізнання певних явищ та закономірностей, а сюжетні ігри характеризуються тим, що охоплюють закономірності людської діяльності та спілкування. У свою чергу сюжетні ігри поділяються на тренінгові та виробничі, до яких відносяться імітаційні, рольові та ділові.

Ділова гра є методом навчання вибору оптимальних рішень в умовах, що імітують реальну практику. Ділові ігри сприяють активізації мислення, підвищують самостійність майбутнього фахівця. Основна мета ділової гри – підготувати студентів до вирішення ситуацій, що виникають у процесі професійної діяльності. Відомо, що ділова гра містить наявність ігрового моделювання та розподіл ролей між учасниками гри; наявність загальної мети всього ігрового колективу, досягнення якої забезпечується взаємодією учасників гри, підкоренням їх різнобічних інтересів цій загальній меті.

На думку З. Шацької [279, с. 299] розігрування ролей є простішим методом порівняно з діловою грою, що потребує менших затрат часу та засобів на розробку й впровадження. Вважається, що ділова гра є найбільш складною формою ігрових занять, які відрізняється від інших ігрових форм навчання тим, що необхідно приймати рішення в умовах поетапного багатокрокового уточнення необхідних факторів, аналізу інформації, яка додатково надходить та виробляється в ході навчальної гри. Ділові ігри відрізняються динамізмом обстановки, повторенням кроків, складним сполученням можливих альтернатив дій та скороченістю часу у прийнятті рішень.

На підставі проведеного теоретичного аналізу зазначимо, що є багато видів ділових ігор, що застосовуються для підготовки фахівців, які можна класифікувати за такими властивостями: характером ігрового процесу; способом передавання та обробки інформації; динамікою моделюючих

процесів; тематичною спрямованістю й характером проблем, що підлягають вирішенню.

На думку В. Калошина ділова гра є найбільш розповсюдженою формою ігрового моделювання, що сприяє формуванню професійної інтуїції, умінню розбиратися в нестандартних ситуаціях, передбачити можливі наслідки тих чи інших рішень, забезпечуючи у такий спосіб виховання самостійності як особистісної й професійної риси фахівця [101, с. 116].

Ігрова модель навчання покликана реалізовувати, крім основної дидактичної мети, ще й комплекс цілей: забезпечення контролю виведення емоцій; надання студенту можливості самовизначення; надихання і допомога розвитку творчої уяви; надання можливості висловлювати свої думки.

Використовуючи ігрові методи, студентам надається максимальна свобода інтелектуальної діяльності, яка обмежується лише визначеними правилами гри. Студенти самі обирають власну роль у грі, створюють проблемну ситуацію, визначають шляхи її розв’язання, беручи на себе відповідальність за обране рішення. Викладач при використанні ігрових методів ознайомлює учасників з правилами гри, надає поради з розподілу ролей та консультує під час її проведення, спостерігає за ходом гри та підказує, організовує обговорення.

Для реалізації другої педагогічної умови можуть бути застосовані інноваційні активні та інтерактивні методи в умовах дуального навчання, що забезпечить якісну фахову підготовку студентів у навчальному закладі з набуттям практичного досвіду в реальних умовах лікувально-профілактичного закладу. У результаті цього майбутні медичні сестри отримували практичний досвід у декількох формах: теоретична і практична підготовка у навчальному закладі із застосуванням активних та інтерактивних методів навчання; у роботі з реальними пацієнтами у відділеннях стаціонару, амбулаторних установах, центрах екстреної медичної допомоги як елемент дуального навчання (практичні заняття у лікарні, організація практичної підготовки студентів у рамках проекту „Швидка допомога” у складі виїзних лікарських бригад станції

швидкої та невідкладної медичної допомоги). У результаті застосування цих методів, студенти отримували теоретичні знання, практичні вміння та навички в умовах професійної діяльності, мали змогу спостерігати за роботою досвідчених медичних сестер та лікарів, що є важливим фактором у формуванні фахової компетентності.

Наступним завданням дослідження було визначення *третьої педагогічної умови* формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Для виокремлення третьої педагогічної умови було проведено огляд науково-методичної літератури та законодавчої бази [2, 10, 34, 56, 74, 82, 92, 99, 154, 226, 259, 280, 286], який показав, що у процесі фахової підготовки студентів велику роль відіграє практична спрямованість аудиторної та позааудиторної самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

Згідно з „Положенням про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах”, затвердженого наказом № 161 Міністерства освіти і науки України, самостійна робота студента є основним засобом оволодіння навчальним матеріалом у час, вільний від обов'язкових навчальних занять. Зазначено, що навчальний час, відведений для самостійної роботи студента, регламентується робочим навчальним планом і повинен становити не менше 1/3 та не більше 2/3 загального обсягу навчального часу студента, відведеного для вивчення конкретної дисципліни. Зміст самостійної роботи студента над конкретною дисципліною визначається навчальною програмою дисципліни, методичними матеріалами, завданнями та вказівками викладача [154].

На думку Я. Болюбаша співвідношення обсягів аудиторних занять і самостійної роботи студентів визначається з урахуванням специфіки та змісту конкретної навчальної дисципліни, її місця, значення і дидактичної мети в реалізації освітньо-професійної програми, а також питомої ваги у навчальному процесі практичних, семінарських і лабораторних занять. З тих навчальних дисциплін, де передбачено не лише засвоєння певного обсягу знань, а й

вироблення необхідних практичних вмінь і навичок, обсяг аудиторних занять становить, як правило, близько 2/3, а з інших навчальних дисциплін – близько 1/3 загального обсягу часу [34].

Як зазначають В. Євдокимов, Т. Агапова, І. Гавриш та Л. Харченко, метою самостійної роботи є втілення в життя принципу індивідуального підходу до навчання, більш того, регламентована навчальним планом і здійснювана під керівництвом викладача самостійна робота може стати найефективнішим методичним засобом реалізації цього принципу [225].

Науковці В. Черних та Л. Кайдалова наголошують на необхідності чіткого планування, організації та контролю самостійної роботи студентів і серед основних форм виокремлюють аудиторну та позааудиторну самостійну роботу. Серед основних форм аудиторної та позааудиторної самостійної роботи автори виділяють такі: робота з навчальною літературою, робота з конспектами лекцій; виконання завдань, розв’язування задач, підготовка рефератів, повідомлень, доповідей, підготовка до тестового та інших форм контролю, заповнення таблиць тощо [226].

Зокрема, А. Алексюк до основних форм СРС відносить роботу над підручниками, навчальними посібниками, першоджерелами на лекціях, семінарах і у позалекційний час (конспектування, реферування, складання тез); над документами; в лабораторіях, на практичних заняттях; розв’язування задач, виконання вправ; самостійні спостереження; підготовка доповідей; виконання різного роду індивідуальних завдань, курсових і дипломних проектів; залучення студентів до активної науково-дослідної роботи і т. і. [2].

Самостійну роботу студентів, на думку П. Підкасистого, необхідно розглядати як вид пізнавальної діяльності, що являє собою уже не педагогічне, а гносеологічне явище і виступає як специфічна форма навчального та наукового пізнання, внутрішнім змістом якого є самостійна побудова студентом способу досягнення цілей [191].

У дослідженнях науковців [56; 74; 82; 92; 99; 104; 106, 115; 226; 259; 280; 286; 290], присвячених плануванню та організації самостійної роботи

розглядаються загально-дидактичні, психологічні, організаційні, методичні, логічні та інші аспекти цієї діяльності, розкрито багато сторін досліджуваної проблеми, особливо в традиційному дидактичному плані. Проте особливої уваги вимагають питання мотиваційного, процесуального, технологічного забезпечення самостійної аудиторної та позааудиторної пізнавальної діяльності студентів як цілісної педагогічної системи, що враховує індивідуальні інтереси, здібності та схильності тих, що навчаються.

На основі „Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах" та досвіду науковців: Т. Агапової та В. Євдокимова [225] про самостійну роботу як принцип індивідуального підходу до навчання; В. Черних, В. Толочко та Л. Кайдалової [265] стосовно необхідності чіткого планування, організації та контролю самостійної роботи студентів; А. Алексюка [2] відносно основних форм самостійної роботи; Л. Вяткина щодо рівнів пізнавальної самостійності [56]; І. Дзюби стосовно організації самостійної роботи студентів вищих навчальних закладів в умовах особистісно-орієнтованого навчання [74]; П. Підкасистого [191] про самостійну роботу як вид пізнавальної діяльності студентів та інших досліджень, присвячених плануванню та організації самостійної роботи було виокремлено третю педагогічну умову – *організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності*.

Для реалізації *третьої педагогічної умови* було спланово запровадити такі заходи: розробка методичних рекомендацій для організації аудиторної та позааудиторної самостійної роботи студентів; розробка методичних рекомендацій до роботи в тренажерному кабінеті по удосконаленню техніки відпрацювання практичних навичок з клінічних дисциплін; організація самостійної роботи студентів на базі лікувально-профілактичних закладів; співпраця з Товариством Червоного Хреста України і організація на базі коледжу загону швидкого реагування.

Одним із суттєвих результатів взаємодії аудиторної та позааудиторної роботи щодо формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у

медичних коледжах є створення відповідного освітнього середовища, що міститиме у собі елементи, які наближені до майбутніх професійних умов. Наголошуємо, що правильно організована самостійна робота серед великої кількості різноманітних форм, методів та засобів навчання займає важливе місце у формуванні професійної компетентності майбутніх фахівців у медичному коледжі.

Одним із основних завдань організації самостійної роботи у нашому дослідженні є створення дидактичних умов розвитку інтелектуальної ініціативи і мислення на заняттях будь-якої форми. Основним принципом організації самостійної роботи повинен стати перехід усіх студентів на індивідуальну роботу з переходом від формального виконання певних завдань при пасивній ролі студента до пізнавальної активності з формуванням власної думки при вирішенні поставлених проблемних питань і завдань.

Зазначимо, що у процесі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у коледжах метою самостійної роботи є: навчити їх осмислено і самостійно працювати спочатку з навчальним матеріалом, потім з науковою інформацією, закласти основи самоорганізації і самовиховання з тим, аби привити уміння надалі безперервно підвищувати свою професійну кваліфікацію протягом фахової діяльності.

Вітчизняний науковець В. Андрущенко [4; с. 11] вважає, що можливі такі основні напрями побудови навчального процесу на основі самостійної роботи студента: перший – це збільшення ролі самостійної роботи в процесі аудиторних занять. Реалізація цього шляху вимагає від викладачів розробки методик і форм організації аудиторних занять, здатних забезпечити високий рівень самостійності студентів і поліпшення якості підготовки. Другий – підвищення активності студентів за всіма напрямками самостійної роботи у позааудиторний час. Підвищення активності студентів при роботі у позааудиторний час пов'язане з рядом труднощів. У першу чергу це неготовність до нього як більшості студентів, так і викладачів, причому і в професійному і в психологічному аспектах. Крім того, існуюче інформаційне

забезпечення навчального процесу недостатнє для ефективної організації самостійної роботи медичних сестер.

Вважаємо, що в організації самостійної роботи студентів основним координатором запланованої роботи є викладач, який повинен взаємодіяти зі студентом, враховуючи її сильні і слабкі сторони та індивідуальні здібності. Тому головним завданням викладача є розуміння і розвинення кращих якостей студента як майбутнього фахівця.

У сучасній дидактиці розглядаються різні аспекти самостійної роботи студентів. До організаційних форм навчальної роботи у вищих навчальних закладах необхідно зазначити такі як: лекції, семінари, практичні, лабораторні, індивідуальні, факультативні заняття, самостійна робота студентів, консультації. Вибір організаційної форми навчальної діяльності залежить від мети, завдань, специфіки кожної окремо взятої навчальної дисципліни, кожного окремого заняття.

Самостійна робота як провідна форма організації самостійної навчальної діяльності студентів поряд з різними видами консультацій та науково-дослідною роботою розглядається в роботі О. Малихіна [140]. На думку науковців О. Хоружої [259], В. Черних [266] та ін., самостійна робота студентів є головним резервом оптимізації навчального процесу, і, водночас, потужним стимулом розвитку активності і творчого потенціалу особистості.

Погоджуємося з авторами досліджень І. Дзюбою [74], О. Івановою [92], що самостійна робота студентів є обов’язковою складовою частиною навчального процесу і виправданим засобом оволодіння навчальним матеріалом. Концептуальними засадами самостійної роботи є: готовність до самоосвіти; самостійність в опануванні навчальним матеріалом; самоконтроль і самокорекція рівня самостійних досягнень; розвиток творчих здібностей.

Зокрема, І. Дроздова вважає, що завдання, які виконуються студентами позааудиторно, мають доводитися до відома студентів на стендах чи в інформаційно-методичних матеріалах. Ці завдання мають спрямовуватися на перевірку раніше засвоєних знань та вмінь використовувати ці знання [78].

Науковець Н. Швець [280] у методичних рекомендаціях щодо забезпечення самостійної роботи зазначає, що результативність самостійної роботи багато в чому визначається наявністю активних методів її контролю. Він наголошує, що існують такі види контролю: вхідний контроль знань і умінь студентів на початку вивчення чергової дисципліни; поточний контроль, тобто регулярний контроль рівня засвоєння матеріалу на лекціях, практичних і лабораторних заняттях; проміжний контроль після закінчення вивчення розділу або модуля курсу; самоконтроль, здійснюваний студентом в процесі вивчення дисципліни при підготовці до контрольних заходів; підсумковий контроль по дисципліні у вигляді заліку або іспиту; контроль залишкових знань і умінь через певний час після завершення вивчення дисципліни.

На думку І. Дроздової [78] контроль самостійної роботи студентів є формою зворотного зв’язку, джерелом інформації для викладачів про хід оволодіння студентами навчальним матеріалом, про повноту і міцність його засвоєння. Контроль допомагає студентам критично оцінити свої досягнення та помилки, правильно організувати свою подальшу роботу, забезпечити її системність та регулярність. Ефективність самостійної роботи безпосередньо залежить від поєднання контролюючої діяльності викладача з самоуправлінням та самоконтролем студента. У практиці вищої медичної освіти здійснюються такі види контролю: вхідний, міжсесійний, підсумковий, модульний контроль та ін.

Останніми роками разом з традиційними формами контролю – колоквіумами, заліками, іспитами досить широко вводяться нові методи, тобто організація самостійної роботи виробляється на основі сучасних освітніх технологій. У якості такої технології в сучасній практиці вищої професійної освіти науковець Г. Юшко розглядає рейтингову систему навчання, яка дозволяє студентові і викладачеві виступати у вигляді суб'єктів освітньої діяльності, тобто бути партнерами [290].

На думку деяких вчених-дослідників [170; 280; 282] правильно організована технологія рейтингового навчання дозволяє із самого початку піти

від п’ятибальної системи оцінювання і прийти до неї лише при підведенні підсумків, коли зароблені студентами бали переводяться у звичні оцінки (відмінно, добре, задовільно, незадовільно). Крім того, в систему рейтингової оцінки включаються додаткові заохочувальні бали за оригінальність, новизну підходів до виконання завдань для самостійної роботи або розв’язання наукових проблем. У студента є можливість підвищити навчальний рейтинг шляхом участі у позааудиторній роботі (участь в олімпіадах, конференціях; виконання індивідуальних творчих завдань, рефератів; участь в роботі наукового гуртка і т. д.). При цьому студенти, що не квапляться здавати роботу вчасно, можуть отримати і негативні бали. В той же час, заохочується швидке проходження програми окремими студентами. Наприклад, якщо студент готовий здавати залік або писати самостійну роботу раніше групи, можна додати йому додаткові бали.

Зауважимо, що ефективність самостійної роботи студентів залежить від поєднання контролюючої діяльності викладача з самоконтролем студента; контроль самостійної роботи є формою зворотного зв’язку, джерелом інформації про повноту та міцність засвоєння студентом навчального матеріалу; рівнів сформованості знань, умінь та навичок.

При вивченні кожної дисципліни організація самостійної роботи студентів складається з аудиторної, позааудиторної пошуково-аналітичної самостійної роботи та творчої наукової роботи. Аудиторна самостійна робота реалізується під час лекційних, практичних і семінарських занять. Слід врахувати, що позааудиторна самостійна робота вимагає від студентів щоденної самостійної роботи, яка виконується за завданням викладача. Це завдання щодо підготовки до аудиторних занять, пошуково-аналітична та наукова робота. Всі завдання мають бути розроблені таким чином, щоб у процесі їх виконання безперервно поглиблювалися знання, розвивалося мислення, формувалися уміння та навички.

Зазначимо, що рівень та складність завдань для самостійної роботи залежить від курсу навчання. Так, на 1 – 2 курсах самостійна робота має на меті

поглиблення та закріплення знань та умінь, які студент отримує на лекціях і семінарах. Найдоцільнішими будуть такі форми проведення самостійної роботи, як пошук та огляд наукових джерел за заданою проблематикою, підготовка есе, формулювання понять, глосарію; виконання домашніх завдань до практичних занять, підготовка до семінарських занять різних видів.

Слід враховувати думку В. Колпакова [106], що самостійна робота на старших курсах повинна сприяти розвитку творчого потенціалу студентів та реалізації професійних навичок. Завдання можуть мати як індивідуальний, так і груповий характер, оскільки реальні професійні умови у більшості випадків ґрунтуються на роботі у колективі, де практикуються такі форми самостійної роботи: аналітичний розгляд наукової публікації; презентація – вибір студентом певної теми чи проблеми для презентації та висловлення свого бачення, розуміння або нерозуміння цієї проблеми; підготовка аналізу конкретної виробничої ситуації, підготовка до ситуаційних вправ; підготовка до ділової гри, рольової або командної; підготовка групового проекту; практикум з навчальної дисципліни, тренінгові програми з використанням програмного забезпечення; виконання і захист науково-дослідної роботи.

Самостійна робота, як складова освітнього процесу, виконується студентами під керівництвом викладача, який здійснює аудиторну роботу серед цих студентів. Для виконання студентами завдань із самостійної роботи викладачами розробляються структурно складені методичні рекомендації (план, список літератури, короткий виклад теоретичного матеріалу та перелік практичних завдань).

Вважаємо, що запропоновані у межах третьої педагогічної умови заходи з формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності шляхом практичної спрямованості аудиторної та позааудиторної самостійної роботи студентів можуть сприяти розвитку творчого потенціалу студентів, підвищити рівень фахової компетентності майбутніх медичних сестер, вплинуть на ефективність освітнього процесу, зможуть підвищити рівні сформованості знань, умінь та

навичок, сприятимуть розвитку особистісних і професійно значущих якостей студентів.

Теоретичний аналіз науково-методичних джерел [2; 34; 56; 99; 259] із проблеми дослідження та власний досвід дослідника засвідчили важливість наукового обґрунтування педагогічних умов для забезпечення формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Вважаємо, що процесу формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах сприятимуть такі педагогічні умови:

– підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів”, майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії;

– застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання;

– організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

2.2. Структурні та функціональні компоненти моделі фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Одним із важливих завдань вищих медичних навчальних закладів є підвищення рівня фахової підготовки майбутніх фахівців через використання принципів компетентісного підходу, що вимагає розробки моделі фахової компетентності майбутньої медичної сестри. При молелюванні процесу фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах ми спиралися на дослідження науковців О. Бастракової [19], Л. Борисюк [36; 37], О. Горай [63], О. Жерновникової [82], Л. Кайдалової [96], О. Коваленко [103], М. Мруги [161] та ін.

Досліджуючи проблему формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах необхідно спроектувати модель

досліджуваного явища. Таку модель ми можемо побудувати за допомогою моделювання, тобто її графічного зображення. Розглянемо сутність понять „модель” і „моделювання”. Проведений аналіз теоретичних джерел [33; 161; 192; 216; 245; 250] показав, що поняття „модель” в науці багатозначне і ми будемо основуватись на твердження науковців, які у своїх дослідженнях дають різні визначення цього поняття. Так, у Великому тлумачному словнику сучасної української мови (за редакцією В. Бусел) термін „модель” визначається як зразок, що відтворює, імітує будову та дію будь-якого об’єкта, а, відтак, використовується для отримання нових знань про об’єкт [43].

Зокрема, О. Гранберг, фахівець в галузі методології моделювання економічних процесів, у своїх наукових працях дав наступне визначення: „модель – це такий матеріально чи подумки уявлюваний об’єкт, який в процесі дослідження заміщує об’єкт-оригінал так, що його безпосереднє вивчення надає нові знання про об’єкт-оригінал в роботі” [66, с. 32]. Так, моделювання, на думку В. Пікельної, дає змогу формувати кращу стратегію в діяльності, проте потребує обов’язкового врахування ситуаційних факторів [192, с. 319].

На основі аналізу робіт ряду науковців О. Дубасенюк [216] зробила узагальнений висновок про те, що модель виступає як теоретичний взірець-еталон, водночас моделі є засобом існування знань, носієм знань і штучним елементом, який створюють для кращого пізнання системи. Цілком поділяємо позицію педагогів-дослідників В. Краєвського [116], О. Піддубної [190], В. Пікельної [192] щодо характеристики моделі як штучної системи, яка з певною точністю відображає властивості об’єкта, що досліджується.

В аспекті досліджуваної проблеми наголошуємо, що поняття моделювання має декілька значень: метод пізнання об’єктів через їх моделі; процес побудови цих моделей; форма пізнавальної діяльності; моделювання операцій мислення; спосіб формування рис характеру особистості [109; 296]. У процесі аналізу теоретичних джерел нами проведено вивчення значення терміну „моделювання”. Науковці для розкриття даного поняття застосовують такі дефініції, як „аналогія”, „схожість”, „відповідність”, „симуляція”,

„відтворення”, „імітування” тощо. Взагалі, моделювання є методом дослідження явищ та процесів, яке базується на заміщенні відповідного об'єкта досліджень, тобто оригіналу, іншим, який дуже схожий на нього, тобто моделлю.

Слід звернути увагу на аналіз поняття „моделювання” з теоретико-методологічного міркування. Вчені-педагоги визначають моделювання як процес та метод пізнання, що дає змогу вивчати певні загальні закономірності, оскільки модель допомагає пояснити накопичені факти навіть тоді, коли ще немає розробленої теорії [192, с. 191]; як метод пізнавальної та управлінської діяльності, який уможливлює адекватний опис і цілісне відображення в модельних уявленнях сутності, найважливіших якостей та компонентів системи, отримання інформації про її минулий та майбутній стан та умови побудови, функціонування та розвитку [116, с. 120].

Зазначимо, що в багатьох випадках моделювання визначається як творчий цілеспрямований процес конструктивно-проектувальної, аналітико-синтетичної діяльності з метою відображення об’єкта в цілому або його характерних складових, які визначають функціональну спрямованість об’єкта, забезпечують стабільність його існування та розвитку [245, с. 19].

Особливості застосування методу моделювання освітнього процесу досліджені у працях науковців А. Алексюка [2], Г. Васяновича [41], О. Дубасенюк [79], Л. Кайдалової [97], Р. Кумишевої [125], Л. Семенець [227], П. Сікорського [233], Ю. Сурміна [241], що зумовлено системністю фахової підготовки майбутніх спеціалістів.

Взагалі, сутність моделювання полягає у тому, що властивості відповідного об’єкта репродукуються на іншому, спеціально створеному об’єкті, який називається моделлю. Необхідно зазначити, що у процесі дослідження об’єкта модель є лише засобом його пізнання. Моделювання окреслює певну характеристику мети створення моделі, розкриття складових її структури та об’єктивно існуючих взаємозв’язків між ними, апробацію даної моделі, тобто практичну перевірку.

У своєму дослідженні О. Рудницька вказує, що побудова моделі, як правило, спрощує оригінал, узагальнює його. Це сприяє упорядкуванню і систематизації інформації про нього. Науковець вважає, що кожна модель повинна фіксувати найголовніші риси об'єкта вивчення, а дрібні фактори ускладнюють саму модель і заважають її теоретичному дослідженню [222].

Науковцями О. Березюк [25] та Г. Ващенко [42] зазначається, що моделювання як метод дослідження є логікою спрощення. Взагалі, сам процес спрощення досить складний і суперечливий, тому що він пов'язаний з такими процедурами дослідження, за допомогою яких визначаються предмет, мета і завдання дослідження, формується робоча гіпотеза, проводиться вибір засобів і методів обґрунтування й оцінки предмета дослідження та його властивостей.

Таким чином, вважаємо, що *модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах* являє собою взаємопов'язану систему, яка відображає організацію освітнього процесу, структуру, зміст, форми та методи фахової підготовки майбутнього медичного фахівця, які забезпечують реалізацію цієї підготовки.

Розробляючи модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер, було узагальнено та систематизовано існуючі теоретичні знання щодо сутності та змісту фахової компетентності майбутніх медичних сестер; визначено складові моделі зразка; розроблене графічне зображення моделі, що передбачає чіткі взаємозв'язки між її складовими. Розроблена нами структурно-функційна модель (рисунок 2.1, с. 119) передбачає досягнення поставленої мети та включає певні складові блоки, що є її базовими характеристиками. Кожен блок являється підсистемою, що відрізняється змістом і структурною специфічністю, має відносну автономність і функціональну інтегративність.

На основі системного та компетентісного підходів було виділено блоки: *цільовий, змістовний, діяльнісний, результативно-корекційний.*

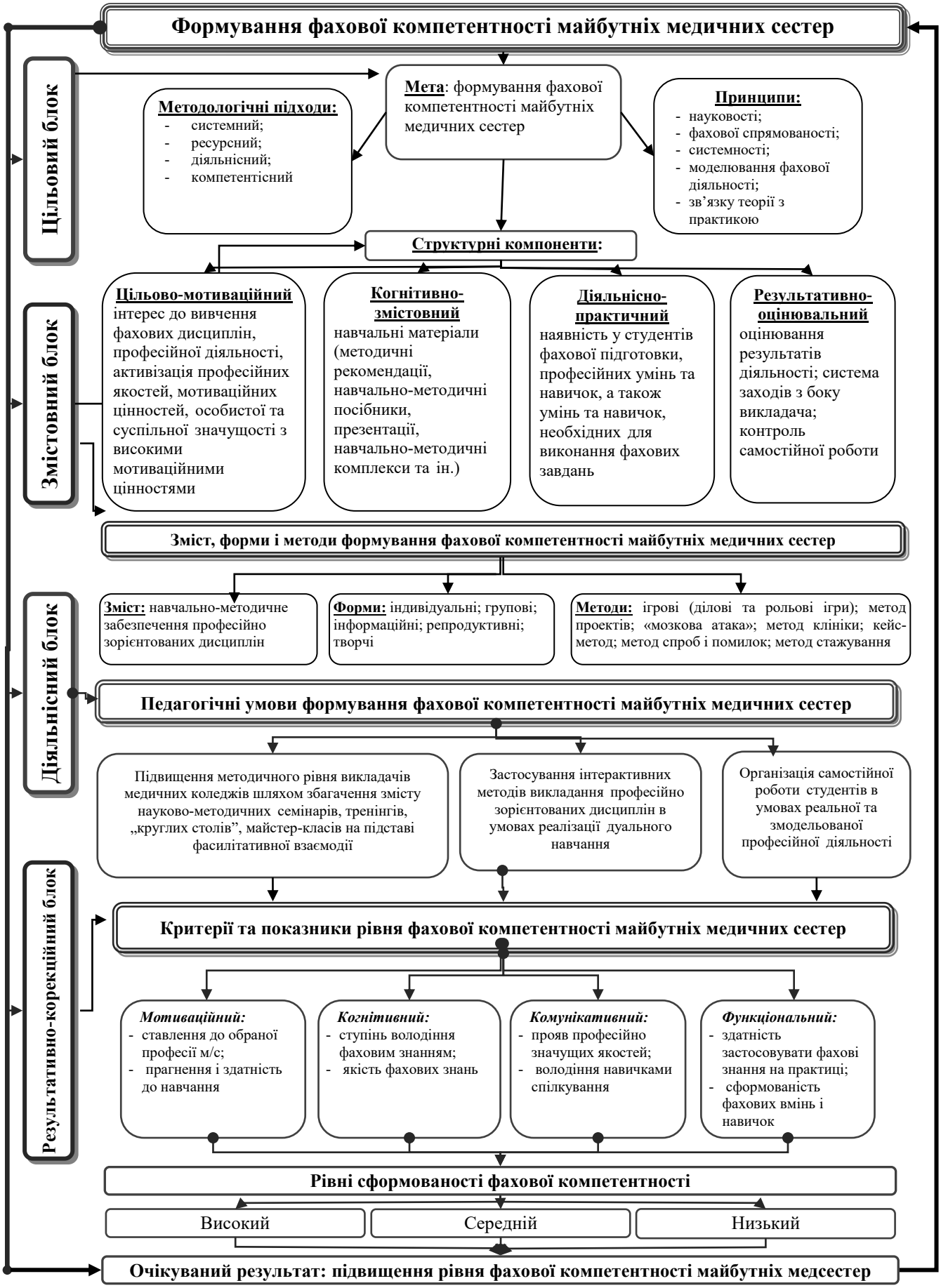

Рис. 2.1. Структурно-функційна модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах

Цільовий блок визначає провідну мету щодо реалізації потреби сучасного суспільства у медичних сестрах, яка конкретизується рядом завдань по формуванню їх фахової компетентності. Цей блок моделі включає в собі мету, завдання, об'єкти (студенти коледжу) на яких здійснюється вплив та суб'єкти, які цей вплив забезпечують (викладачі). У нашому баченні мета виступає у якості інструменту, що створює впорядковану взаємодію між усіма іншими складовими розробленої моделі та надає цілісний вплив на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах. Отже, метою освітнього процесу в розробленій моделі є формування у майбутньої медичної сестри відповідного рівня фахової компетентності.

Змістовний блок включає принципи, методи, форми та засоби педагогічного впливу, що використовуються в освітньому процесі навчального закладу. Насамперед, зазначимо, що педагоги розглядають принципи у якості загальних вимог, які висуває середовище до самої системи навчання. Змістовний блок моделі включає в себе взаємопов'язані компоненти: цільово-мотиваційний (ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання), когнітивно-змістовний (ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань), комунікативно-особистісний (прояв професійно-значущих якостей, володіння навичками спілкування), діяльнісно-контрольний (здатність застосовувати отримані знання на практиці; сформованість професійних вмінь і навичок).

Діяльнісний блок моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах побудований відповідно мети, змісту, структури освітнього процесу та включає відповідні форми, методи та засоби (індивідуальні та колективні), серед яких: проведення для викладачів спеціальних заходів, спрямованих на підвищення якості викладання дисциплін; застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

Результативно-корекційний блок включає критерії (мотиваційний, когнітивний, комунікативний, функціональний) та рівні (високий, середній, низький) сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Проводячи дослідження, ми зможемо дійти висновку, що у практичному значенні модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер дає нам змогу провести усвідомлений пошук оптимальних шляхів формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах та на кінцевому етапі експериментального дослідження дасть можливість встановити чи досягнути очікуваного позитивного результату, а також визначити ефективність проведеного формувального етапу експериментального дослідження. Модель, яка розроблена з метою формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах відповідає чотирьом критеріям, а саме: мотиваційний (ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання), когнітивний (ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань), комунікативний (прояв професійно-значущих якостей, володіння навичками спілкування), функціональний (здатність застосовувати отримані знання, вміння та навички на практиці; сформованість професійних вмінь і навичок).

У цілому вважаємо, що реалізація моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах передбачає активізацію процесу навчання завдяки оптимізації структури та змісту навчання через вплив запропонованих педагогічних умов. Ми виходили з припущення, що втіленням запланованого результату є досягнення запланованого результату.

У процесі експериментального дослідження нами було розроблено таблицю фахових компетенцій відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики медичної сестри з освітнього рівня „молодший спеціаліст” (Додаток А).

Створена модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах є структурно-функційною та містить у собі етапи процесу фахової підготовки, відображає підходи, компоненти, послідовність, взаємозв'язок цих елементів та особливості фахової підготовки медичних сестер у коледжах.

Проведений нами теоретичний аналіз науково-методичної літератури з предмета дослідження дав змогу виявити структурні компоненти моделі: *цільово-мотиваційний, когнітивно-змістовний, діяльнісно-практичний, результативно-оцінювальний*.

Структурно-функційну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах було представлено на рис. 2.1. Дамо загальну характеристику її основним компонентам.

Цільово-мотиваційний компонент включає в себе визначення й обґрунтування цілей формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах і є першим етапом побудови моделі. Формулювання цілей – це комплексний процес, який визначає загальну спрямованість навчально-пізнавальної діяльності студентів (майбутніх медичних сестер). Мета навчання визначається як прогнозування кінцевих результатів спільної діяльності усіх суб'єктів освітнього процесу.

Цільово-мотиваційний компонент процесу формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах визначається цілями і задачами, що ставляться державою до підготовки сучасної медичної сестри та регулюються державними програмами і навчальними планами. Проектування цілей формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах повинно здійснюватися, виходячи з єдності сучасних вимог до підготовки медичних сестер, можливостей розвитку системи навчання, а також визначених педагогічних умов.

Цільово-мотиваційний компонент обумовлює позитивне відношення до успішної фахової діяльності. Поняття мотивації вбирає систему всіх видів спонукань діяльності: мотиви, потреби, інтереси, прагнення, цілі, потяги, ідеали тощо, які безпосередньо визначають спрямованість діяльності людини. Це поняття включає також і компоненти, які не усвідомлюються суб'єктом, а діють на рефлекторному рівні і на рівні підсвідомості. Складність і багатоаспектність проблеми мотивації зумовлює варіативність підходів до розуміння її сутності, природи, структури, а також до методів її вивчення та практичного застосування результатів досліджень [47; 48].

Критерієм цільово-мотиваційного компоненту є усвідомлення значущості готовності майбутніх медичних сестер до фахової діяльності, який відображає стійкий інтерес до вивчення фахових дисциплін, практичний інтерес до професійної діяльності, активізацію професійних якостей у відповідній професійній діяльності, можливість реалізації своїх мотиваційних цінностей до майбутньої професії, активізацію особистої та суспільної значущості з високими мотиваційними цінностями самовдосконалення та самореалізації. Даний критерій передбачає розвиток стійкого інтересу до задоволення і престижу професійної діяльності, постійного професійного удосконалення, творчої реалізації, яке спрямоване на підготовку кваліфікованого працівника відповідного рівня і профілю [88].

Важливим показником є ставлення до обраної професії, обумовлене мотивами, інтересами, нахилами особистості. На думку І. Беха категорія „ставлення" є „ключовою для процесу формування і розвитку особистості, оскільки за її допомогою розкривається сенс єдності людини і світу" [26, с. 151]. Науковець вказує, що особистісні ставлення характеризують ступінь інтересу, силу емоцій, бажань (тому вони й виступають рушійною силою особистості) і виражаються у поведінці суб'єктів, у їх діях і переживаннях.

Ступінь прагнення і здатності до навчання студента залежить від позитивного відношення до процесу навчання та практичного оволодіння даним процесом. Тому в структурі цільово-мотиваційного критерію виділяємо

показник визначення прагнення і здатності до навчання. Даний критерій є надзвичайно важливим і може розглядатися як стержневий у процесі оцінювання якості фахової підготовки медичної сестри.

Таким чином, державне замовлення та вимоги сучасного суспільства, зорієнтовані на формування сучасної медичної сестри як професіонала з високим рівнем фахової медсестринської підготовки, що є основою для визначення цілей навчання й, відповідно, проектування змісту цільово-мотиваційного компонента моделі. Результатом має стати сформована фахова компетентность майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Когнітивно-змістовний компонент включає в себе практичну реалізацію завдань по формуванню фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах. Когнітивно-змістовний компонент моделі складають навчальні матеріали (методичні рекомендації, навчально-методичні посібники, розробки тренінгів, комп'ютерні навчальні презентації, навчально-методичні комплекси та ін.), спрямовані на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах. Когнітивно-змістовний компонент відображає ступінь володіння теоретичними знаннями, також вміння і готовність застосувати отримані знання на практиці; враховується якість знань та розвиненість професійного мислення, що є важливим у формуванні фахової компетентності майбутньої медичної сестри.

Зазначимо, що обов'язково слід враховувати якість знань, яка в педагогіці трактується як співвідношення видів знань (закони, теорії, методологічні й оцінювальні знання) з елементами змісту освіти й тим самим з рівнями засвоєння. Якість знань має такі характеристики: повнота, глибина, гнучкість, оперативність, системність, конкретність, узагальненість [116, с. 137]. На їх основі формується фахова компетентність, тобто розуміння сутності процесів, явищ, фактів і як підсумок – вміння планувати та реалізовувати діяльність, адекватно використовуючи вивчений теоретичний матеріал. При цьому

належний рівень теоретичної фахової підготовки, необхідний для ефективного виконання фахових завдань, забезпечується якістю цих знань.

Основними складовими підготовки майбутніх медичних сестер є теоретична, практична та організація самостійної роботи. Теоретична складова забезпечує формування сукупності теоретичних знань, необхідних для отримання якісних фахових знань. Успішність функціонування цієї складової формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах зумовлюється наявністю високого ступеня володіння фаховими знаннями. Практична складова забезпечує успішну професійну діяльність майбутніх медичних сестер та орієнтована на виконання практичних завдань. У своєму прояві базується на фундаментальних фахових знаннях та пов'язана з професійним мисленням особистості. Складова з організації самостійної роботи характеризує здатність студентів активно використовувати свої можливості для самостійного вирішення будь-яких фахових завдань.

Складові фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах тісно повязані з педагогічними умовами формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Діяльнісно-практичний компонент характеризується показником, який свідчить про наявність у студентів фахової підготовки, професійних умінь та навичок, а також умінь та навичок, необхідних для виконання фахових завдань. Цей етап характеризується якістю теоретичних знань студентів, які вони набувають під час вивчення фахових дисциплін та усвідомлюють їх значення, а також застосування цих знань на практиці.

Діяльнісно-практичний компонент характеризується тим, що отримані знання, вміння та навички, які пройшли через весь цикл навчання у взаємозв'язку та взаємозалежності теорії та практики, впливають на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Результативно-оцінювальний компонент передбачає оцінювання результатів основних етапів навчальної діяльності студентів, ефективності вирішення поставлених дидактичних завдань; систему заходів з боку викладача, спрямованих на втручання у навчально-пізнавальний процес та його коригування з метою досягнення (або покращення) результатів навчальної діяльності майбутніх медичних сестер; контроль самостійної роботи студентів.

Результативно-оцінювальний компонент моделі характеризує кінцевий результат навчання, тобто систему знань й умінь, необхідних для формування фахової компетентності майбутньої медичної сестри, а також сукупність професійно значущих якостей. Він передбачає вимоги до якості фахової підготовки майбутніх медичних сестер та пов’язаний з виявленням, дослідженням й обґрунтуванням відповідних критеріїв і показників якості знань та умінь. Реалізація результативно-оцінювального компонента моделі передбачає розробку й використання відповідних засобів і методів діагностування (тестування, анкетування, вирішення ситуаційних задач, спостереження, аналіз результатів навчання), спрямованих на перевірку, контроль та оцінювання результатів формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Окремим блоком моделі методичної системи навчання представлені педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах, які сприяють цілісності та дидактичній єдності основних компонентів системи, уможливлюють прогнозування й реалізацію шляхів розвитку досліджуваного явища, доповнюють методичну систему навчання науково-теоретичними та емпіричними відомостями, визначають ступінь сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах. У моделі нами були виокремлені рівні формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах: *високий, середній та низький*.

Високий рівень фахової компетентності характеризується: усвідомленням сенсу і значущості професії медсестри, розумінням значення та усвідомленням потреби у навчанні; високим рівнем фахових медичних знань та розвиненістю клінічного мислення; вираженими професійно значущими особистісними якостями, ступенем володіння навичками спілкування; умінням застосовувати фахові знання, вміння та навички для вирішення фахових завдань, проявом готовності до практичної діяльності в реальних виробничих умовах.

Середній рівень фахової компетентності характеризується: достатніми показниками мотивації вибору професії, переважанням зовнішніх позитивних мотивів з орієнтацією на інтереси професійної діяльності, студент має інтерес до отримання знань, проте здатність до сформованості фахових вмінь відбувається під впливом сторонньої допомоги; середнім рівнем фахових медичних знань та розвиненості фахового клінічного мислення; поверхневим усвідомленням професійних якостей медичного працівника, систематичним проявом професійно значущих якостей, незначно завищеною або заниженою самооцінкою; умінням застосовувати знання для вирішення стандартних фахових завдань; опосередкованою творчою активністю.

Низький рівень характеризується: переважанням мотивів вибору професії, пов’язаних із зовнішнім наслідуванням, недостатньою сформованістю інтересу до обраного фаху; недостатнім усвідомленням специфіки обраної професії; простежується ціннісна орієнтація на себе; відсутня потреба до сформованості фахових вмінь; низьким рівнем фахових знань; відсутністю уміння співвіднести власні характеристики з вимогами до професійно значущих якостей фахівця медичного профілю; відсутністю уміння застосовувати фахові знання для вирішення фахових завдань; студент не готовий проявляти себе як фахівець та відповідати за наслідки виконаної роботи.

Таким чином, модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах реалізована через *цільово-мотиваційний, когнітивно-змістовний, діяльнісно-практичний, результативно-оцінювальний компоненти.* Вона уможливлює наочне відображення структури і змісту

фахової підготовки студентів (майбутніх медичних сестер), дослідження можливостей педагогічного управління навчально-пізнавальною діяльністю майбутніх фахівців, розробку відповідного навчально-методичного супроводу і контрольно-діагностичного інструментарію.

2.3. Критерії, показники та рівні фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Аналіз науково-педагогічних праць [18; 21; 32; 107; 112; 218; 219; 275] свідчить про те, що є дослідження присвячені проблемам формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер. У дослідженні визначено основні критерії, показники та рівні сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Визначення критеріїв та показників фахової підготовки досліджені у працях таких відомих педагогів, як Н. Кузьміна [123], О. Маркович [141], М. Монахова [160], А. Петюренко [188] та ін.

Критерії як „мірило достовірності людських знань, їхньої відповідності об'єктивній дійсності" [117], застосовується під час оцінювання, визначення, класифікації, діагностування педагогічних явищ на основі загальнонаукових принципів. Критерій – це принцип оцінки ефективності, а показник – модель кількісної характеристики явища [38]. Науковець М. Монахова розглядає критерій як сукупність основних показників, що розкривають норму, вищий рівень розвитку відповідної якості. Отже, будучи компонентом критерію, показник є типовим і конкретним виявом однією із суттєвих сторін, на підставі якого можна „визнати" наявність якості, судити про рівень її розвитку. Його використання допомагає оцінити якість і рівень її сформованості [160].

Аналізуючи підходи дослідників слід наголосити, що у наукових педагогічних працях щодо формування фахової компетентності майбутніх фахівців, критеріями визначають змістовні елементи структури компетентності, а показниками – кількісні або якісні характеристики властивості, ознаки

об’єкта, що вивчається, тобто міру сформованості того або іншого критерію [23; 151]. При цьому розрізняють якісні показники, які фіксують наявність чи відсутність якоїсь властивості та кількісні показники, які фіксують міру вираженості, розвитку властивості.

Зазначимо, що педагогічна теорія і практика передбачає загальні вимоги до виділення й обґрунтування критеріїв, які зводяться до таких: критерії повинні відображати основні закономірності функціонування і розвитку аналізованого явища; за допомогою критеріїв повинні встановлюватись зв’язки між всіма компонентами аналізованого явища; критерії повинні розкриватися через показники, за якими можна судити про більший або менший ступінь вираженості даного критерію; критерії повинні відображати динаміку вимірюваної якості в часі та просторі; якісні показники повинні виступати в єдності з кількісними та доповнювати один одного [115].

Аналіз психолого-педагогічної літератури дав можливість встановити факт наявності варіативності запропонованих у дослідженнях наукових визначень критеріїв, показників та перевірки їх дієвості.

Автори у науково-педагогічних дослідженнях щодо формування фахової компетентності (І. Балякова [16], О. Барицька [18], Л. Білик [27], Л. Борисюк [36], О. Лисенко [137]) критеріями визначають змістовні елементи структури компетентності, а показниками – кількісні або якісні характеристики властивості, ознаки об’єкта, що вивчається, тобто міру сформованості того або іншого критерію. При цьому розрізняють: якісні показники, які фіксують наявність чи відсутність будь-якої властивості, та кількісні показники, які фіксують міру вираженості, розвитку властивості. Так, критерії та показники ефективності формування фахової компетентності мають охоплювати всі характеристики досліджуваної компетентності, бути взаємопов’язані та в своїй єдності зумовлювати саму організацію цього процесу [46].

Враховуючи зазначені положення, критерії сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер ми розглядаємо як сукупність сутнісних ознак, які дають можливість зробити висновки про стан і рівень її

сформованості, при цьому ступінь сформованості визначається у конкретних показниках, які характеризуються у свою чергу низкою ознак. Критерії та показники ефективності формування фахової компетентності повинні охоплювати всі характеристики досліджуваної компетентності, бути взаємопов'язані між собою та зумовлювати саму організацію цього процесу. Таким чином, критерії сформованості фахової компетентності ми можемо розглядати як сукупність сутнісних ознак, які дають можливість зробити висновки про стан і рівень її сформованості, при цьому ступінь сформованості визначається в конкретних показниках, які характеризуються у свою чергу відповідними ознаками.

Для визначення рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер використовувалися методи педагогічного спостереження, опитування, анкетування. Узагальнення результатів аналізу навчально-методичної літератури та застосованих методів дає змогу зробити висновок, що сформованість фахової компетентності майбутніх медичних сестер можна оцінити за такими критеріями: *мотиваційним, когнітивним, комунікативним, функційним.*

Для визначення показників сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер серед студентів використовувався метод опитування. Аналіз результатів дав можливість визначити такі показники: ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання; ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань; прояв професійно значущих якостей медичної сестри; володіння навичками спілкування; сформованість фахових вмінь і навичок; здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці.

Мотиваційний критерій характеризує ставлення до обраної професії медичної сестри, прагнення і здатність до навчання, усвідомлення студентом сенсу і значущості професії, розуміння значення та усвідомлення потреби у навчанні; визначається рівень сформованості фахових вмінь. *Когнітивний критерій* відображає ступінь володіння фаховими знаннями, враховується

якість знань та розвиненість фахового мислення майбутньої медичної сестри. *Комунікативний критерій* вказує на прояв професійно значущих якостей, які набувають свого розвитку в процесі фахової підготовки медичних сестер, володіння навичками спілкування. *Функційний критерій* містить у собі сформованість фахових вмінь і навичок, здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці для вирішення складних фахових завдань.

Таким чином, у експериментальному дослідженні ми визначили такі критерії формування фахової компетентності майбутніх фахівців у процесі професійної підготовки у медичних коледжах: *мотиваційний, когнітивний, комунікативний, функційний.* Проведений аналіз психолого-педагогічних досліджень, довідкової літератури [29; 30; 42; 43; 144; 146; 235] та запропонованих критеріїв нами були встановлені рівні формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах: високий, середній та низький. Критерії, показники та рівні фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах наведено у табл. 2.1.

Високий рівень фахової компетентності характеризується: за *мотиваційним критерієм* – чітким усвідомленням сенсу і значущості професії медичної сестри, з чітко вираженою ціннісною орієнтацією на людей, розумінням значення та усвідомленням потреби у навчанні, потребою у стійкому прагненні до професійного удосконалення, достатнім рівнем сформованості фахових вмінь; за *когнітивним критерієм* – високим рівнем фахових медичних знань та розвиненістю фахового клінічного мислення; за *комунікативним критерієм* – чітко вираженими професійно значущими особистісними якостями (емоційна рівновага, відповідальність, акуратність, тактовність, чуйність, сумлінність, спостережливість, зібраність, моторність) та здатністю співвіднести вимоги професії з власними характеристиками, ступенем володіння навичками спілкування; за *функційним критерієм* – умінням застосовувати фахові знання, вміння та навички для вирішення складних фахових завдань, проявом ініціативи та готовності до практичної діяльності в реальних виробничих умовах.

Таблиця 2.1

Критерії, показники та рівні формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах

Критерії	Показники	Визначення рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медсестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах		
Мотиваційний	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	*Високий:* усвідомлює сенс і значущість професії, чітко виражена ціннісна орієнтація; усвідомлює потребу у навчанні, має стійке прагнення до професійного удосконалення	*Середній:* у виборі професії переважають зовнішні позитивні мотиви з орієнтацією на професійну діяльність; студент має інтерес до отримання знань, проте це відбувається під впливом сторонньої допомоги	*Низький:* вибір професії пов'язаний із зовнішнім наслідуванням або тиском, недостатньою сформованістю інтересу до обраного фаху; студент не усвідомлює специфіки обраної професії; простежується ціннісна орієнтація на себе
Когнітивний	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	*Високий:* сформований рівень фахових знань та розвиненість фахового клінічного мислення	*Середній:* фахові медичні знання та фахове клінічне мислення розвинуті достатньо	*Низький:* слабкий рівень фахових медичних знань та розвиненості фахового клінічного мислення
Комунікативний	– прояв професійно значущих якостей медичної сестри; – володіння навичками спілкування	*Високий:* виражені професійно значущі особистісні якості та здатність співвіднести вимоги професії з власними характеристиками та адекватною самооцінкою; високий ступінь володіння навичками спілкування	*Середній:* усвідомлює професійні якості, однак не яскраво виражений прояв професійно значущих якостей, незначно завищена або занижена самооцінка; достатній ступінь володіння навичками спілкування	*Низький:* відсутні уміння співвіднести власні характеристики з вимогами до професійно значущих якостей і, як наслідок, значно завищена або занижена самооцінка; слабкий ступінь володіння навичками спілкування
Функційний	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	*Високий:* здатний застосовувати фахові знання для вирішення складних фахових завдань, проявляє готовність до практичної діяльності	*Середній:* здатний застосовувати фахові знання для вирішення стандартних фахових завдань; готовність здійснювати фахову діяльність за сторонньої допомоги	*Низький:*відсутність уміння застосовувати фахові знання для вирішення фахових завдань; студент не готовий проявляти себе як фахівець та відповідати за наслідки виконаної роботи

Середній рівень фахової компетентності характеризується:

– за *мотиваційним критерієм* – достатніми показниками мотивації вибору професії, переважанням зовнішніх позитивних мотивів з орієнтацією на інтереси професійної діяльності, студент намагається досягти успіхів, має виражений інтерес до отримання знань, проте здатність до сформованості фахових вмінь відбувається під впливом сторонньої допомоги;

– за *когнітивним критерієм* виражається середнім рівнем фахових медичних знань та розвиненості фахового клінічного мислення;

– за *комунікативним критерієм* – поверхневим усвідомленням професійних якостей медичного працівника, систематичним, однак не яскраво вираженим проявом професійно значущих якостей, незначно завищеною або заниженою самооцінкою;

– за *функційним критерієм* характеризується умінням застосовувати теоретичні знання для вирішення стандартних фахових завдань; опосередкованою творчою активністю, готовністю здійснювати практичну діяльність у реальних виробничих умовах за сторонньої допомоги.

Низький рівень фахової компетентності характеризується:

– за *мотиваційним критерієм* – переважанням мотивів вибору професії, пов’язаних із зовнішнім наслідуванням або тиском, недостатньою сформованістю інтересу до обраного фаху; недостатнім усвідомленням специфіки обраної професії; простежується ціннісна орієнтація на себе, пріоритетами є власна матеріальна вигода; відсутня усвідомлена потреба до сформованості фахових вмінь;

– за *когнітивним критерієм* характеризується низьким рівнем фахових медичних знань та недостатньою розвиненістю фахового клінічного мислення;

– за *комунікативним критерієм* – відсутністю у студента уміння співвіднести власні характеристики з вимогами до професійно значущих якостей фахівця медичного профілю і, як наслідок, неадекватна (значно завищена або занижена) самооцінка;

– за *функційним критерієм* характеризується відсутністю уміння застосовувати фахові знання для вирішення фахових завдань; студент не готовий проявляти себе як фахівець та відповідати за наслідки виконаної роботи.

Визначені критерії, показники та рівні сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах дозволяють обґрунтувати комплекс педагогічних умов, що забезпечують оптимальне функціонування розглянутого процесу, дають можливість визначити стан сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

У процесі наукового дослідження нами було створено структурно-функційну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах, яка відображена на рис. 2.1 (с. 119).

Отже, система визначених і розроблених нами критеріїв, показників та рівнів формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах дозволить виявити зміни, що відбуваються у процесі формування у майбутніх медичних сестер фахової компетентності у процесі професійної підготовки у медичних коледжах. Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні змісту підготовки та ефективних засобів, форм і методів підготовки студентів у медичних коледжах.

Висновки до другого розділу

У розділі теоретично обґрунтовано та сформульовано педагогічні умови, що сприятимуть формуванню фахової компетентності, приведені у відповідність вимоги до галузевих стандартів, кваліфікаційних характеристик; розроблені методи контролю рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер; визначені критерії та рівні сформованості фахової

компетентності; розроблена модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Проведений нами аналіз психолого-педагогічної та довідкової літератури дав підстави для висновків:

1. Розглянуто розуміння сутності понять „умова" та „педагогічна умова”.

Поняття „умова” є загальнонауковим і включає в себе наявність сприятливих обставин, що уможливлюють або сприяють досягненню мети.

У дослідженні визначено *педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер* як своєрідні, спеціально створені обставини, які містять комплекс взаємопов’язаних заходів, необхідних для організації освітнього процесу із застосуванням різних педагогічних засобів та методів, які зумовлюють якісні зміни, і як наслідок, сформованість фахової компетентності майбутньої медичної сестри, тобто готовність її до роботи за фахом.

2. Науково обґрунтовано та сформульовано педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у коледжах:

– *підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів”, майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії* (збагачення тематики методичних циклових комісій; „модель безперервного тренінгу”, методи фасілітації, модерації; „круглі столи”, майстер-класи; розробка і введення тренінгу для викладачів „Активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки медсестер”);

– *застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання,* що передбачає застосування у викладанні професійно орієнтованих дисциплін ділових та рольових ігор, моделювання професійно-орієнтованих ситуацій, завдань, що вимагають нестандартного підходу до їх розв’язання у процесі реалізації ситуаційних вправ, мультимедійних засобів, конференцій, „методу клініки”,

кейс-методу, методів „мозкової атаки”, проектів, тощо із використанням елементів дуального навчання;

– *організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності* (розробка методичних рекомендацій для організації самостійної роботи; організація самостійної роботи студентів у відділеннях стаціонару (чергування у позанавчальний час під керівництвом медичного персоналу лікарні), у рамках проекту „Швидка допомога”, розробка щоденника для роботи студентів у складі виїзних лікарських бригад станції швидкої медичної допомоги); співпраця з Товариством Червоного Хреста України і організація на базі коледжу загону швидкого реагування.

Створено структурно-функційну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер

3. Визначено критерії, показники та рівні фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Узагальнення результатів аналізу психолого-педагогічної літератури дало змогу зробити висновок, що сформованість фахової компетентності майбутніх медичних сестер можна оцінити за такими критеріями: *мотиваційним, когнітивним, комунікативним, функційним.*

Мотиваційний критерій характеризує ставлення до обраної професії медичної сестри, прагнення і здатність до навчання. *Когнітивний* критерій відображає ступінь володіння фаховими знаннями, враховується якість знань та розвиненість професійного мислення. *Комунікативний* критерій вказує на прояв професійно значущих якостей, володіння навичками спілкування. *Функційний* критерій містить у собі сформованість фахових вмінь і навичок, здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці.

Ці критерії дали змогу виділити три якісно своєрідні рівні формування фахової компетентності медичних сестер: *низький, середній і високий.*

У процесі проведення дослідження була розроблена структурно-функційна модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах, яка містить у собі блоки *(цільовий, змістовний,*

діяльнісний, результативно-корекційний), методологічні підходи, принципи, структурні компоненти *(цільово-мотиваційний, когнітивно-змістовний, діяльнісно-практичний, результативно-оцінювальний)*, педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах (підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності), зміст, форми та методи формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер, критерії *(мотиваційний, когнітивний, комунікативний, функційний)*, показники (*ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання; ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань; прояв професійно значущих якостей медичної сестри; володіння навичками спілкування; сформованість фахових вмінь і навичок; здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці)* та рівні сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах *(високий, середній, низький)*.

Результати дослідження відображено в публікаціях:

– **Поєдинцева Л. Л.** Впровадження активних методів навчання в системі формування якості професійної освіти молодших медичних спеціалістів і бакалаврів. *Шляхи формування якості професійної підготовки молодшого медичного спеціаліста і бакалавра в контексті реформування медичної освіти*. Зб. матер. науково-практ. конф. пед. прац. вищих медичних навч. закл. Куп'янськ : ФОП „Медаль", 2011. С. 88–94.

– **Поєдинцева Л. Л.** Упровадження ділових ігор у підготовку майбутніх медичних сестер. *Наукові записки:* [збірник наукових статей]. М-во освіти і

науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. CV (105). С. 148–153. (Серія педагогічні та історичні науки).

– **Поєдинцева Л. Л.** Самостійна робота у формуванні професійної компетентності майбутніх фахівців. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти.* Збірник наукових праць. Вип. 38-39. Харків, Українська інженерно-педагогічна академія (УІПА), 2013. С. 320–325.

– **Поєдинцева Л. Л.** Розвиток комунікативної компетенції студентів медичного коледжу в практичному навчанні. *Проблеми сучасної педагогічної освіти.* Сер.: Педагогіка і психологія. Зб. статей: Ялта: РВВ КГУ, 2013. Вип. 41. Ч. 6: С. 309–315.

– **Поєдинцева Л. Л.** Роль компетентнісного підходу в професійній підготовці молодших медичних спеціалістів. *Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів*: зб. матеріалів обласної науково-практ. конф., 28 січня 2014 р./ ХОДА ДОЗ, КЗОЗ Харк. баз. мед. коледж №1; за заг. ред. Т. Г. Парафейник. Х.: ХБМК №1, 2014. С. 144–151.

– **Поєдинцева Л. Л.** Роль виховної роботи у формуванні професійної компетентності медичних сестер. *Наукові записки кафедри педагогіки.* Зб. наук. праць. Вип. XXXVII, 2014. С. 243–249.

– **Поєдинцева Л. Л.** Реалізація інноваційних технологій навчання у процесі вивчення професійно орієнтованих дисциплін. *Science and Educationa New Dimension. Pedagogy and Psychology*, II(11), Issue : 22, 2014. P. 52–55.

– **Поєдинцева Л. Л.** Компетентність як складова підготовки майбутніх медичних сестер. *Формування професійної компетентності майбутнього медичного спеціаліста.* Збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практ. інтернет-конф. Суми: Сумський медичний коледж, 2015. С. 186–189.

РОЗДІЛ 3.
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖАХ

3.1. Програма та етапи експерименту формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Мета дослідження полягала у виявленні, теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці педагогічних умов та моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичномих коледжах.

Експериментальна робота була проведена на базі КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової" та КЗОЗ „Ізюмський медичний коледж" протягом 2012 – 2017 рр. У проведенні експерименту взяли участь студенти 2 – 4 курсів медсестринського відділення Куп'янського медичного коледжу та Ізюмського медичного коледжу, а також експертна група викладачів.

В експерименті усього взяли участь 304 студенти (контрольна група КГ-1 – 152 особи і експериментальна група ЕГ-1 – 152 особи), які були задіяні у проведенні дослідно-експериментального дослідження.

Експериментальна програма дослідження передбачала проведення констатувального, формувального та контрольного етапів експерименту, що забезпечувало: проведення попереднього спостереження за професійною підготовкою майбутніх медичних сестер; теоретичне вивчення проблеми дослідження, створення практичних умов експерименту (початок підготовки студентів на першому році навчання та впровадження моделі і комплексу педагогічних умов навчання); визначення контрольних та експериментальних груп, проведення вимірювання у цих групах.

Експериментальне дослідження здійснювалося у три етапи протягом 2012 – 2017 років.

На першому, *констатувальному етапі* (2012 – 2013 рр.) обґрунтовано актуальність і доцільність проблеми дослідження; сформульовано об'єкт, предмет, мету, завдання, методи роботи, визначено теоретико-методологічні засади, розкрито наукову новизну, теоретичне й практичне значення; проведено констатувальний етап експерименту.

Відповідно до завдань *констатувальний етап експерименту* включив у себе:

– проведення анкетування та опитування серед викладачів та студентів коледжу з метою виявлення ефективності використання на заняттях активних та інтерактивних методів навчання;

– визначення рівня рефлексивних вмінь студентів;

– анкетування з метою дослідження рівня сформованості фахової компетентності майбутньої медичної сестри;

– вибір необхідної кількості експериментальних об'єктів;

– підбір оптимальних методів з метою отримання достовірних даних про стан сформованості фахової компетентності у студентів контрольної та експериментальної груп;

– розробку кваліметричної моделі оцінювання рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах;

– визначення вихідного рівня сформованості фахової компетентності у студентів контрольної та експериментальної груп на основі розробленої кваліметричної моделі оцінки рівнів названої категорії.

На другому, *формувальному етапі* (2013 – 2014 рр.) було виокремлено особливості, зміст і структуру фахової компетентності майбутніх медичних сестер, визначено її сутність, критерії та показники рівнів її сформованості у майбутніх медичних сестер; розроблено модель формування фахової компетентності медичних сестер шляхом реалізації означених педагогічних умов (підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі

фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності); проведено формувальний та контролюючий експеримент.

На третьому, контрольному етапі (2014 – 2017) проаналізовано та узагальнено результати дослідно-експериментальної роботи, проведено апробацію результатів дослідження та їх упровадження у практику фахової підготовки майбутніх медичних сестер у медичномих коледжах.

На *констатувальному* етапі для проведення експериментальної роботи нами було застосовано такі методи дослідження:

– теоретичний аналіз літератури з проблеми дослідження;

– анкетування студентів і викладачів (приклади анкет наведено в Додатках Б, В) та опитування з метою вивчення стану викладання професійно-орієнтованих дисциплін у коледжі;

– застосування оптимальних діагностичних методик для отримання початкових результатів про стан сформованості фахової компетентності у студентів контрольної та експериментальної груп;

– спостереження за навчальною діяльністю під час занять за традиційною формою навчання та в експериментальних групах, де застосовуються активні та інтерактивні методи навчання;

– бесіди з викладачами та студентами про організацію освітнього процесу;

– аналіз отриманих відповідей в ході опитування і бесіди;

– ранжирування, узагальнення досвіду, методи експертної оцінки й самооцінки;

– порівняння методів навчання з метою виявлення позитивних та негативних сторін викладання професійно зорієнтованих дисциплін.

На початку експерименту з метою визначення ступеня готовності студентів до навчання залежно від етапу навчання і місця проведення контролю було обрано контрольну групу (КГ-1) та експериментальну групу (ЕГ-1)

(Додаток Г). В обраних групах КГ-1 та ЕГ-1 було проведено зрізи знань, умінь та навичок.

Попередня перевірка проводилась у формах письмових контрольних робіт (завдання для груп КГ-1 та ЕГ-1 наведено в Додатку Д), фронтальних опитувань перед початком практичних чи лабораторних робіт, усної перевірки окремих груп студентів, стандартизованого контролю знань. Нами було розроблено загальні критерії оцінювання знань студентів (див. Додаток Е).

На констатувальному етапі експериментального дослідження було проведено діагностику сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах. Узагальнені результати діагностики сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у 304 студентів наведено нижче у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Кваліметрична модель оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на констатувальному етапі експерименту

№	Критерій (К)	Ваго-мість критерію (М)	Показники	Вагомість показника(m)	(k) гр. ЕГ-1	(k) гр. КГ-1
1.	Мотиваційний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	0,52 0,48	0,50 0,46	0,48 0,46
2.	Когнітивний	0,28	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	0,46 0,54	0,49 0,49	0,49 0,50
3.	Комунікатив-ний	0,16	– прояв професійно значущих якостей; – володіння навичками спілкування	0,52 0,48	0,62 0,54	0,60 0,53
4.	Функційний	0,32	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	0,36 0,64	0,53 0,55	0,52 0,54
	Разом	1,00			0,51	0,50

Результативність формування фахової компетентності випускника медичного коледжу можна охарактеризувати позитивно, якщо студент усвідомлює сенс і значущість професії медичної сестри, розуміє значення та усвідомлює потребу у навчанні, у прагненні до професійного удосконалення, має достатній рівень сформованості фахових вмінь; має високий рівень фахових медичних знань та розвиненість фахового клінічного мислення, виражені професійно значущі особистісні якості, володіє навичками спілкування; уміє застосовувати теоретичні знання для вирішення складних фахових завдань, які потребують творчого підходу, прояву ініціативи та готовність до практичної діяльності в реальних виробничих умовах.

На цьому етапі експерименту були розроблені критерії та показники рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер, яка характеризується визначеними критеріями: мотиваційним, когнітивним, комунікативним, функціональним.

На підставі виокремлених критеріїв, показників та факторів була розроблена кваліметрична модель оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на констувальному етапі експерименту.

Для оцінки рівня сформованості фахової компетентності ми використовували діагностичні методики для визначення вагомості критеріїв та показників сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер на констатувальному етапі експерименту (табл. 3.2).

Встановлено, що фахова компетентність як складне цілісне явище характеризується такими критеріями, а саме: *мотиваційним, когнітивним, комунікативним, функційним.*

Зазначимо, що кожен з критеріїв має свою вагу в межах одиниці, тобто в її частках. Причому сама одиниця символізує вищий прояв фахової компетентності або, якщо говорити мовою кваліметрії, якість у цілому.

Таблиця 3.2

Діагностичні методики для визначення вагомості критеріїв та показників сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер на констатувальному етапі експерименту

Критерії	Показники	Діагностичні методики
Мотиваційний	–ставлення до обраної професії медичної сестри; –прагнення і здатність до навчання	– методика К. Замфир у модифікації А. Реана (методика мотивації професійної діяльності); – опитування студентів за допомогою опитувальника з метою перевірки прагнення і здатності до навчання
Когнітивний	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	– проведення зрізів фахових знань студентів; – метод тестування
Комунікативний	– прояв професійно значущих якостей *(емоційна рівновага, відповідальність, акуратність, тактовність, чуйність, сумлінність, спостережливість, зібраність, моторність)*; – володіння навичками спілкування	– експертне опитування „Оцінювання особистісних професійно значущих якостей медичного працівника”; – застосування методу тестування: тест для визначення слухати та чути (за В. Маклені) і тест на вміння коротко і ясно викладати свої думки
Функційний	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	– анкетування студентів „Здатність застосовувати фахові знання на практиці”; – метод педагогічного опитування; – контроль виконання практичних навичок

Розробка моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах передбачала визначення експертами вагомості кожного критерію шляхом ранжування. Відповідно до досліджуваної проблеми слід відмітити, що педагогічна експертиза є частиною педагогічної

кваліметрії. Вона є сукупністю процедур, які потрібні для одержання колективної думки у формі експертного судження про педагогічний об'єкт. Анкетування, опитування та методи експертної оцінки – це методи соціологічних досліджень, які є теоретичною базою педагогічної експертизи.

Для проведення експериментального дослідження з методів експертних оцінок нами був обраний метод рейтингу (метод оціночної класифікації) та метод бальних оцінок. Із методів соціолого-педагогічних досліджень ми обрали анкетування, опитування, педагогічне спостереження. Основним методом було визнано групову експертну оцінку. За допомогою цього методу здійснювалось формування судження членами експертної групи.

Таблицю показників та методів наведено у таблиці нижче (табл.3.3).

Таблиця 3.3

Показники та методи для проведення експертного дослідження

№ з/п	Показники	Методи
1.	Показники для соціолого-педагогічних досліджень	Анкетування, опитування, педагогічне спостереження
2.	Показники якісні, які вимірюються кількісно	Кваліметричне вимірювання
3.	Рівень навчальних досягнень студентів	Тестування, контроль практичних навичок

Експерт (від лат. expertus – досвідчений) – компетентна особа, яка запрошується у спірних питаннях. Експертом може бути будь-яка особа, яка володіє необхідними знаннями для підготовки висновку (Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 57). До експертів пред'являються такі вимоги: компетентність, здатність до вирішення творчих завдань, об'єктивність оцінювання, позитивне ставлення до експертизи, аналітичність і широта мислення, конструктивність мислення, колективізм і самокритичність.

Для проведення педагогічної експертизи ефективності визначених педагогічних умов, що забезпечують формування фахової компетентності, нами було створену групу із експертів у складі:

1. Брянцев О. М., кандидат медичних наук, директор КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової";

2. Коваленко О. О., кандидат педагогічних наук, завідувач фельдшерсько-акушерського відділення КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової";

3. Луценко Н. М., кандидат медичних наук, викладач КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової";

4. Шаповал. М. М., завідувач навчально-методичного кабінету, викладач-методист КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової";

5.Троц В. М. методист КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової".

Експертам були запропоновані критерії формування фахової компетентності, які підготували заздалегідь. Кожний експерт (член експертної групи) вносив до відповідного стовпчика (номер стовпчика відповідав номеру експерта) кількість балів, які відповідають вагомості критерію: при цьому найбільш вагомому критерію виставляється найбільша кількість балів, максимальна кількість яких відповідає кількості критеріїв, а найменш вагомому – 1. Бали за іншими напрямами виставляються в бік зменшення у порядку зменшення їх вагомості. Так, якщо критеріїв 4, максимальна кількість балів – 4 виставляється найбільш вагомому критерію. Слід пам'ятати, що не можна двом різним критеріям виставляти однакову кількість балів. Нижче наведено таблицю виставлення балів, а також обчислення коефіцієнтів вагомості (∑) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Таблиця балів та коефіцієнтів вагомості

№	Критерії	Вагомість	1	2	3	4	5	Коефіцієнт вагомості (∑)
1.	Мотиваційний	12/50 = 0,24	2	1	1	4	4	12
2.	Когнітивний	14/50 = 0,28	3	3	2	3	3	14
3.	Комунікативний	8/50 = 0,16	1	2	3	1	1	8
4.	Функційний	16/50 = 0,32	4	4	4	2	2	16
		1,0	10	10	10	10	10	50

Обчислення коефіцієнтів вагомості ми здійснювали таким чином:

– підрахували суму балів у кожному рядку;

– обчислили загальну суму балів (сума стовпчика ∑);

– вагомість підрахували як відношення суми рядка до загальної суми;

– коефіцієнти вагомості округлили до сотих та скоригували таким чином, щоб у сумі вони складали одиницю.

Після цього було проведено статистичну обробку результатів анкетування. Завершилося дослідження повторним поданням анкет експертам для остаточного узгодження за результатами обробки. Основним правилом групової експертної оцінки було створення необхідних умов для індивідуального опитування експертів, які не повинні спілкуватися між собою і обговорювати будь-які питання. За результатами багатьох експериментів підтверджується гіпотеза про надійність колективної експертної думки у порівнянні з індивідуальною. Провівши повторну обробку даних спочатку за інтервалами, а потім із визначенням середньої величини стосовно кожного інтервалу було ранжовано критерії, які за вагомістю розташувались у порядку, вказаному у таблиці нижче (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Ранжування критеріїв сформованості фахової компетентності за їх вагомістю

№	Критерій (К)	Вагомість критерію (М)
1.	Мотиваційний	0,24
2.	Когнітивний	0,28
3.	Комунікативний	0,16
4.	Функційний	0,32
	Разом	1,00

Основним елементом кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності є визначення простих властивостей критеріїв, тобто тих показників, які з одного боку найбільш адекватно характеризують кожен критерій, а з іншого – легко піддаються спостереженням, а тому є оцінюваними. На основі аналізу психолого-педагогічної літератури з проблеми

дослідження [19; 26; 42; 247] нами було складено перелік показників кожного критерію (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Перелік показників, які характеризують критерії фахової компетентності

№	Критерій (К)	Вагомість критерію (М)	Показники
1.	Мотиваційний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання
2.	Когнітивний	0,28	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань
3.	Комунікативний	0,16	– прояв професійно значущих якостей; – володіння навичками спілкування
4.	Функційний	0,32	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці
	Разом	1,00	

Зазначений перелік показників було запропоновано на розгляд членів експертної групи. Обговорення показників під час їх розгляду набуло предметного характеру, були внесені пропозиції, розглядався кожний критерій. При затвердженні показників експерти виходили з того, що цей набір показників дає змогу визначати й оцінювати сформованість фахової компетентності.

Наступним етапом у створення моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності стало виявлення вагомості показників кожного критерію (m) шляхом експертної оцінки. Після обробки даних та зведення їх до єдиної системи обчислення, здобуто такі ранжовані ряди вагомостей або значущості показників (табл. 3.7). Представлені дані таблиці 3.7 дають підстави говорити про створення попереднього варіанта кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Таблиця 3.7

Модель кваліметричного підходу оцінки рівнів сформованості фахової компетентності

№	Критерій (К)	Вагомість критерію (М)	Показники	Вагомість показника (m)	Коефіцієнт відповідності (ступінь реалізації) (v)
1.	Мотиваційний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	0,52 0,48	
2.	Когнітивний	0,28	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	0,46 0,54	
3.	Комунікатив-ний	0,16	– прояв професійно значущих якостей; –володіння навичками спілкування	0,52 0,48	
4.	Функційний	0,32	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	0,36 0,64	
		1,00			

З метою реалізації другого завдання формувального етапу експерименту здійснювався пошук оптимальних методик оцінювання показників кожного критерію для отримання достовірної інформації про рівень сформованості фахової компетентності у студентів контрольної й експериментальної груп.

Як відомо, показники кожного критерію характеризуються певними ознаками. Ці ознаки були взяті за основу для визначення ступеню прояву (реалізації) кожного показника у студентів контрольної й експериментальної груп. Нами була прийнята шкала оцінки кожного показника.

Так, показник мотиваційного критерію ($К_1$) „ставлення до обраної професії медичної сестри” характеризується такими ознаками: ставлення до обраної професії медичної сестри, наскільки студент усвідомлює сенс і

значущість професії медичної сестри з чітко вираженою ціннісною орієнтацією на людей.

З метою перевірки рівня ставлення студентів до обраної професії медичної сестри нами було використано методику К. Замфир у модифікації А. Реана (методику мотивації професійної діяльності). У ході констатувального етапу експерименту студентам груп ЕГ-1 та КГ-1 було запропоновано ознайомитись з переліченими мотивами професійної діяльності та дати оцінку їх значимості для себе за п'ятибальною шкалою. Результати проведеного діагностування дозволило представлено у табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Результати діагностування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо рівня ставлення студентів до обраної професії медичної сестри на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-ть студ. ЕГ-1	%	К-ть студ КГ-1	%
1	2	3	4	5	6	7
1,00 – 0,75	усвідомлюють сенс і значущість обраної професії медичної сестри з чітко вираженою ціннісною орієнтацією	Високий	18	11,8	14	9,2
0,74 – 0,5	у виборі професії переважають зовнішні позитивні мотиви з орієнтацією на професійну діяльності	Середній	74	48,7	72	47,4
0,49 – 0,0	вибір професії пов'язаний із зовнішнім наслідуванням або тиском, недостатньою сформованістю інтересу до обраного фаху	Низький	60	39,5	66	43,4
Разом			152	100	152	100

Коефіцієнт відповідності (k) показника „ставлення до обраної професії медичної сестри" визначався за формулою: (Двр × Квр) + (Дср × Кср) + (Днр × Кнр), де Двр, Дср, Днр – усереднений діапазон кількісних оцінок високого,

середнього та низького рівнів; Квр, Кср, Кнр – кількість студентів кожного рівня у відносних одиницях щодо відсотку.

Після проведених підрахунків для студентів експериментальної групи (ЕГ-1) коефіцієнт відповідності (k_1) показника „ставлення до обраної професії медичної сестри" становив:

гр. ЕГ-1 (k_1) = (0,875 × 0,118) + (0,62 × 0,487) + (0,245 × 0,395) = 0,50;

Для студентів контрольної групи (КГ-1) коефіцієнт відповідності (k_2) показника „ставлення до обраної професії медичної сестри" становив:

гр. КГ-1 (k_1) = (0,875 × 0,092) + (0,62 × 0,474) + (0,245 × 0,443) = 0,48.

Показник „прагнення і здатність до навчання" характеризується такими ознаками: розуміння значення та усвідомлення потреби у навчанні, наявність стійкого прагнення до професійного удосконалення, достатній рівень сформованості фахових вмінь. Для перевірки ступеню прояву у студентів контрольної та експериментальної груп означеного показника ми скористались методом опитування. Для цього склали перелік запитань, з якими звертались до студентів контрольної й експериментальної груп. Відповіді отримали у письмовій формі. При оцінці відповідей на запитання була застосована шкала від 0 до 1,0.

Опитувальник містив такі запитання:

1. Чи має для Вас значення навчання?

2. Чи усвідомлюєте Ви потребу у навчанні?

3. Чи прагнете Ви до професійного удосконалення?

4. На Вашу думку, розвиток медсестринства в Україні змінить статус і повноваження медичних сестер?

5. Ви маєте наміри на майбутнє по вдосконаленню свого фахового рівня?

6. Як Ви вважаєте, чи вимагає ваша майбутня професія професійного вдосконалення, підвищення фахового рівня?

7. Чи здатні Ви в майбутньому навчатися та удосконалювати свої знання, вміння для підвищення рівня фахової компетентності?

Обробка отриманих даних дозволила виявити такі тенденції (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Результати діагностування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо рівнів усвідомлення значення прагнення і здатності до навчання для формування фахової компетентності

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-ть студ. ЕГ-1	%	К-ть студ. КГ-1	%
1,00 – 0,75	усвідомлює потребу у навчанні, має стійке прагнення до професійного удосконалення	Високий	16	10,5	14	9,2
0,74 – 0,5	студент має інтерес до отримання знань, проте це відбувається під впливом сторонньої допомоги	Середній	62	40,8	64	42,1
0,49 – 0,0	Студент не усвідомлює специфіки обраної професії, простежується ціннісна орієнтація на себе	Низький	74	48,7	74	48,7
Разом			152	100	152	100

Враховуючи середню кількісну оцінку рівнів прояву (ступеню реалізації) даного показника у студентів експериментальної й контрольної груп, його коефіцієнт (k) становив: ЕГ-1 (k_2) = 0,46; КГ-1 (k_2) = 0,46.

Для підрахунку усередненого коефіцієнта відповідності (ступеню реалізації) за мотиваційним критерієм ($К_1$) для контрольної й експериментальної груп ми скористались наступною формулою:

$К_1 = М_1 \times (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2)$.

Виходячи з цього, усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_1$ становить: $К_1$ (гр. ЕГ-1) = 0,12; $К_1$ (гр. КГ-1) = 0,11

В узагальненому вигляді модель кваліметричного підходу до оцінки рівнів сформованості фахової компетентності за критерієм $К_1$ „Мотиваційний” представлено у табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Фрагмент кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за мотиваційним критерієм

№	Критерій (К)	Ваго-мість фактору (М)	Показники	Ваго-мість показника (m)	Коефіцієнт відповідності (k) ЕГ-1	Коефіцієнт відповідності (k) КГ-1
1.	Мотиваційний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	0,52 0,48	0,50 0,46	0,48 0,46
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_1$				0,12	0,11

Згідно розробленої кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності критерій ($К_2$) „Когнітивний", характеризується такими показниками: ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань.

Ступінь володіння фаховими знаннями характеризується рівнем фахових медичних знань.

Окреслені характеристики були обрані нами в якості ознак для визначення прояву показника „ступінь володіння фаховими знаннями". З метою діагностування груп ЕГ-1 та КГ-1 було проведено зрізи фахових знань студентів. Результати проведених зрізів знань студентів представлено в таблиці нижче (табл. 3.11).

Для студентів експериментальної групи (ЕГ-1) коефіцієнт відповідності (k_1) показника „ступінь володіння фаховими знаннями" становив: гр. ЕГ-1 (k_1) = 0,49. Для студентів контрольної групи (КГ-1) коефіцієнт відповідності (k_2) даного показника становив: гр. КГ-1 (k_1) = 0,49.

Таблиця 3.11

Результати діагностування ступеня володіння фаховими знаннями у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-сть студ. ЕГ-1	%	К-сть студ КГ-1	%
1,00 – 0,75	сформований високий рівень фахових медичних знань	високий	22	14,5	24	15,8
0,74 – 0,5	фахові медичні знання розвинуті достатньо	середній	74	48,7	72	47,4
0,49 – 0,0	студенти демонструють недостатній рівень фахових медичних знань	низький	56	36,8	56	36,8

Показник „якість фахових знань” розкривається через такі сутнісні характеристики: здатність використовувати фахові знання для вирішення стандартних та нестандартних фахових завдань, розвиненість фахового клінічного мислення. Шляхом застосування методу педагогічного тестування (див. Додаток Л) нами були визначені рівні прояву даного показника у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Результати анкетування студентів експериментальної й контрольної груп щодо рівня якості фахових знань на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-ть студ. ЕГ-1	%	К-ть студ КГ-1	%
1,00 – 0,75	розвинуте фахове клінічне мислення	високий	12	15,8	11	14,5
0,74 – 0,5	фахове клінічне мислення розвинуте достатньо	середній	32	42,1	33	43,4
0,49 – 0,0	слабкий рівень розвинутості фахового клінічного мислення	низький	32	42,1	32	42,1

Після проведених підрахунків для студентів груп ЕГ-1 та КГ-1коефіцієнт відповідності (k_2) показника „якість фахових знань” становив:

ЕГ-1 (k_2) = 0,49; КГ-1 (k_2) = 0,50.

Скориставшись формулою

$К_2 = М_2 \times (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2)$,

ми визначили усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_2$ „Когнітивний”.

Виходячи з цього, усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_2$ становить: $К_2$ (гр. ЕГ-1) = 0,13; $К_2$ (гр. КГ-1) = 0,14

В узагальненому вигляді модель кваліметричного підходу до оцінки рівнів сформованості фахової компетентності за критерієм $К_2$ „Когнітивний” представлено в табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Фрагмент кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за когнітивним критерієм

№	Критерій (К)	Вагомість фактору (М)	Показники	Вагомість показника (m)	Коефіцієнт відповідності (k) ЕГ-1	Коефіцієнт відповідності (k) КГ-1
1.	Когнітивний	0,28	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	0,46 0,54	0,49 0,49	0,49 0,50
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_2$				0,13	0,14

Показники третього критерію ($К_3$) „Комунікативний” були виділені на основі аналізу комунікативних здатностей майбутніх медичних сестер. Вони характеризуються такими показниками: прояв професійно значущих якостей; володіння навичками спілкування.

Показник „прояв професійно значущих якостей” вказує на яскраво виражені професійно значущі особистісні якості та здатність співвіднести вимоги професії з власними характеристиками та адекватною самооцінкою.

Отже, з метою перевірки рівня прояву професійно значущих якостей студентів до обраного фаху медичної сестри нами було проведено експертне опитування „Оцінювання особистісних професійно значущих якостей медичного працівника” (Додаток З).

У ході експерименту студентам груп ЕГ-1 та КГ-1 було запропоновано ознайомитись із запропонованою картою експертного опитування, у якій вказані показники, що характеризують якості студента. Карта складена за принципом полярних суджень. Ліворуч – якості, що розкривають якості з позитивної сторони, праворуч – з негативної сторони.

Із позитивних якостей у карті експертного опитування перераховані: емоційна рівновага, доброзичливість, відповідальність, почуття обов’язку, акуратність, тактовність, чуйність, співпереживання, сумлінність, спостережливість, зібраність, моторність, активність. Також визначено перелік негативних якостей: емоційна неврівноваженість, жорстокість, безвідповідальність, недбалість, безтактовність, байдужість, халатність, неуважність, незібраність, бездіяльність.

Студентам було запропоновано вибрати одне з полярних суджень (ліворуч або праворуч), що характерне для даного студента; відзначити кружком одну із цифр, яка відповідає ступені вираженості кожної якості особистості.

Результатами проведеного експертного опитування „Оцінювання особистісних професійно значущих якостей медичного працівника” наведено в таблиці нижче (табл. 3.14).

Згідно проведених обчислень для студентів експериментальної групи (ЕГ-1) коефіцієнт відповідності (k_1) показника „прояв професійно значущих якостей” становив: гр. ЕГ-1 (k_1) = 0,62. Для студентів контрольної групи (КГ-1) коефіцієнт відповідності (k_1) даного показника становив: гр. КГ-1 (k_1) = 0,60.

Таблиця 3.14

Результати діагностування прояву професійно значущих якостей у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-сть студ. ЕГ-1	%	К-сть студ КГ-1	%
1,00 – 0,75	виражені професійно значущі якості та здатність співвіднести вимоги професії з власними характеристиками та адекватною самооцінкою	високий	42	27,6	40	26,3
0,74 – 0,5	усвідомлює професійні якості, однак не яскраво виражений прояв професійно значущих якостей, незначно завищена або занижена самооцінка	середній	78	51,3	76	50,0
0,49 – 0,0	у студента відсутні уміння співвіднести власні характеристики з вимогами до професійно значущих якостей фахівця медичного профілю і, як наслідок, неадекватна (значно завищена або занижена) самооцінка	низький	32	21,1	36	23,7

Показник „володіння навичками спілкування” характеризується ступенем володіння медичної сестри навичками спілкування, особливостями спілкування з пацієнтами різного віку, тяжкохворими, вмінням вислухати, вмінням коротко та ясно викладати свої думки.

Нами були визначені рівні прояву вище вказаного показника у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 шляхом застосування методу тестування: тест для визначення слухати та чути (за В. Маклені) і тест на вміння коротко і ясно викладати свої думки (Додаток И) (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Результати тестування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо володіння навичками спілкування на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-сть студ. ЕГ-1	%	К-сть студ КГ-1	%
1,00 – 0,75	високий ступінь володіння навичками спілкування	високий	30	19,7	28	18,4
0,74 – 0,5	достатній ступінь володіння навичками спілкування	середній	70	46,1	68	44,7
0,49 – 0,0	слабкий ступінь володіння навичками спілкування	низький	52	34,2	56	36,9

Після проведених підрахунків для студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 коефіцієнт відповідності (k_2) комунікативного критерію ($К_3$) за показником „володіння навичками спілкування" складає: ЕГ-1 (k_2) = 0,54; КГ-1 (k_2) = 0,53.

Скориставшись формулою $К_3 = М_3 \times (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2)$, ми визначили усереднений коефіцієнта відповідності за критерієм $К_3$ „Комунікативний".

Виходячи з цього, усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_3$ становить:

$К_3$ (гр. ЕГ-1) = 0,09;

$К_3$ (гр. КГ-1) = 0,08.

В узагальненому вигляді модель кваліметричного підходу до оцінки рівнів сформованості фахової компетентності за критерієм $К_3$ „Комунікативний" представлено в табл. 3.16.

Усереднений коефіцієнт відповідності у кваліметричному вимірюванні за критерієм $К_3$ для експериментальної групи ЕГ-1 складає 0,09 і для контрольної групи КГ-1 – 0,08.

Таблиця 3.16

Фрагмент кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за комунікативним критерієм

№	Критерій (К)	Вагомість фактору (М)	Показники	Вагомість показника (m)	Коефіцієнт відповідності (k) ЕГ-1	Коефіцієнт відповідності (k) КГ-1
1.	Комунікативний	0,16	– прояв професійно значущих якостей; – володіння навичками спілкування	0,52 0,48	0,62 0,54	0,60 0,53
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_3$				0,09	0,08

Відповідно до кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності наступний критерій ($К_4$) – „Функційний” характеризується такими показниками: сформованість фахових вмінь і навичок; здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці.

Показник „здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці” характеризується рівнем уміння застосовувати набуті фахові знання на практиці, у тому числі й для вирішення складних фахових завдань, які потребують творчого підходу.

З метою діагностування груп ЕГ-1 та КГ-1 було проведено контроль виконання студентами практичних навичок при виникненні складних фахових ситуацій. Результати проведеного контролю представлено у табл. 3.17.

Згідно проведених обчислень для студентів експериментальної групи (ЕГ-1) коефіцієнт відповідності (k_1) показника „здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці” становив: гр. ЕГ-1 (k_1) = 0,53. Для студентів контрольної групи (КГ-1) коефіцієнт відповідності (k_2) цього показника становив: гр. КГ-1 (k_1) = 0,52.

Таблиця 3.17

Результати діагностування здатності застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-сть студ. ЕГ-1	%	К-сть студ КГ-1	%
1	2	3	4	5	6	7
1,00 – 0,75	здатний застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці у будь-якій фаховій ситуації	високий	28	18,4	26	17,1
0,74 – 0,5	здатний застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці, опосередкована творча активність	середній	70	46,1	68	44,7
0,49 – 0,0	відсутні уміння застосовувати фахові знання для вирішення фахових завдань	низький	54	35,5	58	38,2

Показник „сформованість фахових вмінь і навичок” розкривається через такі сутнісні характеристики: здатність вирішувати складні фахові завдання, які потребують творчого підходу, прояв ініціативи та готовності до практичної діяльності в реальних виробничих умовах. Шляхом контролю і оцінювання виконання студентами практичних навичок нами були визначені рівні прояву даного показника у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 (табл. 3.18).

Після проведених підрахунків для студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 коефіцієнт відповідності (k_2) показника „сформованість фахових вмінь і навичок” становив: ЕГ-1 (k_2) = 0,55; КГ-1 (k_2) = 0,54.

Скориставшись формулою $К_4 = М_4 \times (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2)$, ми визначили усереднений коефіцієнта відповідності за критерієм $К_4$ „Функційний”.

Виходячи з цього, усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_4$ становить: $К_4$ (гр. ЕГ-1) = 0,17; $К_4$ (гр. КГ-1) = 0,16.

Таблиця 3.18

Результати контролю і оцінювання виконання студентами практичних навичок щодо рівня сформованості професійних вмінь і навичок на констатувальному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Ознаки показника	Рівень прояву	К-сть студ. ЕГ-1	%	К-сть студ КГ-1	%
1,00 – 0,75	здатний вирішувати складні фахові завдання, які потребують творчого підходу	високий	32	21,1	28	18,4
0,74 – 0,5	здатний застосовувати фахові знання для вирішення стандартних професійних завдань; готовність здійснювати практичну діяльність за сторонньої допомоги	середній	70	46	72	47,4
0,49 – 0,0	студент не готовий проявляти себе як фахівець в реальних професійних умовах та нести відповідальність за наслідки виконаної роботи	низький	50	32,9	52	34,2

В узагальненому вигляді модель кваліметричного підходу до оцінки рівнів сформованості фахової компетентності за критерієм $К_4$ „Функційний” представлено в табл. 3.19.

У кваліметричному вимірюванні усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_4$ „Функційний” для експериментальної групи ЕГ-1 складає 0,17, а для контрольної групи КГ-1 дещо нижчий і складає 0,16.

Таблиця 3.19

Фрагмент кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за когнітивним критерієм

№	Критерій (К)	Вагомість фактору (М)	Показники	Вагомість показника (m)	Коефіцієнт відповідності (k) ЕГ-1	Коефіцієнт відповідності (k) КГ-1
1.	Функційний	0,32	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	0,64 0,36	0, 55 0,53	0,54 0,52
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_4$				0,17	0,16

В узагальненому вигляді модель кваліметричного підходу до оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за результатами діагностування представлено в табл. 3.20.

Таблиця 3.20

Кваліметрична модель оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на констатувальному етапі експерименту

№	Критерій (К)	Вагомість критерію (М)	Показники	Вагомість показника (m)	(k) гр. ЕГ-1	(k) гр. КГ-1
1	2	3	4	5	6	7
1.	Мотиваційний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	0,52 0,48	0,50 0,46	0,48 0,46

Продовження табл. 3.20

1	2	3	4	5	6	7
2.	Когнітивний	0,28	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	0,46 0,54	0,49 0,49	0,49 0,50
3.	Комунікатив-ний	0,16	– прояв професійно значущих якостей; – володіння навичками спілкування	0,52 0,48	0,62 0,54	0,60 0,53
4.	Функційний	0,32	– сформованість фахових вмінь і навичок; – здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	0,64 0,36	0,55 0,53	0,54 0,52
	Разом	1,00			0,51	0,50

У процесі визначення загальної кількісної оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів контрольної й експериментальної груп ми зазначимо, що вона відповідає середньо виваженій арифметичній залежності такого вигляду: $К = К_1 + К_2 + К_3 + К_4$.

Отже, К (гр. ЕГ-1) = 0,12 + 0,13 + 0,09 + 0,17 = 0,51;

Таким чином, К (гр. КГ-1) = 0,11 + 0,14 + 0,09 + 0,16 = 0,50.

Зазначимо, що згідно з прийнятим діапазоном кількісної оцінки рівнів сформованості фахової компетентності, усереднений показник її прояву як для експериментальної групи (0,51), так і для контрольної групи (0,50), знаходиться в межах 0,74 – 0,50. Отже, рівень прояву фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на констатувальному етапі експерименту відповідає нижній межі середнього рівня.

Для визначення показників даного рівня ми скористались представленою кваліметричною моделлю оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів медичних коледжів. Визначивши фахову компетентність як комплекс особистісних та професійних якостей, що необхідні для ефективної й

результативної професійної діяльності, що характеризується чотирма окремими критеріями, ми виділили такі показники оцінки кожного критерію:

– $К_1$ „Мотиваційний” – ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання, що характеризується чітким усвідомленням сенсу і значущості професії медичної сестри, з чітко вираженою ціннісною орієнтацією на людей, розумінням значення та усвідомленням потреби у навчанні, потребою у стійкому прагненні до професійного удосконалення, достатнім рівнем сформованості фахових вмінь;

– $К_2$ „Когнітивний” – ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань, що характеризується рівнем фахових медичних знань та розвиненість фахового клінічного мислення;

– $К_3$ „Комунікативний” – прояв професійно значущих якостей; володіння навичками спілкування, який можна охарактеризувати професійно значущими особистісними якостями та здатністю співвіднести вимоги професії з власними характеристиками та адекватною самооцінкою, ступенем володіння навичками спілкування;

– $К_4$ „Функційний” – сформованість фахових вмінь і навичок; здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці, що містить у собі уміння застосовувати фахові знання для вирішення складних фахових завдань, які потребують творчого підходу, прояв ініціативи та готовності до практичної діяльності в реальних виробничих умовах.

Таким чином, ознаки вище вказаних показників, що розподілялись за рівнями прояву згідно прийнятої шкали (табл. 3.8), було взято за основу для характеристики рівня сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1.

Отже, результати проведеного нами обстеження дають підстави аргументовано стверджувати, що фахова компетентність як комплекс особистісних та професійних якостей, що необхідні для ефективної й результативної професійної діяльності, ще не набула ознак стійкої якості у студентів вищих медичних навчальних закладах. Тому завдання формувального

етапу експерименту полягали в практичній перевірці педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Вище перераховані методики були спрямовані на діагностику рівнів сформованості фахової компетентності у майбутніх медичних сестер.

3.2. Реалізація педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Зважаючи на окреслені завдання, реалізація педагогічних умов передбачала: підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організацію самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

Під час проведення дослідження ми впроваджували у навчальний процес активні та інтерактивні методи навчання, які є ефективним засобом навчальної роботи викладача і організації навчально-пізнавальної діяльності студентів щодо формування навичок розумових операцій, здібностей відкривати нові знання, знаходити нові прийоми дій в умовах проблемних ситуацій.

Роботу щодо реалізації першої педагогічної умови моделі формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах – *підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії* – ми розпочали із з'ясування ставлення останніх до застосування на заняттях активних та інтерактивних методів навчання. З цією метою серед викладачів Куп'янського медичного коледжу ім. Марії Шкарлетової та

Ізюмського медичного коледжу було проведено анкетування по раніше розробленим анкетам (Анкету наведено в Додатку Б).

В анкетуванні взяли участь 30 викладачів професійно зорієнтованих дисциплін. Дана анкета допомогла оцінити ставлення викладачів до використання активних та інтерактивних методів навчання на заняттях у процесі підготовки медичних сестер для організації ефективної роботи у медичному коледжі.

Результати проведеного анкетування показали, що 100% викладачів вважають необхідним використовувати на заняттях активні та інтерактивні методи для навчання студентів. Також 85% опитаних вказали, що при проведенні занять поєднують традиційні методи навчання з активними та інтерактивними. На питання „Як часто Ви використовуєте в роботі зі студентами активні та інтерактивні методи навчання?" 58% викладачів відповіли – часто, 22% – рідко, 20% – інколи. По наступному питанню 78,6% респондентів відмітили, що використання активних та інтерактивних методів навчання на заняттях не викликає у них труднощів, у 21,4% – не визначились з відповіддю. Аналізуючи анкети далі, ми вияснили: 100% викладачів вважають, що використання активних та інтерактивних методів навчання викликає інтерес у студентів.

Аналіз результатів показав, що викладачі надають перевагу діловим іграм, рольовим іграм, мультимедійним лекціям, вирішенню ситуаційних задач, методу „мозкової атаки". Також респонденти зазначили, що використовують при проведенні занять і інші методи: лекції-бесіди, проблемні лекції, диспути, дебати, роботу в групах, відеотренінг, проблемно-пошукові методи (евристична бесіда), дослідницькі методи (словесно-індуктивний, словесно-дедуктивний).

Анкетування дозволило чітко визначити як позитивні, так і негативні сторони в організації навчального процесу з використанням активних та інтерактивних методів навчання у професійній підготовці майбутніх медичних сестер у коледжах.

Усі викладачі вказали на позитивні сторони використання активних та інтерактивних методів навчання на заняттях: активізують пізнавальну діяльність студентів; формують стійкий інтерес до дисципліни; розвивають логічне мислення; сприяють кращому запам'ятовуванню матеріалу; підвищують активність студентів; підвищують результативність запам'ятовування і розуміння матеріалу; створюють позитивну мотивацію до навчання і до самоосвіти; активізують самостійну роботу студентів; знання порівнюються з практикою; надається можливість реалізуватись особистісним якостям.

Результати проведеного анкетування викладачів свідчать, що застосування активних та інтерактивних методів навчання має і деякі слабкі сторони, які необхідно враховувати. Під час анкетування викладачі відзначили такі недоліки: для використання активних та інтерактивних методів навчання потрібна тривала підготовка; якщо їх невміло, або дуже часто використовувати, то вони втрачають новизну, зменшують зацікавленість студентів; викладач і студенти знаходяться в постійному емоційно-психологічному напруженні; не всі студенти володіють культурою ведення дискусії, диспуту, круглого столу; працювати активно здатні лише ті студенти, які мають певний інтелектуальний потенціал і чітку мету на подальше життя; недостатнє забезпечення технічними засобами навчання; студенти можуть „загравати ся", якщо весь час використовувати активні та інтерактивні методи, необхідно поєднувати традиційні методи (бо вони дають структуровані знання) з активними та інтерактивними.

Більше половини викладачів вказали що вони використовують у своїй роботі: пошук цікавої інформації, даних, певних тверджень з „Інтернет-мережі"; застосування комп'ютерних технологій (використання комп'ютерних тестів для модульного контролю, користування електронною бібліотекою); тестові завдання в картинках, на логічну послідовність; мультимедійні технології (слайди з фото, відео-матеріали); метод кейсу; метод проектів; поєднання декількох активних та інтерактивних методів навчання.

Вищезазначене дозволило дійти висновку, що всі викладачі вважають за необхідне використовувати активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки студентів.

Для реалізації першої умови нами було проведено такі заходи, як: засідання циклових предметних комісій із збагаченням їх тематики; організовано заходи щодо підвищення педагогічної майстерності викладачів: „модель безперервного тренінгу” (Konstanzer Trainingsmodell), методи фасілітації, модерації; участь у семінарах та конференціях; „круглі столи" на тему: „Професійні проблеми. Визначення шляхів їх усунення”; „Активні та інтерактивні методи навчання в процесі фахової підготовки медичних сестер”; майстер-класи; створено навчально-методичне забезпечення занять, розробка і введення тренінгу для викладачів „Застосування активних та інтерактивних методів навчання в процесі викладання фахових дисциплін”.

Як показали запропоновані у межах першої педагогічної умови заходи, упровадження сучасних форм та методів з метою підвищення методичної підготовки викладачів дозволяє оптимально вирішувати актуальні проблеми вищої професійної освіти, забезпечує високий рівень професійної компетентності майбутніх фахівців, впливає на ефективність освітнього процесу та сприяє розвитку особистісних і професійно значущих якостей викладача вищого медичного навчального закладу.

У ході формувального етапу експерименту ми переконались, що запропоновані заходи відповідно до першої педагогічної умови забезпечують підвищення методичної грамотності та педагогічної культури викладачів.

Реалізація другої педагогічної умови формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах *(застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання)* передбачала застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки медичних сестер як під час навчальних занять у коледжі, так і під час практичних занять у стінах

лікувальних закладів (ділових та рольових ігор, ситуаційних вправ, методу „мозкової атаки”, методу проектів, кейс-методу тощо).

Моделювання ігрових ситуацій, що вимагали нестандартного підходу до їх розв’язання, в експериментальній групі відбувалося завдяки використанню ділових ігор. Останні набули поширення при вивченні професійно зорієнтованих дисциплін.

Наприклад, із дисципліни „Основи медсестринства” під час вивчення теми „Парентеральне введення лікарських засобів” студентам пропонували виконати функціональні обов’язки медичної сестри маніпуляційного кабінету лікувального закладу. На заняттях з дисципліни „Медсестринська етика та деонтологія” – підготувати сценарій фахової ситуації на одну із заданих тем: „Спілкування медичної сестри з тяжкохворим пацієнтом”; „Порушення медичної етики”; „Поведінка медичної сестри з помираючим хворим”; „Проблеми взаємин в медичному співтоваристві”; „Проблеми взаємин з хворими і їх родичами”.

Участь студентів у ділових іграх сприяла прояву ініціативи, обміну думками і спостереженнями, формуванню умінь співвідносити свої погляди й оцінки з професійними вимогами, виробленню власної позиції.

Метод ділової гри був використаний при проведенні практичного заняття в групі ЕГ-1 з дисципліни „Основи медсестринства” за темою „Парентеральне введення лікарських засобів”.

Як показали спостереження, проведення ділової гри у навчальному процесі завжди стикається з протиріччям: навчання є завжди процесом цілеспрямованим, а гра за своєю природою має невизначений результат. Тому завдання педагога при застосуванні гри у навчанні полягало у підпорядкуванні гри визначеній дидактичній меті.

Ігрова модель навчання в групі ЕГ-1 продемонструвала, що крім основної дидактичної мети, ще й реалізовується комплекс цілей: забезпечення контролю виведення емоцій; надання студенту можливості самовизначення; надихання і

допомога розвитку творчої уяви; надання можливості висловлювати свої думки (розробку ділової гри наведено у Додатку Т).

Студенти ЕГ-1, використовуючи ігрові методи, перебували в інших умовах, ніж студенти групи КГ-1, у яких навчання було традиційним. Студентам надавалась максимальна свобода інтелектуальної діяльності, яка обмежується лише визначеними правилами гри. Студенти самі обирали власну роль у грі, висуваючи припущення про ймовірний розвиток подій, створювали проблемну ситуацію, шукали шляхи її розв'язання, беручи на себе відповідальність за обране рішення. Викладач при використанні ігрових методів виступав як: інструктор (ознайомлення з правилами гри, консультації під час її проведення), суддя-рефері (коректування і поради з розподілу ролей), тренер (підказки студентам для прискорення проведення гри), головуючий, ведучий (організатор обговорення).

Проведена ділова гра імітувала реальність призначенням ролей учасникам і наданням їм можливості діяти у ситуаціях, максимально наближених до реальних клінічних умов. Кожна особа в діловій грі чітко знала зміст її ролі та мету ділової гри взагалі.

Метою ділової гри було визначення ставлення до конкретної життєвої ситуації, набуття досвіду шляхом гри, допомога навчитися через досвід та почуття. Ділова гра може також використовуватися для отримання конкретних навичок, наприклад, безпечної поведінки в певній ситуації тощо.

Зауважимо, що розігрування конкретної професійної ситуації за ролями допомогло студентам групи ЕГ-1 виробити власне ставлення до неї, набути досвіду шляхом гри, сприяло розвитку уяви і навичок критичного мислення, здатності знаходити й розглядати альтернативні можливості дій, співчувати іншим.

У ході ділової гри студенти ЕГ-1 „розігрували" визначену професійну ситуацію. Ділова гра потребувала попередньої підготовки викладачів і щоб організувати роботу, перед цим було необхідно:

– розробити сценарій ділової гри;

– сформулювати проблему, яку буде ілюструвати ділова гра;

– спільно зі студентами визначити кількісний склад учасників ділової гри і спостерігачів, а також подумати, як доцільніше працювати над грою: усією групою чи одночасно кількома малими групами, заохочувати нерішучих студентів до співучасті;

– надати студентам достатньо інформації, щоб вони могли переконливо виконувати свої ролі і, одночасно, вчитися.

Підготовка й тренування студентів:

– дати студентам час на обдумування ситуацій своїх ролей;

– забезпечити активну участь всієї групи в проведенні вправи;

– не забути про ретельне обговорення й міркування студентів з приводу вправи, які треба обов'язково вислухати наприкінці.

Ділова гра проводилася в обстановці довіри, щоб студенти не почувалися ніяково; студенти повинні розуміти, що реагувати можна по-різному; практика допоможе студентам почувати себе впевненіше при проведенні таких вправ.

Після виконання вправ проводиться ретельний і поглиблений аналіз студентами ЕГ-1 та „спостерігачами" набутого досвіду, їхніх думок та почуттів.

По закінченню гри ми провели детальне обговорення ситуації і кожен учасник відповів на запитання:

– Як ви себе почували в тій чи іншій ролі?

– Що сподобалось під час гри, а що – ні?

– Чи бували ви самі в подібній ситуації?

– Чи була вирішена проблеми? Чому? Як вона була вирішена?

– Яку іншу лінію поведінки можна було б вибрати?

– Яким чином цей досвід може вплинути на ваше подальше життя?

Під час обговорення результатів ділової гри кожен зі студентів взяв участь у проведенні аналізу та підведенні підсумків запропонованої професійної ситуації. Виконувач кожної з ролей в даній грі розповів про свої відчуття стосовно перебування у тій чи іншій ролі, студентам найбільш

сподобалось виконання функцій медичної сестри. Також обговорювались схожі професійні ситуації та проблеми, які траплялися у студентів або їх знайомих під час перебування або відвідування лікарні, обмірковувались шляхи вирішення цих ситуацій. Учасники гри пропонували різноманітні варіанти вирішення проблем та зробили висновки.

Дуже важливим був розподіл рольової гри за часом. На пояснення умов припадало приблизно 10 – 15% часу, на роботу в малих групах – 15 – 25%, на презентацію й обговорення – 40 – 50%, на підсумки – до 15%.

Після обговорення теоретичних питань учасниками, які об'єднані в групи, пропонувалось виконати практичні дії медичної сестри в визначених професійних ситуаціях: при роботі в маніпуляційному кабінеті та стерилізаційній.

Студенти показали високу активність при виконанні запропонованих їм завдань, продемонстрували особливості роботи медсестри маніпуляційної та стерилізаційної, були досить переконливими при виконанні своїх ролей.

Особливо широкого застосування в експериментальній групі набули стандартні та нестандартні ситуаційні вправи. Викладачами було створено кейси ситуаційних задач з кожної навчальної дисципліни відповідно до визначених циклів підготовки молодшого медичного персоналу в умовах медичного коледжу. Наприклад, під час вивчення теми „Транспортування та перекладання пацієнта" з дисципліни „Основи медсестринства" студентам експериментальної групи пропонували розв'язати такі ситуаційні задачі:

1. Пацієнт знаходиться в ліжку і не може самостійно перевернутися і підняти голову, руки. Як називається таке положення?

2. Пацієнта транспортують на ношах по сходах на 3-й поверх головним кінцем вперед, нижній кінець трішки піднятий з метою утворення горизонтального положення. Правильно чи не правильно відбувається транспортування?

3. На каталці відбулося транспортування інфекційного хворого. Що треба зробити з каталкою та її оздобленням після цього?

4. В палату на ношах доставлений пацієнт і головний кінець нош знаходиться біля ножного кінця ліжка. Чи правильно розташовані ноші? Якщо не правильно, то чому?

5. Ви – палатна медсестра. З приймального відділення до вас в палату доставлено на ношах безпорадного пацієнта в несвідомому стані. Розміри палати і розташування в ній ліжок не дозволяють поставити ноші під прямим кутом до ліжка пацієнта. Яким способом ви скористаєтесь для перекладання пацієнта на ліжко?

6. Пацієнт за станом здоров'я займає в ліжку вимушене положення – проміжне між напівсидячи і напівлежачи. Як називається таке положення?

7. Безпорадний пацієнт, що знаходиться на постільному режимі близько місяця, за допомогою медперсоналу розміщений з метою запобігання розвитку пролежнів в проміжному положенні між лежачи на боці і на животі. Як називається таке положення?

8. Знесилений пацієнт порушив призначений лікарем постільний режимі, не попередивши медсестру, пішов в туалет. По дорозі він упав в коридорі. Які ваші дії як чергової медсестри в такому випадку?

9. Пацієнтці гінекологічного відділення, що знаходиться на палатному режимі, лікарем призначене рентгенологічне дослідження сечовивідної системи. Як доставити пацієнтку в рентгенкабінет, якщо гінекологічне відділення знаходиться на 3-му поверсі, а рентгенкабінет – на першому. Транспортного ліфта у лікарні немає.

10. Ви – палатна медсестра хірургічного відділення. Вам необхідно перекласти пацієнта, якого доставили з операційної на каталці, в ліжко. Допомагатимуть вам старша медсестра відділення і молодша медсестра. Хто з вас повинен стати в центрі, щоб прийняти на себе найбільшу вагу?

11. Ви – медсестра приймального відділення лікарні, куди поступає пацієнт з направленням до неврологічного відділення. Його привела дружина, тому що пацієнт похитується під час ходьби невпевнено тримається на ногах.

Який вид транспортування даного пацієнта ви виберете, якщо неврологічне відділення розташоване на 1-му поверсі поруч з приймальним?

У процесі опанування студентами експериментальної групи теми „Дезінфекція і стерилізація” з навчальної дисципліни „Основи медсестринства” пропонували для розгляду ситуаційні задачі (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

Ситуаційні задачі з дисципліни „Основи медсестринства”

№	Задача	Еталони відповіді
1.	Медична сестра після того, як зняла одноразову систему для в/в крапельного введення пацієнту, замочила її у дез. розчині, а потім викинула. Оцініть дії медсестри.	Зробила невірно, спочатку необхідно було зруйнувати її, а потім дезінфікувати, одноразові системи можна не викидати, а використовувати для дренажів.
2.	Медична сестра перед виконанням в/в ін’єкції одягла на себе спецодяг: халат, шапочку, маску, захисні окуляри. Оцініть її дії.	Зробила не все вірно, бо забула одягти гумові рукавички.
3.	Виконуючи взяття крові з вени, у медичної сестри в руках лопнув шприц, порушивши цілісність шкіри та гумових рукавичок. Ваші дії.	Необхідно видавити кров з рани, руку занурити в дез. розчин, зняти там гумові рукавички, рану обробити йодом, вимити руки з милом, обробити їх 70% етиловим спиртом.
4.	Необережно беручи пробірку з кров’ю, медсестра перелила її собі на руки та халат. Її дії.	Шкіра обробляється дез. розчином, халат також, потім змінюють халат на чистий.
5.	Кров хворого потрапила Вам на шкіру, незахищену рукавичками, для обробки шкіри у вас є препарати вибору: 70% етиловий спирт та 3% розчин хлораміну. Яким краще скористуватися?	3% р-ном хлораміну, бо 70% етиловий спирт фіксує кров до шкіри.
6.	Необережно взявши пробірку з кров’ю хворого, медсестра впустила її на підлогу та розбила. Дії медсестри.	Необхідно ганчіркою, змоченою в дез. розчині, закрити кров на підлозі. Якщо кров потрапила на спецодяг, то замочити його в дез. розчині, якщо на шкіру, то обробити ділянки дез. розчином.

Підкреслимо, що під час вирішення таких ситуаційних вправ головним поставало не вміння студентів працювати без сторонньої допомоги, а здатність розв'язувати цілісні завдання, що містять усі компоненти діяльності молодшого медичного персоналу. Серед них перевага надавалась формуванню умінь і навичок виділяти проблему, визначати цілі та складати план її вирішення, аналізувати, прогнозувати й приймати виважене рішення, що є запорукою формування фахової компетентності медичного працівника. Підкреслимо, що найважливішим компонентом при цьому виступало саме прийняття студентами самостійного рішення, а також їхня активна участь у колективному оцінюванні та самооцінюванні процесу прийняття такого рішення.

Для активізації навчальної діяльності студентів розробляються кейси з професійно зорієнтованих дисциплін, ділові ігри, різнорівневі завдання, методичні сценарії, індивідуальні і групові критерії оцінювання студентів. Так, кейс-метод із застосуванням технології проблемного навчання і міждисциплінарної інтеграції з елементами алгоритмізації і тренінгу широко застосовується під час проведення практичних занять з „Основ медсестринства". Нами були розроблені наступні кейси „Шляхи введення лікарських засобів", „Разом з медичною сестрою", „Робота постової медичної сестри", „Транспортування у відділення" та ін.

Як один із активних методів, кейс-метод, може застосовуватись як для закріплення знань та вмінь студентів, так і для взаємозв'язку теорії з практикою. Застосування кейс-методу при викладанні професійно-орієнтованих дисциплін вимагає від викладача відповідного досвіду, глибоких знань у проведенні дискусії та аналізу ситуацій. Кейс-метод передбачає більших затрат часу і вимагає від викладача вміння відмовитись від своїх особистих суджень та упереджень. Даний метод має сприяти удосконаленню здатності ізолювати проблеми та вміти приймати вірні рішення.

Таким чином, під час викладання дисципліни „Основи медсестринства", при застосуванні кейс-методу важливо те, що цей метод допомагає максимально наблизити навчання студентів в кабінетах коледжу до реальних

умов роботи медичної сестри. Все це сприяє тому, що студенти розвивають у собі більш широкі можливості для аналізу та оцінки наслідків різних рішень, розробляють програми дій, що, в свою чергу, мотивує їх до правильної поведінки у випадку, коли настане час діяти в реальній клінічній ситуації.

Звертаємо увагу на те, що кейс-метод сприяє зацікавленню студентів навчальним матеріалом, взагалі навчальною дисципліною, сприяє якісному засвоєнню знань та практичних навичок, стимулює індивідуальну активність кожного студента. Викладач може сформувати професійний інтерес до окремого захворювання або до будь-якої медичної ситуації, розвивати клінічне мислення. Для кращого розуміння і засвоєння матеріалу при вивченні складних клінічних професійних ситуацій приводяться приклади з особистого досвіду, зачитуються витяги з медичної картки стаціонарного хворого, закріплюється матеріал шляхом розбору і вирішення нетипових ситуаційних задач і ін.

Обговорення кейсу в групі та його індивідуальний аналіз дають набагато більше можливостей для розвитку фахової майстерності, ніж заучування матеріалу з підручника чи тексту. Також вважаємо, що впровадження активних та інтерактивних методів навчання дає можливість добитися кращих результатів, ніж застосування тільки традиційних методів.

Таким чином, разом з удосконаленням аналітичних навичок, активні та інтерактивні методи стимулюють розвиток критичного мислення, вони є дієвою формою перевірки знань, розвивають здатність відокремлювати важливе від другорядного, виховують почуття відповідальності у процесі навчання. Слід зазначити, що за допомогою методів інтерактивного навчання до роботи залучаються всі студенти групи, є змога працювати з відстаючими студентами, оскільки у них значно гірше розвинуті навички виділяти основне, самостійно мислити, працювати з літературою, планувати свої дії. На заняттях із застосуванням інтерактивних методів широко застосовується наочність (ілюстрація, спостереження, демонстрація), що сприяє кращому засвоєнню студентами конкретної теми.

Інтерактивні методи сприяють успішному формуванню умінь і навичок студентів, дають чітку мотивацію і мету заняття, наближають його до реальних клінічних умов, в яких вони будуть працювати у майбутній професійній діяльності.

Ми вважаємо, що важливим фактором, який впливає на формування професійних навичок і умінь, а в подальшому і на формування професійної компетентності, є якість роздаткового матеріалу для проведення практичних занять, зокрема алгоритмів до виконання практичних навичок, протоколів виконання практичних навичок. З цією метою було розроблено збірник алгоритмів до виконання практичних навичок та збірник протоколів виконання практичних навичок згідно з навчальною програмою, у відповідності до вимог освітньо-професійних програм та освітньо-професійних характеристик, сучасними діючими режимними наказами. Кожна навичка має певну структуру і включає в себе мету, необхідне обладнання та інструментарій, алгоритм виконання, заповнення відповідної документації, за необхідності містить схеми, малюнки, таблиці. Такі збірники студенти мають на заняттях, у тренажерному залі і це допомагає студенту опанувати практичну навичку і самостійно відпрацювати її, а багаторазові тренінгові повторення навичок дозволяють їх вдосконалити, довести до автоматизму, і таким чином, формується професійне вміння і, як підсумок – фахова компетентність.

У рамках експериментального дослідження нами було проведено анкетування студентів (304 особи) медичних коледжів, метою якого було з’ясування їх відношення до використання активних та інтерактивних методів навчання на заняттях (Анкету наведено в Додатку В).

Більшість студентів (98%) позитивно відносяться до активних та інтерактивних методів навчання, 2% – з обережністю. Опитування показало, що активні та інтерактивні методи навчання не часто використовуються на заняттях. Зокрема, 100% респондентів вказали про підвищення інтересу до дисциплін, які викладаються із застосуванням активних та інтерактивних методів навчання. У 86% студентів навчання з використанням активних та

інтерактивних методів навчання не викликає труднощів, 11% – не визначились з відповіддю, лише 1 студент вказав, що виникають труднощі при застосуванні даних методів на заняттях.

Найбільш доступними та цікавими для студентів є ділові ігри, рольові ігри, демонстрація слайдів, відео-тренінг, вирішення ситуаційних задач, метод „мозкового штурму".

Анкетування дозволило визначити як позитивні, так і негативні сторони в використанні активних та інтерактивних методів навчання на заняттях. На питання „Чи бачите Ви позитивні аспекти у використанні активних та інтерактивних методів навчання?" у 8% опитаних виникли труднощі з відповіддю, а 92% студентів відповіли „Так", вказавши такі позитивні аспекти: активні та інтерактивні методи навчання викликають зацікавленість з дисципліни; краще розуміння і запам'ятовування матеріалу; навчальний матеріал стає більш зрозумілим, доступним; активізується пізнавальна діяльність; наближення ситуацій до реальних.

Більшість студентів (98%) відповіли, що вони не знаходять недоліків у використанні активних та інтерактивних методів навчання, решта (2%) – відмітили недостатнє забезпечення технічними засобами навчання.

Спостереження свідчать про ефективність впровадження активних та інтерактивних методів навчання, коли потрібно відійти від стереотипних рішень і активізувати пізнавальну діяльність студентів.

В ЕГ-1 було проведено ділову гру за темою „Парентеральне введення ліків". На першому етапі організація роботи передбачала:

1. Попередню підготовку викладача:

– сформулювати проблему, яку буде ілюструвати ділова гра;

– спільно зі студентами визначити кількісний склад учасників ділової гри і спостерігачів, а також подумати, як доцільніше працювати над грою: усією групою чи одночасно кількома малими групами, заохочувати нерішучих студентів до співучасті;

– надати студентам достатньо інформації, щоб вони могли переконливо виконувати свої ролі і, одночасно, вчитися;

– продумати, як буде проходити ділова гра, скласти сценарій.

2. Підготовку й тренування студентів:

– дати студентам час на обдумування ситуацій своїх ролей;

– забезпечити активну участь всієї групи в проведенні вправи;

– не забути про ретельне обговорення й міркування студентів з приводу вправи, які треба обов'язково вислухати наприкінці.

3. Не чекати відшліфованої гри із самого початку, дати студентам провести ділову гру й імітувати різні ситуації, змінювати види діяльності.

4. Такі вправи повинні проводитися в обстановці довіри, щоб студенти не почувалися ніяково; студенти повинні розуміти, що реагувати можна по-різному; практика допоможе студентам почувати себе впевненіше при проведенні таких вправ.

5. Після закінчення вправи проводиться ретельний і поглиблений аналіз учасниками та „спостерігачами" набутого досвіду, їхніх думок та почуттів.

6. Подумати про вихід студентів із ролей. Для цього треба провести детальне обговорення ситуації. Бажано, щоб кожен учасник відповів на запитання:

- Як ви себе почували в тій чи іншій ролі?
- Що сподобалось під час гри, а що – ні?
- Чи бували ви самі в подібній ситуації?
- Чи була вирішена проблеми? Чому? Як вона була вирішена?
- Яку іншу лінію поведінки можна було б вибрати?
- Яким чином цей досвід може вплинути на ваше подальше життя?

Після обговорення теоретичних питань учасниками, які об'єднані в групи, пропонувалось виконати практичні дії медичної сестри у визначених професійних ситуаціях: при роботі в маніпуляційному кабінеті та стерилізаційній.

Студенти показали високу активність при виконанні запропонованих їм завдань, продемонстрували особливості роботи медсестри маніпуляційної та стерилізаційної, були досить переконливими при виконанні своїх ролей.

Було оцінено вибірково 90 студентів, із них: 48 студентів групи ЕГ-1 (53%) і 42 студенти групи КГ-1 (47%) (рис. 3.1, 3.2).

Після підбиття підсумків отримали оцінки 48 учасників експериментальної групи:

„5” – 18 студентів, „4” – 24 студенти, „3” – 6 студентів.

В контрольній групі оцінки отримали 42 студенти:

„5” – 12 студентів, „4” – 12 студентів, „3” – 18 студентів.

Підрахунки показали, що в експериментальній групі ЕГ-1 виявився середній бал оцінювання – 4,2, а в контрольній групі КГ-1 середній бал – 3,8.

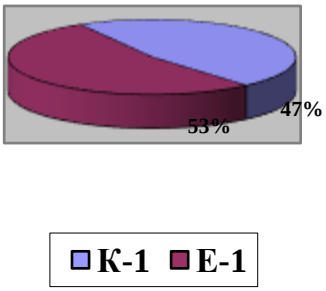

Рис. 3. 1. Кількість оцінених студентів, що навчались за традиційними методами та активними методами

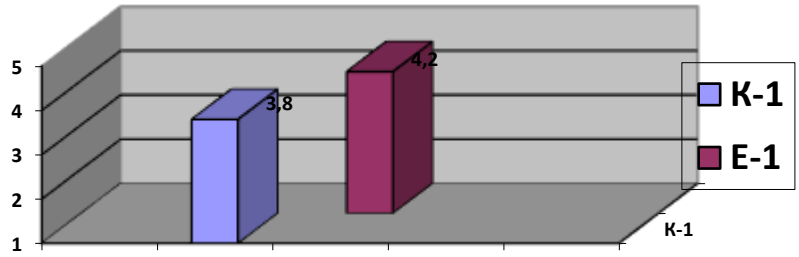

Рис. 3.2. Динаміка середнього балу оцінювання груп, що навчалися за традиційними методами та з використанням активних методів

Спостереження в групі ЕГ-1 під час реалізації другої умови свідчать про ефективність впровадження активних та інтерактивних методів навчання, коли потрібно відійти від стереотипних рішень і активізувати пізнавальну діяльність студентів.

Застосування активних та інтерактивних методів навчання під час проведення занять підвищує рівень навчально-пізнавальної діяльності, є ефективним засобом формування стійких пізнавальних потреб та інтересів студентів. Таким чином, у дослідженні доцільне упровадження активних та інтерактивних методів навчання, покликане формувати не тільки фахову компетентність, а й уміння та навички розумових операцій, здібності відкривати нові знання, знаходити нові прийоми дій в умовах проблемних ситуацій.

Аналізуючи вище вказане, ми зробили висновок, що активні та інтерактивні методи викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання дозволяють творчо підійти до освітнього процесу, допомагають стимулювати пізнавальний інтерес студентів через використання різноманітних ігор, створення завдань, в яких відслідковується зв’язок з життям, майбутньою професією, розвивають професійне мислення, самостійність, формують навички роботи в трудовому колективі. Важливо, що у процесі застосування активних та інтерактивних методів навчання, зусилля студентів спрямовуються на досягнення мети, в них виховуються професійні якості медичного працівника. При цьому формується фахова компетентність майбутньої медичної сестри. А наявність цих умов складає основу продуктивної праці.

Реалізація третьої педагогічної умови, а саме *організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності*, мала на меті включення студентів у різні види аудиторної та позааудиторної самостійної роботи у процесі професійної підготовки.

З метою визначення рівня ставлення студентів до виконання самостійної роботи та готовності до її виконання ми використали тест-опитувальник для

студентів „Відношення студентів до виконання самостійної роботи” (див. Додаток Л).

Запропонований нами тест-опитувальник допоміг оцінити ставлення студентів до різних видів самостійної роботи, яке виражається в системі позитивних, нейтральних і негативних оцінок. Показником загальної позиції ставлення студентів до самостійної роботи є сума балів, отриманих у результаті самоцінювання студентів. Найбільша сума балів дорівнює 60, найменша – 12. Достовірність відповідей забезпечувалася виокремленням опозиційних тестів.

Обробка даних дозволила констатувати, що позитивне ставлення до самостійної роботи виявляють лише 28% студентів, нейтральне – 46%, негативне – 26%.

На запитання анкети: „Як Ви оцінюєте власний рівень готовності до самостійної навчальної діяльності? ” одержали дані, які свідчать, що більшість студентів (58%) оцінюють свій рівень як середній, 29% респондентів вважають свій рівень готовності високим, а 13% – низьким.

Вищезазначене дозволило дійти висновку, що для 70% студентів другого року навчання самостійна робота не стала об’єктом самоконтролю, самоорганізації й саморегуляції, що стримує процес формування такого комплексу особистісних та професійних якостей, як фахова компетентність. Причина цього явища, на наш погляд, криється у тому, що студенти часто не сприймають себе як активних суб’єктів власної діяльності, не усвідомлюють її багатьох аспектів, прилаштовуються до тих сталих форм, які панують в освітній сфері й задовольняють багатьох викладачів і студентів.

Зазначимо, що для планування та систематизації самостійної роботи у коледжі розроблене „Положення про організацію самостійної роботи студентів у Куп’янському медичному коледжі ім. Марії Шкарлетової”, у якому висвітлено всі види аудиторної та позааудиторної самостійної роботи студентів.

Також на допомогу викладачам і студентам були розроблені „Методичні рекомендації викладачам щодо організації самостійної роботи студентів як

одного з активних методів навчання” (див. Додаток М) та „Методичні рекомендації студентам щодо організації самостійної роботи” (див. Додаток Н).

У даний час актуальними стають вимоги до особистих якостей сучасного студента – уміння самостійно поповнювати і оновлювати знання, вести самостійний пошук необхідного матеріалу, бути творчою особистістю. У зв’язку з цим формується нова мета навчального процесу – виховання компетентної особистості, орієнтованої на майбутнє, яка може розв’язувати типові проблеми і задачі, виходячи з набутого навчального досвіду і адекватної оцінки даної ситуації.

Розв’язування цих задач не можливе без підвищення ролі самостійної роботи студентів над навчальним матеріалом, підсилення відповідальності викладача за розвиток навичок самостійної роботи, стимулювання професійного росту студентів, виховання їх творчої активності та ініціативи.

Створені методичні рекомендації акцентували увагу викладачів на тому, що при вивченні кожної дисципліни організація самостійної роботи студентів являє собою єдність трьох взаємопов’язаних форм: аудиторної самостійної роботи; позааудиторної пошуково-аналітичної та практичної роботи; творчої наукової роботи. Необхідність організації зі студентами різноманітної самостійної діяльності визначається тим, що за допомогою даного методу вдається розв’язати протиріччя між подачею знань і їх засвоєнням у взаємозв’язку теорії та практики.

Самостійна робота включає ряд функцій: розвиваюча, навчальна, стимулююча, виховна. В основі самостійної роботи студентів лежать принципи самостійності, розвивально-творчої направленості, цільового планування, особистісно зорієнтованого підходу.

Самостійна робота студентів проводиться з метою: систематизації і закріплення отриманих теоретичних знань і практичних навичок студентів, поглиблення та розширення теоретичних знань; формування вмінь використовувати нормативну, правову, довідникову документацію і спеціальну літературу; розвитку пізнавальних здібностей і активності студентів: творчої

ініціативи, самостійності, відповідальності і організованості; формування самостійності мислення, здібностей до саморозвитку, самовдосконалення та самореалізації; розвитку дослідницьких умінь.

Для досягнення даної мети студенти на підставі плану самостійної роботи повинні розв'язувати такі завдання: вивчити літературні джерела, які рекомендуються; вивчати основні поняття, які запропоновано у глосарії; давати відповідь на контрольні питання; розв'язувати ситуаційні задачі, які були запропоновані, кейси, проблемні ситуації; виконувати самостійну роботу на базі лікувального закладу (під керівництвом викладача або медичної сестри).

Самостійна робота студентів складається з таких елементів: вивчення та засвоєння у відповідності до навчального плану програмного матеріалу з усіх навчальних дисциплін; виконання письмових контрольних та залікових робіт; підготовка та складання заліків, захисту практики, підсумкових іспитів; відпрацювання практичних навичок; підготовка та складання кваліфікаційного іспиту.

Самостійна робота здійснюється у вигляді: індивідуального заняття (домашня робота), яке являється важливим елементом роботи студента з метою поглиблення та закріплення знань; конспектування лекцій; отримання консультацій для пояснення питань з даної дисципліни; підготовки відповідей щодо тестових завдань; підготовки до іспиту; підготовки до занять, які проводяться за допомогою активних та інтерактивних методів навчання („круглі столи", ділові та рольові ігри, конференції); відпрацювання практичних вмінь і навичок в тренажерному кабінеті; відпрацювання (чергування) у лікарні; чергування у складі бригади екстреної медичної допомоги у рамках проекту „Швидка допомога"; робота у складі загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста; виконання контрольних, підсумкових робіт; підготовки наукових робіт, доповідей, рефератів, есе; аналізу ділових ситуацій (міні-кейсів).

Зміст позааудиторної самостійної роботи визначається у відповідності до рекомендованих видів завдань згідно з робочою програмою навчальної

дисципліни. Види завдань для позааудиторної самостійної роботи, їх зміст і характер можуть мати варіативний та диференційований характер, ураховувати специфіку фаху, дисципліни, яку вивчаємо, індивідуальні особливості студента.

Видами завдань для позааудиторної самостійної роботи можуть бути:

– для оволодіння знаннями: читання тексту (підручника, першоджерела, додаткової літератури); складання плану тексту; графічне зображення структури тексту; заповнення таблиць; конспектування тексту; виписки з тексту; робота зі словниками та довідниками; знайомство з нормативними документами; дослідницька робота; використання аудіо-і відеозапису; робота з електронними інформаційними ресурсами і ресурсами Internet;

– для закріплення і систематизації знань: робота з конспектом лекції (опрацювання тексту); повторна робота над матеріалом, який викладений у підручнику; складання плану та тез відповіді; складання схем, таблиць, ребусів, кросвордів для систематизації навчального матеріалу; вивчення нормативних документів; робота з тестовими завданнями; відповіді на контрольні питання; анотування, реферування, рецензування тексту; написання есе, творів; підготовка виступів на семінарі, конференції, підготовка рефератів, доповідей; складання глосарію, кросвордів чи бібліографії з даної теми; робота з комп’ютерними програмами; підготовка до складання іспиту;

– для формування умінь та навичок: розв’язування задач та вправ за зразком; розв’язування варіативних задач та вправ; складання схем; виконання розрахункових робіт; розв’язування ситуаційних задач; підготовка до ділових та рольових ігор; участь у наукових та практичних конференціях; випуск стіннівок, організація виставок; проектування та моделювання різних видів і компонентів професійної діяльності; складання пам’яток, рекомендацій; дослідна робота; відпрацювання практичних умінь і навичок.

Правильна організація самостійної роботи, її системність, доцільне планування дозволяє прищепити студентам навчальні вміння та навички, систематизацію тих знань, які вони здобули у процесі навчання, забезпечити

високий рівень навчання у період навчального року, прищепити навички підвищення професійної майстерності під час фахової діяльності.

Під час формувального етапу експерименту було змінено підходи до організації та контролю самостійної роботи студентів в експериментальній групі. Принципи організації контролю й оцінки знань, умінь та навичок студентів групи ЕГ-1 визначалися метою освітнього процесу навчального закладу, а також об'єктивними закономірностями педагогічного процесу в них: індивідуального характеру перевірки й оцінки знань, умінь та навичок студентів, що передбачає індивідуальну роботу викладача з кожним студентом, врахування його індивідуальних особливостей; систематичності і системності перевірки й оцінки знань, умінь та навичок, що впливає на здійснення контролю протягом усього періоду навчання студента; принцип тематичності, який стосується усіх ланок перевірки.

Зауважимо, що самостійна робота є обов'язковою складовою частиною навчального процесу і виправданим засобом оволодіння навчальним матеріалом. Концептуальними засадами самостійної роботи є: готовність до самоосвіти; самостійність в опануванні навчальним матеріалом; самоконтроль і самокорекція рівня самостійних досягнень; розвиток творчих здібностей.

У ході експериментального дослідження з метою формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах нами було розроблено таблицю організації самостійної роботи студентів, яку наведено нижче (табл. 3.22).

У ході дослідження для студентів групи ЕГ-1 було розроблено завдання для самостійної роботи різних рівнів складності (залежно від можливостей, здібностей і рівня підготовленості студентів). Завдання були спрямовані на перевірку раніше засвоєних вмінь використовувати ці знання. Індивідуальні завдання сприяють поглибленому вивченню студентами теоретичного матеріалу, закріпленню й узагальненню отриманих знань, формуванню вмінь та навичок, використанню знань для комплексного вирішення відповідних професійних завдань. Види, термін виконання і захисту індивідуальних завдань

із певних навчальних дисциплін визначався робочими навчальними програмами з дисциплін та розкладом занять. Індивідуальні завдання виконуються студентами самостійно із забезпеченням необхідних консультацій викладачів.

Науково-дослідною роботою в експерименті займались студенти, які мають здібності до аналітичної, творчої роботи. Вони брали участь у наукових конференціях, олімпіадах, наукових семінарах, виконували завдання в межах науково-дослідної роботи, працювали у наукових гуртках. Їхня творча самостійна робота регулюється рекомендаціями, порадами педагогічних працівників, конкретними завданнями щодо виконання окремих видів діяльності.

Таблиця 3.22

Організація самостійної роботи студентів

Етап заняття	Назва етапу	Активні та інтерактивні методи для самостійної роботи	Функції методів	Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів
1	2	3	4	5
I	Підготовчий	вступна бесіда; актуалізуюча бесіда; бесіда-повторення; виконання практичних вправ і завдань	актуалізація знань з теми; активізація самостійної пізнавальної діяльності студентів; формування пізнавального інтересу до навчального матеріалу	тематичні питання, вправи, практичні завдання
II	Організаційний	інструктаж; пояснення	організація групи для проведення самостійної роботи; визначення теми і цілей роботи; постановка тематичних питань; ознайомлення студентів з вимогами щодо оформлення виконаної роботи та оцінювання її результатів	методичні рекомендації до самостійної роботи, інструкції до самостійної роботи

Продовження табл. 3.22

III	Основний	пошукові та частково-пошукові методи; дослідна робота студентів	проведення самостійної роботи студентів за диференційованими завданнями, у індивідуальній або диференційовано-груповій формі	інформаційно-пояснювальні, проблемно-пошукові і навчальні диференційовані завдання, підручники, довідкова література, конспекти лекцій, алгоритми до виконання практичних навичок, медична документація, наочні засоби
IV	Заключний	письмовий звіт; підсумкова бесіда	аналіз набутих знань, умінь, навичок; аналіз та переосмислення студентами самостійно набутих знань та вмінь; узагальнення результатів, одержаних в процесі самостійної роботи	запитання та завдання для підсумкового контролю самостійної роботи студентів

Спостереження та бесіди з викладачами показали, що самостійна робота студентів у системі професійної підготовки майбутніх медичних сестер потребує змін щодо форм, методів та навчально-методичного забезпечення з метою самостійного формування фахових компетентностей, розвитку пізнавальної діяльності, самостійного пошуку та вирішення завдань, самоконтролю та корекції результатів самостійної діяльності.

В організації освітнього процесу набувають важливого значення новітні технології самостійної діяльності студента, які сприяють розвитку у майбутніх фахівців усіх компонентів продуктивного клінічного мислення: логічного, алгоритмічного, інтуїтивного, намагання знаходити оригінальні, нестандартні підходи до вирішення ситуаційних проблем надання первинної невідкладної допомоги на догоспітальному рівні. Для цього нами було розроблено ситуаційні завдання для проведення поточного та підсумкового контролю знань студентів (Додаток П).

Одним із видів самостійної роботи студентів став проект „Швидка допомога”, завдяки якому студенти підвищували рівень фахової компетентності у складі лікарських бригад швидкої та невідкладної допомоги.

Нами разом з викладачами клінічних дисциплін була розроблена форма щоденника навчально-виробничої практики у складі лікарських бригад швидкої та невідкладної допомоги (Додаток Р). У щоденнику відображено перелік обов’язкових практичних навичок з допомоги при невідкладних станах, якими повинні володіти студенти після закінчення практичних занять на станції швидкої медичної допомоги. На кожен місяць складено графік чергування студентів, у чергуваннях задіяні студенти III-IV курсів.

За оцінкою якості практичної підготовки студентів, які працювали у складі лікарських виїзних бригад станції швидкої медичної допомоги, вони мають високий рівень професійних знань, практичних навичок і вмінь, розвинуті риси гуманізму, милосердя, любові до своєї спеціальності. Підготовка фахівців відповідно до освітнього рівня відповідає державним вимогам і стандартам, майбутні фахівці мають організаторські здібності, вміють приймати професійні рішення, самостійно розв’язувати виробничі, діагностичні, контролюючі та організаційні завдання, володіють комплексом знань з професійних дисциплін.

Вплив впровадження проекту „Швидка допомога” на формування фахової компетентності студентів:

– із впровадженням в практику підготовки молодших спеціалістів власної виїзної навчальної бази – автомобіля „Швидка допомога” значно збільшується кількість годин практичної підготовки при безпосередній роботі з пацієнтами, членами їх сімей на догоспітальному етапі;

– студенти отримують можливість при тісній взаємодії з лікарською бригадою станції швидкої допомоги засвоїти і практично використовувати „Стандарти надання первинної допомоги при невідкладних станах”;

– використання власної виїзної навчальної бази є інноваційною технологією реалізації міждисциплінарної інтеграції набутих теоретичних

знань і їх практичне застосування (як елемент дуального навчання), сприяє розвитку клінічного мислення, стимулює виявлення студентами зв'язків та залежностей, що характеризують системні знання, фахову компетентність;

– використання власної виїзної навчальної бази автомобіля „Швидкої допомоги" є інноваційною технологією організації позааудиторної роботи студентів та удосконалення системи практичного тренінгу, яка дозволить відпрацьовувати переважну більшість навичок, передбачених освітньо-професійною програмою галузевого стандарту підготовки медичних молодших спеціалістів, формуванню діагностичних вмінь, необхідних у професійній діяльності майбутнього медичного фахівця;

– прискорюється професійна адаптація студентів-старшокурсників до умов практичної медицини та надання вчасної допомоги, відпрацювання тактики середнього медичного працівника на догоспітальному рівні;

– в умовах постійного зростання обсягу інформації та її оновлення, зменшення кількості аудиторних годин, відведених на вивчення клінічних дисциплін та значного збільшення обсягу матеріалу для позааудиторного відпрацювання впровадження власного автомобіля „Швидка допомога" як навчальної виїзної бази сприятиме активізації пізнання та його результативності;

– посилюється деонтологічний аспект підготовки молодших медичних спеціалістів, коли студент на виїзді повинен усвідомлено використовувати відповідні знання з питань професійної етики і деонтології, уміння будувати свої відносини з пацієнтами та їх рідними, а також з колегами на професійній морально-психологічній основі, дотримуватися норм етико-деонтологічного спілкування, а також можливість контролювати власні емоції й почуття та інше.

Як показали спостереження, індивідуальні завдання, які було впроваджено в експериментальній групі з метою формування фахової компетентності, сприяють поглибленому вивченню студентом теоретичного матеріалу, закріпленню і узагальненню отриманих знань, формуванню вмінь використання знань для комплексного вирішення відповідних професійних

завдань. Види, термін виконання і захисту індивідуальних завдань з певних навчальних дисциплін визначаються їх робочими навчальними програмами та розкладом занять. Індивідуальні завдання виконувалися студентами експериментальних груп самостійно із забезпеченням необхідних консультацій з боку викладача.

З метою формування позитивної мотивації до самостійної роботи в експериментальній групі нами запроваджувались різнорівневі завдання та варіативні домашні завдання, як-от:

– робота з літературними навчальними джерелами (складання конспекту до певної теми, опрацювання основної й додаткової літератури, написання рефератів, тез доповідей, повторення вивченого матеріалу);

– виготовлення студентами наочних посібників (муляжів, таблиць, стендів, схем) для практичних занять з дисципліни „Основи медсестринства” з тем: „Застосування лікарських засобів”, „Внутрішньошкірні ін’кції”, „Підшкірні ін’єкції”, „Внутрішньом’язові ін’єкції”, „Внутрішньовенні ін’єкції”, „Заповнення одноразової системи для внутрішньовенних вливань”, „Медсестринський процес”;

– вирішення ситуаційних задач, тестів, кросвордів або їх складання;

– робота з комп’ютерними програмами (вивчення офіційних матеріалів, законів, положень, стандартів, санітарних норм і правил);

– пошукова робота (збір фактичного матеріалу щодо визначення захворювання, історії медицини в регіоні тощо);

– змалювання окремих клітинних елементів, органів, кісток, інструментів чи якогось обладнання, приладу;

– оформлення буклетів, альбомів, ілюстративних карт-завдань, текстів, бесід із хворими, санітарного бюлетеня;

– складання алгоритмів, протоколів догляду за хворими;

– санітарне обстеження палат або інших об’єктів і складання відповідних актів, протоколів про санітарні порушення;

– огляд і курація хворого;

– складання листів сестринської оцінки стану хворого і його генограми;

– планування заходів щодо догляду за хворими;

– виписування рецептів;

– патронаж новонароджених, онкологічних хворих, диспансерної групи пацієнтів і складання плану догляду за ними; розробка плану диспансерного спостереження за дітьми з хронічними захворюваннями;

– тренінг практичних навичок (виконання дезінфекції, передстерилізаційної обробки та стерилізації медичного інструментарію, накладання компресів, виконання техніки ін'єкцій, проведення катетеризації сечового міхура, проведення техніки постановки клізм тощо).

Перехід від однієї групи завдань до іншої заохочувався отриманням студентами додаткових балів.

Одним із чинників мотивації студентів були й варіативні домашні завдання. Так, під час вивчення теми „Ускладнення під час виконання ін'єкцій" студентам пропонували підтвердити гіпотезу теоретичним матеріалом або шляхом проведення експерименту: „в одному випадку внутрішньовенну ін'єкцію слід проводити в положенні пацієнта сидячі, в іншому випадку – у положенні лежачі".

У процесі формувального етапу експерименту ми приділяли особливу увагу й таким мотиваційним чинникам, як створення атмосфери творчого підходу до набутих знань, прагнення до пошуку нового, потреби у самовдосконаленні. Засобом досягнення цієї мети виступали: постановка навчально-пошукової мети, що реалізувалася в проблемному завданні; роз'яснення студентам вагомості завдання; планування перспектив виконання конкретного завдання; своєчасна оцінка виконаного завдання; створення ситуації успіху; емоційно-моральна ситуація при досягненні кінцевого результату.

Самостійна робота студентів з професійно-орієнтованих дисциплін передбачала укладання узагальнюючих таблиць. Як приклад, наведемо

завдання з курсу „Основи медсестринства”: скласти узагальнюючі таблиці за темою „Парентеральне введення лікарських засобів” (табл. 3.23, 3.24).

Таблиця 3.23

Вибір голки залежно від виду ін’єкції

Вид ін’єкції	Діаметр голки (перші дві цифри) та довжини голки (останні дві цифри)				
	0415	0420	0520	0840	1060
Внутрішньошкірна					
Підшкірна					
Внутрішньом’язова					
Внутрішньовенна					

Таблиця 3.24

Вибір шприца залежно від виду ін’єкції

Вид ін’єкції	Об’єм шприца, мл				
	1	2	5	10	20
Внутрішньошкірна					
Підшкірна					
Внутрішньом’язова					
Внутрішньовенна					

Одним із видів самостійної роботи студентів була підготовка портфоліо. Матеріали портфоліо студента включали підбір додаткової інформації за окремими модулями навчальної дисципліни, самостійно підготовлені завдання й рішення проблемних питань, проекти, пам’ятки, інструктивні матеріали, результати власних спостережень, матеріали практики, особисті досягнення тощо. Під час презентації кожен студент коментував свою добірку матеріалів, ділився враженнями, висловлював самооцінку діяльності, самостійно констатував рівень досягнення, демонструючи зміни, що відбулися від початку ведення портфоліо. Цінність цього виду самостійної роботи виявлялася і в тому, що студенти, коментуючи прийоми організації й контролю власної діяльності, давали оцінку власних знань, умінь, навичок, а також особистісних якостей, які, на їхнє переконання, складають основу фахової компетентності. На завершення роботи студенти висловлювали свої побажання й рекомендації.

В експериментальній групі широкого застосування набув і такий вид самостійної роботи, як експеримент. Експерименти проектувалися як у ході виконання практичних робіт, так і домашніх завдань.

Важливим етапом виконання експерименту був допуск студентів до його виконання. У процесі допуску обговорювалися всі деталі експерименту, що орієнтувало студентів на усвідомлення змісту системи дій, їх будови, способів виконання. У таких умовах кожен студент мав можливість викласти свій підхід до вирішення проблеми. Це забезпечувало поступовий перехід на рівень самостійного складання алгоритму дій проведення експерименту. Внаслідок цього у студентів формувалися вміння і навички самостійної роботи, активності виконання експерименту й обробки його результатів, написання висновків. Такий підхід забезпечував і формування вмінь самоконтролю, психолого-педагогічна суть якого полягала в умінні зіставити одержаний результат з поставленою метою. Під час підготовки до проведення експерименту студенти самостійно опрацьовували рекомендовану літературу з проблеми дослідження, внаслідок чого формувалися вміння працювати з методичною, науковою літературою, комп’ютерною технікою.

На другому етапі студенти теоретично обґрунтовували (моделювали) обраний метод вирішення проблеми (складали протокол, акт). Такий підхід орієнтував студентів виділяти головне у змісті навчального матеріалу, його систематизувати і застосовувати під час розв’язання різних задач. Наступний етап полягав у безпосередньому проведенні експерименту під керівництвом викладача або без його участі, обробку результатів, оцінку достовірності одержаних результатів, написання висновків.

На всіх етапах експерименту, починаючи від його підготовки і закінчуючи написанням висновків про результати виконання, студенти засвоювали нові знання, способи дій у процесі аналізу, моделювання і вирішення проблемних завдань. Такий підхід спонукав студентів до прояву творчої активності мислення, яка є ознакою здатності до постановки і вирішення нових проблем, забезпечував ефективне формування умінь

самостійної навчально-пізнавальної діяльності. Завершувалося виконання експерименту перевіркою протоколу й захистом роботи. На цьому етапі вносилися корективи до сформованих способів дій в процесі їх реалізації у нових нестандартних умовах.

Отже, виконання самостійної роботи у формі лабораторного експерименту спонукало студента пройти шлях від висунення гіпотези до її доведення або спростування. Висновок, який робив студент внаслідок самостійного дослідження, сприяв розвитку самостійного мислення, пізнавальної активності, формуванню вмінь моделювати, узагальнювати, приймати виважені рішення, що є запорукою формування фахової компетентності.

Підкреслимо, що протягом формувального етапу експерименту студенти експериментальної групи залучалися й до виконання самостійних робіт, що носили науково-дослідний характер. Вони брали участь у студентських наукових конференціях, олімпіадах, наукових семінарах тощо.

Таким чином, у ході реалізації педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер на формувальному етапі експерименту нами було застосовано комплекс заходів з метою:

– підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів”, майстер класів на підставі фасилітативної взаємодії, що сприяло розвитку особистісних і професійно значущих якостей викладачів коледжу та вплинуло на ефективність освітнього процесу і, як підсумок – на підвищення рівня фахової компетентності майбутніх медичних сестер;

– застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання, що дозволило творчо підійти до освітнього процесу, допомогло стимулювати пізнавальний інтерес студентів через використання різноманітних ігор, створення завдань, в яких відслідковується зв’язок з життям, майбутньою професією, спрямувати зусилля студентів на досягнення мети, виховувати в них професійні якості

медичного працівника;

– проведено систему заходів, які сприяли широкому залученню студентів експериментальної групи до різних видів самостійної роботи, у тому числі й в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності, як-он: аналітичний розгляд наукових публікацій; підготовка доповідей і повідомлень; складання узагальнюючих таблиць; презентація; участь у діловій, рольовій або командній грі; підготовка індивідуального та групового проекту; укладання портфоліо; проведення експерименту; робота студентів безпосередньо у лікарні біля ліжка хворого, у рамках проекту „Швидка допомога”, у складі загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста (по наданню невідкладної допомоги); виконання і захист науково-дослідної роботи тощо.

Усі вищезазначені форми та методи містять потужний потенціал для формування й прояву такого комплексу особистісних та професійних якостей, як фахова компетентність майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

3.3. Аналіз результатів формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер

Теоретико-методичні аспекти формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер та реалізація педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах дозволили проаналізувати результати проведеного експериментального дослідження.

У дослідженні було проведено оцінювання рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер, які розподілено згідно шкал високого, середнього та низького рівнів.

Також було визначено динаміку прояву формування фахової компетентності студентів експериментальної та контрольної груп студентів. У експериментальній групі процес фахової підготовки планувався та

організовувався з урахуванням визначених педагогічних умов формування фахової компетентності медичних сестер, а у контрольній групі використовувались традиційні методи та підходи до освітнього процесу. У ході експериментального дослідження ми простежували кількісні і якісні зміни визначених критеріїв формування фахової компетентності.

З метою визначення статистичної значущості експериментального дослідження було проведено кореляційний зріз на основі розробленої кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності (табл. 3.7). Використовувались у якості показників такі критерії: мотиваційний, когнітивний, комунікативний, функційний.

На основі співставлення усередненого показника прояву рівнів сформованості фахової компетентності студентів експериментальної групи, де процес фахової підготовки здійснювався з урахуванням визначених педагогічних умов, і контрольної групи, де заняття проводились за традиційними методами, нами простежувалась певна позитивна динаміка в бік експериментальної групи.

Обчисливши коефіцієнт відповідності (k) визначених критеріїв ми простежували кількісні і якісні зміни рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер. З цією метою нами було використано оптимальні методики, які були апробовані під час контрольного етапу експерименту. Критерій $К_1$ „Мотиваційний” характеризується сукупністю таких показників, як ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання. Використавши методику К. Замфир у модифікації А. Реана (методику мотивації професійної діяльності) на контрольному етапі експерименту нами було отримано дані щодо рівня ставлення студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 до обраної професії медичної сестри (табл. 3.25).

Таблиця 3.25

Результати діагностування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо рівня ставлення студентів до обраної професії медичної сестри на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву	К-ть студ. ЕГ-1	%	К-ть студ КГ-1.	%
1,00 – 0,75	Високий	64	42,1	32	21,1
0,74 – 0,5	Середній	68	44,7	72	47,4
0,49 – 0,0	Низький	20	13,2	48	31,5

Для обчислення коефіцієнту прояву (k) ми використовували формулу:

$k = (Д_{вр} \times К_{вр}) + (Д_{ср} \times К_{ср}) + (Д_{нр} \times К_{нр})$

Нами було отримано такі результати: гр. ЕГ-1 (k_1) = 0,67; гр. КГ-1 (k_1) = 0,56.

Показник „прагнення і здатність до навчання" перевірявся за допомогою методу опитування. Нижче у табл. 3.26 представлено результати експериментального дослідження.

Таблиця 3.26

Результати діагностування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо рівня показника прагнення і здатності до навчання на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву	К-ть студ. ЕГ-1	%	К-ть студ КГ-1.	%
1,00 – 0,75	Високий	50	32,9	30	19,7
0,74 – 0,5	Середній	76	50,0	74	48,7
0,49 – 0,0	Низький	26	17,1	48	31,6

Коефіцієнт прояву цього показника на контрольному етапі експерименту становив: гр. ЕГ-1 (k_2) = 0,64; гр. КГ-1 (k_2) = 0,55.

Для підрахунку усередненого коефіцієнта відповідності (ступеню реалізації) за мотиваційним критерієм ($К_1$) для контрольної й експериментальної груп ми скористались такою формулою:

$К_1 = М_1 \times (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2)$

Виходячи з цього, усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_1$ становить: $К_1$ (гр. ЕГ-1) = 0,16; $К_1$ (гр. КГ-1) = 0,13.

Таким чином, ми отримали усереднений коефіцієнт прояву за даним критерієм для експериментальної групи – 0,16, для контрольної – 0,13.

Проведений порівняльний аналіз отриманих даних за критерієм $К_1$ „Мотиваційний" на констатувальному і контрольному етапах експериментального дослідження показав більш позитивну динаміку формування фахової компетентності студентів експериментальної групи. За даним критерієм усереднений коефіцієнт відповідності у групі ЕГ-1 збільшився з 0,12 до 0,16 у кваліметричному вимірюванні, а у групі КГ-1 коливання відповідного критерію спостерігалось у межах 0,11– 0,13 (табл. 3.27).

Для визначення динаміки за окремими показниками критерію $К_1$ „Мотиваційний" ми скористались формулою: $V = k_2 – k_1$, де V – приріст коефіцієнта відповідності; k_1 – коефіцієнт прояву показника на початковому рівні; k_2 – коефіцієнт прояву показника досягнутого рівня.

Таблиця 3.27

Порівняльний аналіз ступеню прояву фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за мотиваційним критерієм

№	Критерій (К)	Ваго-мість факто-ру (М)	Показники	Констатувальний		Контрольний	
				ЕГ-1 (k)	КГ-1 (k)	ЕГ-1 (k)	ЕГ-1 (k)
1.	Мотивацій-ний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	0,50 0,46	0,48 0,46	0,67 0,64	0,56 0,55
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_1$			0,12	0,11	0,16	0,13

За даними таблиці 3.26 найбільший приріст коефіцієнта відповідності в експериментальній групі спостерігався за показником „прагнення і здатність до

навчання” (0,18). Така динаміка свідчить про розуміння студентами значення та усвідомлення потреби у навчанні, наявність стійкого прагнення до професійного удосконалення, достатній рівень сформованості фахових вмінь. Відповідно до визначених ознак високого рівня досягло 32,9% студентів експериментальної групи (проти 10,5% на констатувальному етапі експерименту); 50% – середнього (проти 40,8%) і лише 17,1% студентів (проти 48,7%) залишилися на низькому рівні. Такого результату вдалося досягти завдяки організації цілеспрямованої роботи викладачів з формування фахової компетентності студентів, мотивації до навчання, упровадження інноваційних активних та інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах дуального навчання, практичної спрямованості самостійної роботи студентів.

Натомість, приріст коефіцієнта відповідності за даним показником у контрольній групі становив лише 0,09. Дані контрольного етапу експерименту засвідчують той факт, що у 31,6% студентів контрольної групи все ж простежується ціннісна орієнтація на себе, пріоритетами є власна матеріальна вигода; відсутня усвідомлена потреба до сформованості фахових вмінь; а 48,7% студентів стараються досягти успіхів, мають виражений інтерес до отримання знань, проте здатність до сформованості фахових вмінь відбувається під впливом сторонньої допомоги.

У ході наукового пошуку встановлено, що приріст коефіцієнту мотиваційного критерію за показником „ставлення до обраної професії медичної сестри” (0,17) зумовлений проведенням для викладачів засідань циклових комісій, педагогічних семінарів, на яких розглядалися питання мотивації студентів до обраної професії; включенням у зміст професійно зорієнтованих дисциплін матеріалу виховного спрямування; розширенням тематики позааудиторних виховних заходів, які мали на меті формування ціннісних орієнтацій студентів медичного коледжу. У експериментальній групі показників високого рівня досягли 42,1% студентів (проти 11,8% на констатувальному етапі експерименту); середнього рівня – 44,7% (проти

48,7%), де спостерігається опосередкована мотивація вибору професії, у структурі переважають зовнішні позитивні мотиви з орієнтацією на інтереси професійної діяльності; на низькому рівні залишились 13,2% студентів, (проти 39,5% на констатувальному етапі експерименту), у яких простежується переважання мотивів вибору професії, пов'язаних із зовнішнім наслідуванням або тиском, недостатньою сформованістю інтересу до обраного фаху.

У контрольній групі приріст коефіцієнта відповідності за показником „ставлення до обраної професії медичної сестри" – 0,08 пояснюється цілеспрямованою роботою викладачів коледжу щодо формування у студентів ціннісних орієнтацій на професію медичної сестри, прищепленням особистісних та професійних якостей майбутньої медичної сестри.

На контрольному етапі експериментального дослідження у такий же спосіб ми здійснювали обстеження студентів експериментальної і контрольної груп за показниками критерію $К_2$ „Когнітивний". Результати діагностування представлено в таблицях 3.28 – 3.29.

Таблиця 3.28

Результати анкетування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо ступеня володіння фаховими знаннями на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву показника	К-сть студ. гр. ЕГ-1	%	К-сть студ гр. КГ-1	%
1,00 – 0,75	Високий	60	39,5	32	21,1
0,74 – 0,5	Середній	72	47,4	72	47,4
0,49 – 0,0	Низький	20	13,1	48	31,5

гр. ЕГ-1 (k_2) = 0,67; гр. КГ-1 (k_2) = 0,55.

Таблиця 3.29

Результати діагностування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1з метою визначення рівня якості фахових знань на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву показника	К-сть студ. ЕГ-1	%	К-сть студ КГ-1	%
1,00 – 0,75	Високий	42	27,6	26	17,1
0,74 – 0,5	Середній	72	47,4	70	46
0,49 – 0,0	Низький	38	25	56	36,8

гр. ЕГ-1 (k_2) = 0,59; гр. КГ-1 (k_2) = 0,52.

Після проведеного підрахунку усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_2$ „Когнітивний” становить: $К_2$ (гр. ЕГ-1) = 0,18; $К_2$ (гр. КГ-1) = 0,15.

Таким чином, ми отримали усереднений коефіцієнт прояву за критерієм $К_2$ „Когнітивний” для експериментальної групи – 0,18, для контрольної – 0,15.

Зміни коефіцієнту прояву (k) за окремими показниками критерію $К_2$ „Когнітивний” удалося простежити за допомогою зведеної таблиці (див. табл. 3.29). Для визначення динаміки коефіцієнту прояву критерію за окремими показниками, ми скористались прийнятою формулою $V = k_2 – k_1$.

Дані таблиці 3.29 вказують на позитивну динаміку формування фахової компетентності студентів за когнітивним критерієм. Так, усереднений коефіцієнт прояву за $К_2$ в експериментальній групі зріс з 0,13 до 0,18, у контрольній групі приріст значно менший і складає 0,15 проти 0,14.

Дані порівняльного аналізу ступеню прояву показників студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за когнітивним критерієм наведено нижче у табл. 3.30.

Таблиця 3.30

Порівняльний аналіз ступеню прояву показників студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за критерієм „Когнітивний” на констатувальному і контрольному етапах експерименту

№	Критерій (К)	Показники	Констатувальний		Контрольний	
			ЕГ-1 (v)	КГ-1 (v)	ЕГ-1 (v)	КГ-1 (v)
2.	Когнітивний	ступінь володіння фаховими знаннями; якість фахових знань	0,49 0,49	0,49 0,50	0,67 0,59	0,55 0,52
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_2$		0,13	0,14	0,18	0,15

Для порівняння відносної кількості студентів за окремими показниками когнітивного критерію та визначення динаміки їх зростання на констатувальному та контрольному етапах експерименту ми склали зведену таблицю (див. табл. 3.31).

Таблиця 3.31

Динаміка змін відносної кількості студентів за когнітивним критерієм (%)

№	Критерій	Показники	Група ЕГ-1						Група КГ-1					
2	Когнітивний		Констатувальний етап			Контрольний етап			Констатувальний етап			Контрольний етап		
			в	с	н	в	с	н	в	с	н	в	с	н
		– ступінь володіння фаховими знаннями;	14,5	48,7	36,8	39,5	47,4	13,1	15,8	47,4	36,8	21,1	47,4	31,5
		– якість фахових знань	15	41,2	43,7	27,6	47,4	25,0	14,6	44	41,3	17,1	46,0	36,8

Дані таблиці 3.30 та 3.31 вказують на те, що найбільш суттєві позитивні зміни в межах когнітивного критерію відбулися за показником „ступінь володіння фаховими знаннями”. Приріст коефіцієнта прояву даного показника у експериментальній групі ЕГ-1 складає 0,18. Динаміка змін відносної кількості студентів за рівнями прояву ступеня володіння фаховими знаннями дозволила виявити такі співвідношення: на констатувальному етапі експерименту здатність використовувати фахові знання для вирішення стандартних та нестандартних фахових завдань, високий рівень розвиненості фахового клінічного мислення виявляло 14,5% респондентів, на кінець експерименту їх відносна кількість зросла до 39,5%. Середній рівень на початку експерименту показали 48,7% студентів, у ході дослідно-експериментальної роботи їх чисельність дещо зменшилась до 47,4% за рахунок суттєвого збільшення кількості студентів, що показали високий рівень.

На наш погляд формування ступеня володіння фаховими знаннями студентів групи ЕГ-1 забезпечувалось шляхом здійснення цілеспрямованої системи дій щодо формування позитивної мотивації до вивчення фахових дисциплін; формування інтересу до вивчення предметів; використання активних та інтерактивних методів в умовах реалізації дуального навчання;

запровадження різнорівневих завдань; урізноманітнення видів самостійної роботи студентів шляхом її професійної спрямованості.

Як свідчать результати контрольного обстеження, дослідно-експериментальна робота сприяла й позитивним змінам у підвищенні рівня якості фахових знань. Загальний приріст для експериментальної групи за даним показником у кваліметричних одиницях складає 0,1, у контрольній – 0,02. Дані таблиці 3.31 дозволяють визначити такі співвідношення рівнів сформованості даного показника у студентів групи ЕГ-1: на контрольному етапі експерименту високий рівень продемонструвало 27,6% респондентів (проти 17,1%), середній – 47,4% (проти 46%), низький – 25,0% (проти 36,8%).

В аспекті досліджуваної проблеми варто зазначити, що суттєве зростання рівня якості теоретичних знань у студентів експериментальної групи пояснюється широким упровадження сучасних форм та методів з метою підвищення методичної підготовки викладачів; застосуванням активних та інтерактивних методів в умовах реалізації дуального навчання, таких як-он: вирішення стандартних та нестандартних ситуаційних задач, мультимедійні лекції, конференції, „метод клініки”, кейс-метод, метод „мозкової атаки”, метод проектів; включенням студентів у різні види самостійної роботи в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

На контрольному етапі експериментального дослідження ми здійснювали обстеження студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за показниками критерію $К_3$ "Комунікативний”. Результати діагностування представлено в табл. 3.32 – 3.33.

Таблиця 3.32

Результати діагностування прояву професійно значущих якостей у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву показника	К-сть студ. гр. ЕГ-1	%	К-сть студ гр. КГ-1	%
1,00 – 0,75	Високий	50	32,9	44	28,9
0,74 – 0,5	Середній	84	55,3	80	50,6
0,49 – 0,0	Низький	18	11,8	28	18,4

гр. ЕГ-1 (k_1) = 0,66; гр. КГ-1 (k_1) = 0,61.

Таблиця 3.33

Результати тестування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо володіння навичками спілкування на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву показника	К-сть студ. Е. гр.	%	К-сть студ К гр.	%
1,00 – 0,75	Високий	52	34,2	32	21,1
0,74 – 0,5	Середній	80	52,6	76	50
0,49 – 0,0	Низький	20	13,2	44	28,9

гр. ЕГ-1 (k_2) = 0,65; гр. КГ-1 (k_2) = 0,56.

Після проведеного підрахунку ми отримали усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_3$ „Комунікативний”, який становить:

$К_3$ (гр. ЕГ-1) = 0,11; $К_3$ (гр. КГ-1) = 0,09.

Зміни коефіцієнту прояву (k) за окремими показниками критерію $К_3$ „Комунікативний” удалося простежити за допомогою зведеної таблиці (див. табл. 3.34).

Таблиця 3.34

Порівняльний аналіз ступеню прояву показників студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за критерієм „Комунікативний” на констатувальному і контрольному етапах експерименту (у кваліметричних одиницях)

№	Критерій (К)	Показники	Констатувальний		Контрольний	
			ЕГ-1 (v)	КГ-1 (v)	ЕГ-1 (v)	КГ-1 (v)
3.	Комунікативний	– прояв професійно значущих якостей; – володіння навичками спілкування	0,62 0,54	0,60 0,53	0,66 0,65	0,61 0,56
	Усереднений коефіцієнт відповідності за $К_3$		0,09	0,08	0,11	0,09

Результати проведеної дослідно-експериментальної роботи дозволили зафіксувати несуттєву, але позитивну динаміку за показником „володіння навичками спілкування”. Аналіз даних контрольного етапу експерименту дозволяє аргументовано говорити про те, що 86,8% студентів експериментальної групи (34,2% високого і 52,6% середнього) показують високий та опосередкований ступінь володіння навичками спілкування, володіння спілкуванням з пацієнтами різного віку, тяжкохворими, вміння вислухати, коротко та ясно викладати свої думки. Загальний приріст коефіцієнта відповідності у студентів експериментальної групи за даним показником складає 0,02, у контрольній групі він зафіксований на рівні 0,01 у кваліметричних одиницях.

З нашої точки зору формування ступеня володіння навичками спілкування формувалось у студентів експериментальної групи під час застосування активних та інтерактивних методів в умовах реалізації дуального навчання, таких як ділові та рольові ігри, проведення дискусій, обговорення професійних ситуацій, виконання окремих видів самостійної роботи в лікувальних установах. Щодо контрольної групи, відносна кількість студентів високого і середнього рівня за показником „володіння навичками спілкування” відчутно не зросла, проте знизився відсоток студентів, що демонстрували низький рівень сформованості означеного показника з 36,9% до 28,9%.

Як свідчать результати проведеного експериментального дослідження, значний поштовх у формуванні фахової компетентності студентів медичного коледжу був зумовлений розвитком здатності застосовувати теоретичні знання на практиці та удосконаленням професійних знань, вмінь і навичок. Відповідно до кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості фахової компетентності критерій ($К_4$) „Функційний” характеризується такими показниками: здатність застосовувати теоретичні знання, вміння та навички на практиці; сформованість професійних вмінь і навичок. Нами було проведено діагностування, результати якого наведені у табл. 3.35 та 3.36.

Таблиця 3.35

Результати діагностування здатності застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці у студентів груп ЕГ-1 та КГ-1на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву показника	К-сть студ. гр. ЕГ-1	%	К-сть студ гр. КГ-1	%
1,00 – 0,75	Високий	44	28,9	36	23,7
0,74 – 0,5	Середній	90	59,3	78	51,3
0,49 – 0,0	Низький	18	11,8	38	25

гр. ЕГ-1 (k_1) = 0,65;

гр. КГ-1 (k_1) = 0,58.

Таблиця 3.36

Результати анкетування студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 щодо рівня сформованості фахових вмінь і навичок на контрольному етапі експерименту

Діапазон кількісних оцінок	Рівень прояву показника	К-сть студ. Е. гр.	%	К-сть студ К гр.	%
1,00 – 0,75	Високий	52	34,2	38	25
0,74 – 0,5	Середній	80	52,6	78	51,3
0,49 – 0,0	Низький	20	13,2	36	23,7

гр. ЕГ-1 (k_2) = 0,65;

гр. КГ-1 (k_2) = 0,59.

Після проведеного підрахунку ми отримали усереднений коефіцієнт відповідності за критерієм $К_4$ „Функційний”, який становить:

$К_4$ (гр. ЕГ-1) = 0,21;

$К_4$ (гр. КГ-1) = 0,18.

Зміни коефіцієнту прояву (k) за окремими показниками критерію $К_4$ „Функційний” удалося простежити за допомогою зведеної таблиці (табл. 3.37).

Таблиця 3.37

Порівняльний аналіз ступеню прояву показників студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 за критерієм „Функційний” на констатувальному і контрольному етапах експерименту (у кваліметричних одиницях)

№	Критерій (К)	Показники	Констатувальний		Контрольний	
			ЕГ-1 (v)	КГ-1 (v)	ЕГ-1 (v)	КГ-1. (v)
4.	Функційний	– сформованість фахових вмінь і навичок;	0,55	0,54	0,65	0,59
		– здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці	0,53	0,52	0,65	0,58
	Усереднений коефіцієнт відповідності за K_4		0,17	0,16	0,21	0,18

Діагностування студентів експериментальної групи за показником „здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці” на контрольному етапі експерименту дозволило виявити такі результати: високого рівня досягло 28,9% студентів (проти 18,4%), суттєво змінився відсоток студентів середнього рівня з 46,1% до 59,3%, а низький рівень цього показника продемонструвало лише 11,8% студентів групи ЕГ-1 проти 35,5%. Відповідно, загальний приріст коефіцієнта K_4 за показником „здатність застосовувати фахові знання на практиці” у експериментальній групі ЕГ-1 становив 0,12 у кваліметричних одиницях.

У студентів контрольної групи коефіцієнт прояву фахової компетентності за вище вказаним показником майже не змінився: 0,58 на констатувальному етапі експерименту і 0,59 – на контрольному. Його загальний приріст визначається в 0,06 у кваліметричному вимірюванні.

За показником „рівень сформованості фахових вмінь і навичок” на контрольному етапі експерименту маємо такі результати: високого рівня

досягли 34,2% студентів проти 21,1%, суттєво змінився показник середнього рівня з 46% до 52,6%, а низький рівень цього показника продемонстрували лише 13,2% студентів групи ЕГ-1 (проти 32,9% на констатувальному етапі). Загальний приріст коефіцієнта $К_4$ за показником „рівень сформованості фахових вмінь і навичок" у експериментальній групі ЕГ-1 становив 0,10.

У студентів контрольної групи коефіцієнт прояву фахової компетентності за вище вказаним показником суттєво не змінився: 0,58 на констатувальному етапі експерименту і 0,59 – на контрольному. Його загальний приріст складає 0,05 у кваліметричному вимірюванні.

Обробка статистичних даних за показниками „здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці" та „рівень сформованості фахових вмінь і навичок" дає підстави для висновку, що проведена експериментальна робота сприяла оволодінню студентами вміннями вирішувати складні фахові завдання, які потребують творчого підходу, прояв ініціативи та готовності до практичної діяльності в реальних виробничих умовах. Цьому сприяло підвищення методичного рівня викладачів, розробка і введення тренінгу для викладачів „Активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки медсестер"; упровадження у процес фахової підготовки активних та інтерактивних методів в умовах реалізації дуального навчання, зокрема, ігрових методів, моделювання професійно-орієнтованих ситуацій, що вимагали нестандартного підходу до їх розв'язання, аналізу конкретних ситуацій; включення студентів у різні види аудиторної та позааудиторної самостійної роботи (робота в тренажерному кабінеті по удосконаленню техніки відпрацювання практичних навичок; чергування в лікарні; участь у науково-дослідній роботі; організація самостійної роботи студентів у рамках проекту „Швидка допомога", у складі загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України тощо).

В узагальненому вигляді модель кваліметричного підходу до оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на контрольному етапі експерименту представлено в табл. 3.38.

Таблиця 3.38

Кваліметрична модель оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на контрольному етапі

№	Критерій (К)	Вагомість критерію (М)	Показники	Вагомість показника (m)	(k) гр. ЕГ-1	(k) гр. КГ-1
1.	Мотиваційний	0,24	– ставлення до обраної професії медичної сестри; – прагнення і здатність до навчання	0,52 0,48	0,67 0,64	0,56 0,55
2.	Когнітивний	0,28	– ступінь володіння фаховими знаннями; – якість фахових знань	0,46 0,54	0,67 0,59	0,55 0,52
3.	Комунікативний	0,16	– прояв професійно значущих якостей; – володіння навичками спілкування	0,52 0,48	0,66 0,65	0,61 0,56
4.	Функційний	0,32	– здатність застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці; – сформованість фахових вмінь і навичок	0,36 0,64	0,65 0,65	0,58 0,59
	Разом	1,00			0,66	0,55

У процесі визначення загальної кількісної оцінки рівнів сформованості фахової компетентності студентів контрольної й експериментальної груп ми зазначимо, що вона відповідає середньо виваженій арифметичній залежності такого вигляду: $К = К_1 + К_2 + К_3 + К_4$.

Отже, К (гр. ЕГ-1) = 0,66; К (гр. КГ-1) = 0,55.

Наведені у таблиці 3.35 дані дають можливість констатувати, що загальна кількісна оцінка прояву фахової компетентності медичних сестер у медичних коледжах на контрольному етапі експерименту для групи ЕГ-1 склала 0,66 (проти 0,51 на констатувальному етапі), а групи КГ-1 – 0,55 (проти 0,50). Згідно прийнятого діапазону кількісної оцінки рівнів сформованості фахової

компетентності (табл. 3.8) її усереднений показник для груп ЕГ-1 та КГ-1 зафіксований у межах 0,74 – 0,50. Отже, рівень прояву фахової компетентності студентів груп ЕГ-1 та КГ-1 на контрольному етапі експерименту відповідає якісному середньому рівню.

Це демонструє те, що у ході формувального етапу експерименту відбулося підвищення показника середнього рівня сформованості фахової компетентності з нижньої межі до якісної середини даного рівня (з 0,51 до 0,66 групи ЕГ-1, а групи КГ-1 – з 0,50 до 0,55). Так, підсумкове анкетування та метод педагогічного опитування дозволив установити, що за критерієм $К_4$ „Функційний” значна кількість студентів експериментальної групи ЕГ-1 досягла показників високого рівня, на відміну від студентів контрольної групи КГ-1. Зокрема, 28,9% студентів показали високий рівень здатності застосовувати фахові знання, вміння та навички на практиці, 59,3% – середній і лише 11,8% – низький. За другим показником функційного критерію 34,2% студентів досягли високого рівня сформованості фахових вмінь і навичок, 52,6% – середнього і лише 13,2% студентів продемонстрували низький рівень.

У результаті упровадження заходів на формувальному етапі експериментального дослідження відбулися суттєві позитивні зміни у мотиваційній сфері студентів групи ЕГ-1. Про це свідчать показники ставлення до обраної професії медичної сестри, які на високому рівні продемонстрували 42,1%, а показник прагнення і здатності до навчання на високому рівні показали 32,9% студентів.

Проведені зрізи та методи дозволили відмітити якісні зміни за критерієм $К_3$ „Когнітивний”, де високий рівень продемонстрували 27,6% респондентів, середній – 47,4%, низький – 25,0% за показником ступеня володіння фаховими знаннями. Високий показник якості фахових знань продемонстрували 27,6% студентів, а середній – 47,4%. Результати проведених заходів формувального експерименту несуттєво, але ж вплинули й на комунікативний критерій $К_3$, де покращилися показники прояву професійно значущих якостей у студентів та володіння навичками спілкування.

Аналізуючи результати експериментальної роботи наголошуємо, що загальний приріст усередненого коефіцієнта відповідності у групі ЕГ-1 значно змінився і складає 0,15, а у контрольній групі КГ-1 – лише 0,05, що дає підстави для висунутої гіпотези. Дані табл. 3.39 також дають підстави констатувати, що за всіма визначеними критеріями суттєву позитивну динаміку ми спостерігали в експериментальній групі ЕГ-1.

Таблиця 3.39

Результати експериментальної роботи (приріст у %)

Критерії і показники сформованості фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах	Групи	
	ЕГ-1 152 ст.	КГ-1 152 ст.
1	2	3
Мотиваційний критерій		
Ставлення до обраної професії медичної сестри:		
– усвідомлюють сенс і значення обраної професії;	+ 30,3	+ 11,9
– опосередкована мотивація вибору професії, переважає зовнішня позитивна мотивація;	- 4	0
– недостатня сформованість інтересу до обраної професії, не усвідомлюють специфіку обраного фаху	- 26,3	- 13,9
Прагнення і здатність до навчання:		
– усвідомлюють потребу у навчанні, мають прагнення до професійного удосконалення;	+ 22,4	+ 10,5
– стараються досягти успіхів, мають інтерес до отримання знань, але здатність до сформованості фахових вмінь відбувається під впливом сторонньої допомоги;	+ 9,2	+ 6,6
– відсутня усвідомлена потреба до сформованості фахових вмінь, простежується ціннісна орієнтація на себе	- 31,6	- 17,1
Когнітивний критерій		
Ступінь володіння фаховими знаннями:		
– високий рівень фахових медичних знань;	+ 25	+ 5,3
– середній рівень фахових медичних знань;	- 1,3	0
– низький рівень фахових медичних знань;	- 23,7	- 5,3
Якість фахових знань:		
– здатні застосувати фахові знання для вирішення фахових завдань, високий рівень клінічного мислення;	+ 12,6	+ 2,5
– мають утруднення зі здатністю застосовувати фахові знання для вирішення фахових завдань, фахове клінічне мислення розвинуте опосередковано;	+ 32,9	+ 2
– низький рівень знань і здатності застосовувати фахові знання, недостатньо розвинуте фахове клінічне мислення	- 18,7	- 4,5

Продовження табл. 3.39

1	2	3
Комунікативний критерій		
Прояв професійно значущих якостей: – яскраво виражені професійно значущі якості; – поверхневе усвідомлення професійно значущих якостей; – відсутні уміння співвіднести власні характеристики з вимогами до професійно значущих якостей	 + 5,3 + 4 - 10,6	 + 2,6 + 0,6 - 5,3
Володіння навичками спілкування: – високий степінь; – опосередкований ступінь; – недостатній ступінь	 + 14,5 + 6,5 - 21	 + 2,7 + 5,3 - 8
Функційний критерій		
Здатність застосовувати фахові знання на практиці: – уміють застосовувати фахові знання для вирішення складних фахових завдань; – достатні показники уміння застосовувати фахові знання для вирішення фахових завдань; – відсутні уміння застосовувати фахові знання	 + 10,5 + 13,2 - 23,7	 + 6,6 + 6,6 - 13,2
Сформованість фахових вмінь і навичок: – здатні вирішувати складні фахові завдання, готові до практичної діяльності в реальних виробничих умовах; – можуть вирішувати стандартні фахові завдання, готові здійснювати практичну діяльність у реальних виробничих умовах за сторонньої допомоги; – байдужі до розв'язання творчих завдань, не готові проявляти себе як фахівці в реальних виробничих умовах	 + 13,1 + 6,6 - 19,7	 + 6,6 + 3,7 - 10,5

Таким чином, аналіз результатів контрольного етапу експерименту дозволяє дійти висновку, що визначені й апробовані на формувальному етапі експерименту педагогічні умови позитивно впливають на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Ефективність визначених педагогічних умов (підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання

професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності) засвідчують кількісні і якісні зміни показників сформованості фахової компетентності, що визначались за допомогою розробленої кваліметричної моделі оцінки рівнів сформованості цього комплексу професійних знань, вмінь та навичок, які потрібні для здійснення медсестринської діяльності в межах окреслених функціональних обов'язків, вирішення нестандартних ситуацій у процесі фахової діяльності і наявність професійно значущих особистих якостей медичного працівника.

У ході дослідження нами встановлено й таку тенденцію, що на рівень сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах здійснюють вплив і об'єктивні фактори, а саме: сучасні вимоги суспільства до рівня фахової компетентності медичних фахівців, виховна робота навчального закладу, участь студентів у підсумковій, виробничій та переддипломній практиці тощо. Ці фактори зумовлювали опосередкований вплив на формування фахової компетентності як студентів експериментальної так і контрольної груп.

Висновки до третього розділу

Здійснюючи експериментальну перевірку визначених нами педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах ми виявили їх доцільність та ефективність.

У ході експериментального дослідження проведено спостереження за професійною підготовкою майбутніх медичних сестер; створено практичні умови експерименту (початок професійної підготовки студентів та впровадження комплексу педагогічних умов навчання); визначено критерії формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер; визначено

контрольну та експериментальну групи, проведено вимірювання у цих групах за допомогою визначених діагностичних методик.

1. У ході проведення констатувального етапу експериментального дослідження нами розроблено кваліметричну модель оцінки рівнів сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Установлено, що фахова компетентність характеризується такими критеріями: мотиваційним, когнітивним, комунікативним і функційним, які розкриваються через сукупність певних показників. Ознаки визначених показників було взято за основу для встановлення рівня сформованості фахової компетентності студентів експериментальної та контрольної групи, а саме: високий, середній, низький.

2. На основі обраних нами методів дослідження та діагностичних методик було визначено вихідний рівень сформованості фахової компетентності студентів контрольної й експериментальної груп. Згідно з отриманими результатами дослідження і відповідно до прийнятого діапазону кількісної оцінки фахової компетентності встановлено, що усереднений коефіцієнт експериментальної групи ЕГ-1 (0,51) і контрольної групи КГ-1 (0,50) на констатувальному етапі експерименту знаходиться в межах 0,74 – 0,5 і дозволяє характеризувати її прояв на нижній межі середнього рівня.

3. При проведенні формувального етапу експерименту здійснено практичну реалізацію педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах, що передбачало: підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів”, майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності.

4. Результати застосованих на контрольному етапі експерименту діагностичних методик, опитування, зрізів знань, контролю вмінь та практичних навичок, тестування, анкетування показали позитивну динаміку формування фахової компетентності студентів експериментальної групи ЕГ-1 у порівнянні з контрольною групою КГ-1. Усереднений коефіцієнт відповідності в групі ЕГ-1 зріс з 0,51 до 0,66, а у контрольній групі він відмічався на рівні 0,50 – 0,55. Відмітимо, що загальний приріст усередненого коефіцієнта відповідності у групі ЕГ-1 значно змінився і складає 0,15, а у контрольній групі КГ-1 – лише 0,05. Найбільш суттєва позитивна динаміка у студентів групи ЕГ-1 спостерігалася за мотиваційним ($К_1$), когнітивним ($К_2$) та функційним ($К_4$) критеріями. Відмітимо, що у групі КГ-1 таких змін не відбувалось.

Таким чином, результати порівняльного етапу експерименту дають підстави спостерігати позитивну динаміку впровадження запропонованих педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах.

Результати дослідження висвітлено автором у публікаціях:

– **Поєдинцева Л. Л.** Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер. *Научный взгляд в будущее.* Вып. 4. Том 10. Одесса: Куприенко С. В., 2016. С. 42–45. *(Index Copernicus)*

– **Поєдинцева Л. Л.** Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах. *Новий колегіум.* 2017. №1. С. 61–67.

– **Поєдинцева Л. Л.**, Кайдалова Л. Г., Педагогічні умови та модель формування фахової компетентності медичних сестер. Зб. наук. праць. Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди *„Теорія та методика навчання та виховання”:* зб. наук. праць. За заг. редакцією член.-кор. НАПН України А. В. Троцко. Харків, 2017. Вип. 43. С. 141–152. *(Index Copernicus)*

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило сформулювати такі **висновки** відповідно до поставлених завдань:

1. Проаналізовано стан дослідження проблеми формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у науково-педагогічній, філософській, методичній та фаховій літературі, в процесі професійної підготовки в медичних коледжах; вивчено зарубіжний та вітчизняний досвід фахової підготовки медичних сестер у медичних навчальних закладах. Здійснено теоретичний аналіз фахової підготовки медичних сестер у зарубіжній та вітчизняній літературі, який показав відмінність у медичній освіті в США, Німеччині, Польщі та Україні: різні терміни підготовки, кваліфікації медичних сестер, складність програм та обсяг практики. Формування фахової компетентності необхідне для розвитку професійної творчості, здатності сприймати інновації, уміння адаптуватися у постійно змінюваному професійному середовищі.

2. Виокремлено особливості, зміст і структуру фахової компетентності майбутніх медичних сестер. Фахову компетентність визначено як комплекс особистісних та професійних якостей, що необхідні для ефективної й результативної професійної діяльності. З'ясовано, що *фахова компетентність медичної сестри* – це спроможність випускника медичного навчального закладу відповідати сучасним професійним вимогам медсестринської діяльності в межах окреслених функційних обов'язків, використовуючи набуті фахові знання, уміння, навички та наявність професійно значущих особистісних якостей. Фахова компетентність є важливим критерієм якості підготовки фахівців медичного профілю і ґрунтується на взаємозв'язку особистісних цінностей і професійних якостей, що визначають спрямованість особистості на здійснення медичної діяльності та вирішення професійних завдань.

3. Визначено, теоретично обґрунтовано педагогічні умови *(підвищення методичного рівня викладачів медичних коледжів шляхом збагачення змісту*

науково-методичних семінарів, тренінгів, „круглих столів", майстер-класів на підставі фасилітативної взаємодії; застосування інтерактивних методів викладання професійно зорієнтованих дисциплін в умовах реалізації дуального навчання; організація самостійної роботи студентів в умовах реальної та змодельованої професійної діяльності), що здатні впливати на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.

Створено структурно-функційну модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер, яка передбачає досягнення поставленої мети та включає певні складові блоки, що є її базовими характеристиками. Кожен блок є підсистемою, що відрізняється змістом і структурною специфічністю, має відносну автономність і функційну інтегративність.

4. Уточнено критерії, показники та рівні сформованості фахової компетентності майбутніх медичних сестер: *мотиваційний* (ставлення до обраної професії медичної сестри; прагнення і здатність до навчання); *когнітивний* (відображає показники: ступінь володіння фаховими знаннями; якість знань); *комунікативний* (прояв професійно значущих якостей; володіння навичками спілкування); *функційний* (сформованість фахових умінь і навичок; здатність застосовувати фахові знання, уміння та навички на практиці).

5. Експериментально перевірено педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах, які показали позитивні зміни досліджуваного комплексу якостей у студентів експериментальної групи порівняно з контрольною групою на контрольному етапі експерименту. Спостерігається загальний приріст усередненого коефіцієнта відповідності в групі ЕГ-1, який склав 0,15, а у групі КГ-1 – лише 0,05. У ході формувального етапу експерименту відбулося підвищення показника середнього рівня сформованості фахової компетентності з нижньої межі до якісної середини цього рівня (0,66 проти 0,51 у кваліметричних одиницях) у студентів групи ЕГ-1, а, відповідно, у студентів групи КГ-1 – 0,55 проти 0,50. Отже, аналіз даних свідчить, що експериментальна робота загалом

позитивно вплинула на формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки в медичних коледжах за визначеними критеріями та їхніми показниками в експериментальній групі.

Проведене експериментальне дослідження не вичерпує всіх аспектів наявної проблеми, а пропонує один зі шляхів її вирішення. Перспективними для подальших досліджень є вдосконалення практичної підготовки майбутніх медичних сестер, організація науково-дослідної роботи студентів, урізноманітнення професійно спрямованої виховної роботи тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко О. Системний підхід як необхідна умова якості технологічної освіти. Зб. наук. праць УДПУ. Умань, 2012. Ч. 2. С. 9–18.

2. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України. *Історія. Теорія.* Київ: Либідь, 1998. 558 с.

3. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки: автореф.дис. … канд. пед. наук: спец. 13.00.07 / Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, 2003. 21 с.

4. Андрущенко В. Основні тенденції розвитку вищої освіти в Україні на рубежі століть (спроба прогностичного аналізу). *Вища освіта України*. 2000. № 1. С. 11–17.

5. Аниськина Н. Эффективное применение процессного подхода. *Менеджмент качества в образовании.* Материалы Четвёртой Всероссийской научно-практ. конф. „Менеджмент качества в образовании”, 19 – 20 мая 2011г. URL: http://www.tqm.spb.ru/sbornik_2011.shtml (дата звернення: 26.03.2014).

6. Аніщенко О. В. Професійна підготовка сестер милосердя в Україні в XIX – на початку XX ст. *Педагогіка і психологія професійної освіти.* 1998. № 5. С. 136–143.

7. Аннєнкова І. П. Теорія і методика моніторингу якості професійної діяльності науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів: дис. на здобуття наук. ступеня докт. пед. наук: спец. 13.00.06 / ДВНЗ „Університет менеджменту освіти”. Старобільськ, 2016. 505 с.

8. Артемчук Л. М. Комп’ютерне оцінювання професійних знань в структурі підготовки медичних сестер: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2003. 19 с.

9. Аряев Н. Л. Биоетика как основание медицинского профессионализма. *Матеріали четвертого національного конгресу з біоетики.* Київ: 2010. С. 235.

10. Ашеров А. Т., Логвіненко В. Г Методи і моделі оцінки педагогічного впливу на розвиток пізнавальної самостійності студентів. *Українська інженерно-педагогічна академія.* Харків: УІПА, 2005. 164 с.

11. Бабенко Т. П. Дослідницька діяльність студентів у контексті реформування мед сестринської освіти. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи.* Житомир: Полісся, 2011. С. 18–20.

12. Бабенко Т. П. Формування дослідницьких умінь і навичок студентів медичного коледжу у процесі проектної діяльності: автореф. … канд. пед. наук: спец. 13.00.09 / ДВНЗ „Криворізький національний університет". Кривий ріг, 2015. 20 с.

13. Бабич М. Я. Вивчення професійної відповідальності молодшого медичного спеціаліста. *Збірник наукових праць Кам'янець Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Вип. 10. Кам'янець Подільський: Аксіома, 2010. 942 с.

14. Багдуева А. В. Педагогические условия формирования профессиональной готовности будущих специалистов с использованием информационных технологий (на примере специальностей кадастрового профиля): автореф. … канд. пед. наук: спец. 13.00.01 / Бурятский гос. ун-т. Улан-Уде, 2006. 23 с.

15. Байбекова Н. Р. Формування готовності майбутніх психологів до консультативної діяльності у процесі фахової підготовки: автореф. дис. … канд. пед. наук: спец. 13.00.04 / ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2016. 20 с.

16. Балякова И. С. Формирование педагогической компетентности будущего специалиста со средним медицинским образованием: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Бирская гос. соц. пед. акад. Саратов, 2006. 202 с.

17. Банчук М. В., Волосовець О. П., Чернишенко Т. І Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні. *Магістр медсестринства.* Житомир, 2008. № 1. С. 18–21.

18. Барицька О. А. Визначення рівня сформованості фахової компетентності майбутніх учителів музики. *Науковий часопис Національного ін-ту ім. М. П. Драгоманова:* зб. наук. праць під ред. Гузій Н. В. та ін. Вип. 22 (32) Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. С. 95–99.

19. Бастракова Е. Г. Профессиональное становление личности медицинского работника среднего звена (на примере медицинской сестры): автореф. дисс. … канд. псих. наук. Калуга, 2003. 23 с.

20. Башарин В. Ф. Педагогическая технология: что это такое? *Специалист.* 2003. № 9. С. 25–27.

21. Бедь В., Артьомова М. Компетентнісний підхід в процесі модернізації ВНЗ. *Український науковий журнал „Освіта регіону”*. Київ, 2011. №5. С. 43.

22. Беликов В. А. Образование. Деятельность. Личность: [монография]. Москва: Академия Естествознания, 2010. 310 с.

23. Белясникова А. Н. Особенности оценивания сформированности компетенций у студентов колледжа. *Формирование компетенций в практике преподавания общих и специальных дисциплин в учреждениях среднего профессионального образования:* сб. ст. по материалам Всерос. науч.-практ. конф., 5 мая 2011 г. / науч. ред. Э. Ф. Зеер. Екатеринбург-Березовский: Филиал Рос. гос. проф.-пед. ун-та в г. Березовском, 2011. с. 26–30.

24. Березівська Т. С. Педагогічні умови ефективності семінарських занять (у вузі) / *Вісник ЧДУС. Пед. науки,* 2002. Вип. 41. С. 9–14.

25. Березюк О. С. Моделювання педагогічних ситуацій як метод підготовки майбутніх учителів до роботи з учнями: монографія. К.: Наук. вид. Академія, 2006. 160 с.

26. Бех І. Д. Особистісно-орієнтований підхід у вихованні. *Професійна освіта: педагогіка і психологія*: Українсько-польський щорічник / За ред. Т. Левовицького, І. Зязюна та ін.; Київ, 2000. С. 331–350.

27. Білик Л. В. Формування паліативної компетентності бакалаврів медицини в процесі професійної підготовки: автореф. ... канд. пед. наук:

13.00.04 / Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т ім. Г. Сковороди, 2015. 20 с.

28. Білик Л. В., Нечеглод Л. М. Актуальні питання розвитку медичної освіти в Україні. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*. Житомир: Полісся, 2011. С. 21–22

29. Біловол О. М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні. *Буковинський медичний вісник* (Спеціальний випуск). Чернівці, 2007. С. 3–6.

30. Богданова Н. І. *Сучасний підхід при викладанні професійно-орієнтованих дисциплін та сучасні інтерактивні методики при викладанні спеціальних дисциплін.* Зб. матер. Всеукр. науково-метод. інтернет-конф., присвяченої Дню заснування Черкаського медичного коледжу. Черкаси, 2016. С. 61–64.

31. Бойчевська І. Б. Професійна соціалізація фахівців технічного профілю у вищих навчальних закладах ФРН: автореф. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Уманський держ.пед.унів. ім. Павла Тичини. Умань, 2012. 23 с.

32. Бойчук І. Д. Підготовка бакалаврів у коледжі як фактор готовності їх до професійної діяльності. *Освіта технікуми, коледжі.* 2007. № 4. С. 186–196.

33. Болотов В. А., Сериков В. В. Компетентностная модель от идеи к образовательной парадигме. *Педагогика.* 2003. № 10. С.10–13.

34. Болюбаш Я. Я. Організація навчального процесу у вищих закладах освіти: Навч. посібник для слухачів закладів підвищення кваліфікації системи вищої освіти. Київ: ВВП „КОМПАС”, 1997. 64с.

35. Бондаренко Н. М., Барінова М. Е., Черешнєва Е. В. Болонський процес: нові можливості якісної теоретичної підготовки студентів вищих медичних закладів. *Інтеграція української медичної освіти в європейський та американський медичний простір*: матеріали навч.-наук. конф. (Тернопіль, 15 – 16 травня 2006 р.). Мін. охорони здоров’я України, Тернопільський держ. мед.

ун-т. Тернопіль: Тернопільський держ. мед. ун-т „Укрмедкнига”, 2006. С. 141 – 142.

36. Борисюк Л. О. Здоров’язберігаючі технології у професійній підготовці майбутніх бакалаврів сестринської справи. *Філософія, методологія, психолого-педагогічні аспекти формування культури здоров’язбереження:* зб. тез науково-метод. семінару кафедри філософії та суспільних дисциплін ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського. Тернопіль: Вектор, 2013. С. 14.

37. Борисюк Л. О. Формування професійної компетентності майбутніх бакалаврів сестринської справи у процесі вивчення хіміко-біологічних дисциплін: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Хмельниц. гуманітарно-пед. акад. Хмельницький, 2016. 20 с.

38. Брокгауз Ф. А., И. А. Ефрон Иллюстрированный энциклопедический словарь. *Современная версия.* Москва: Эксмо, 2008. 703 с.

39. Брушлинский А. В. Деятельностный подход и психологическая наука. *Вопросы философии.* 2001. № 2. С. 89–95.

40. Бухальська С. Компетентнісний підхід. Теоретичний аналіз ключових дефініцій вищої медичної освіти. URL: http://archive.nbuv.gov.ua (дата звернення: 19.11.2014).

41. Васянович Г. П. Педагогічна етика: навч.-метод. посібник. Київ: Академвидав, 2011. 256 с.

42. Ващенко Г. Г. Загальні методи навчання. Підручник для педагогів. Київ: Українська видавнича спілка, 1997. 441 с.

43. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. К.; Ірпінь: ВТФ „Перун”, 2001. С. 560.

44. Верба В. А., Гребешкова О. М., Востряков О. В. Проектний аналіз: навч.-метод. посібник для самост. вивчення дисц. К.: КНЕУ, 2002. 297 с.

45. Віаніс-Трофименко К. Б., Лісовенко Г. В. Підвищення професійної компетентності педагога. Харків: Вид. група „Основа”. 2007. С. 13.

46. Вітер С. А. Критерії, показники та рівні сформованості економічної компетентності молодших спеціалістів. *Теорія та методика управління*

освітою. 2013. №10. URL: http://tme.umo.edu.ua/docs/10/2.pdf (дата звернення: 17.11.2016).

47. Вишневская Н. В. Формирование профессионально значимых ценностей медицинского работника среднего звена в условиях дополнительного образования: дис. … канд. пед. наук: 13.00.08. / Брян. гос. пед. ун-т им. И. Г. Петровского. Брянск, 2011. 210 с.

48. Вишнякова С. М. Профессиональное образование: словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. Москва: НМЦ СПО, 1999. 538 с.

49. Власюк І. В. Формування професійно-термінологічної компетентності майбутніх економістів. *Педагогіка і психологія професійної освіти:* наук.-метод. журнал. Львів, 2011. № 1. С. 81–89.

50. Вовк О. І. Теоретичні і методичні основи формування комунікативно-когнітивної компетентності майбутніх філологів: автореф. дис … докт. пед. наук. 13.00.04. Черкаси, 2014. 40 с.

51. Водопьянова Ю. Активные методы обучения подростков как одна из форм личностно ориентированного подхода в учебно-воспитательном процессе: на материале естественнонаучных дисциплин: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.01. Москва, 2005. 23 с.

52. Вожигова Н. В. Некоторые факты повышения качества подготовки будущих специалистов. *Качество высшего профессионального образования в начале 21 века:* материалы Всерос. науч.-метод. конф. (13 – 15 сентября 2002). Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2002. 264 с.

53. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі. *Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему медичної і фармацевтичної освіти:* матеріали наук.-метод. конф. (Тернопіль, 14 – 15 квітня, 2005 р.). Тернопіль, „Укрмедкнига”, 2005. С. 8–16.

54. Вороненко Ю. В. Деякі особливості викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я на сучасному етапі реформування

охорони здоров'я. *Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2000. № 3. С. 77–79.

55. Воронова Л. И., Попова Л. П. Реформа медсестринского образования, медсестринский процесс: Основные этапы. *Головна медична сестра,* 2005. С. 46–49.

56. Вяткин Л. Г. , Ольнева А. Б., Турчин Г. Д. Уровни познавательной самостоятельности студентов педагогических вузов. *Актуальные вопросы региональной педагогики:* Сб.науч.тр. Саратов, 2002. С. 35–38.

57. Галузевий стандарт вищої освіти України. Освітньо-кваліфікаційна характеристика молодшого спеціаліста. Галузь знань: медицина; напрям підготовки: сестринська справа; спеціальність: сестринська справа; кваліфікація: сестра медична. К., 2011. 71 с.

58. Гершунский Б. С. Концепция самореализации личности в системе образования ценностей и релей образования. *Педагогика,* 2003. № 10. С. 3–7

59. Годлевська Д. М. Формування професійної комунікативної компетентності майбутніх соціальних працівників в умовах педагогічного університету: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.05./ Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, 2007. 23 с.

60. Голік О. В. Формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Нац. мед. ун-т ім.. О О Богомольця. Київ, 2015. 20 с.

61. Голубова Г. В. Педагогічні умови розвитку обдарованості студентів URL: http://www.rusnauka.com (дата звернення: 17.11.2016).

62. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ: Либідь, 1997. С. 205.

63. Горай О. В. Підготовка майбутніх медичних сестер (фельдшерів) до санітарно-гігієнічного виховання і профілактичної роботи зі школярами: автореф. дис. … наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.04./ Житом. держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2012. 17 с.

64. Гордійчук С. В., Леонченко Н. П. Європейський та український досвід підготовки кадрів для медсестринства. *Наукові записки*. Серія: Педагогіка, 2011. № 4. С. 196–201.

65. Гороль П. К., Гуревич Р. С., Коношевський Л. Л., Шестопалюк О. В. Сучасні інформаційні засоби навчання. Вінниця: ВДПУ імені М. Коцюбинського, 2004. 535 с.

66. Гранберг А. Г. Математические модели социалистической экономики. Москва: Экономика, 1978. 351 с.

67. Грандо О. Подорож у минуле медицини. К.: Тріумф, 1995. 175 с.

68. Губенко І. Я., Радзієвська І. В. Реформування системи підготовки медичних сестер в Україні. *Проблеми освіти:* Наук.-метод. зб. Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України, 2007. Вип. 50. С. 90–94.

69. Губенко І. Я., Бразолій Л. П., Шевченко О. Т. Розвиток наукових досліджень в медсестринстві як основа вдосконалення медсестринської допомоги. *Магістр медсестринства:* Науковий журнал, 2008. № 1. С. 28–32.

70. Гуменюк О. М. Організаційно-педагогічні умови професійної підготовки молодших спеціалістів стоматологічного профілю: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13. 00. 04 / Ін-т пед. і псих. проф. освіти академії пед. наук України. К., 2004. 23 с.

71. Гурська О. В. Дидактичні умови реалізації інноваційних форм навчальної діяльності студентів коледжів у процесі вивчення суспільствознавчих дисциплін : автореф. дис. … канд. пед. наук, спец.: 13.00.09 / Тернопільський нац. пед. ун-т імені В. Гнатюка. Тернопіль, 2015. 19 с.

72. Гуцан Т. Г. Педагогічні умови формування готовності майбутніх вчителів економіки до профільного навчання старшокласників URL: http://intkonf.org (дата звернення: 18.09.2013).

73. Державні стандарти професійної освіти: теорія та методика: монографія / за ред. Н. Г. Ничкало. Хмельницький: ТУП, 2002. 334 с.

74. Дзюба І. О. Організація самостійної роботи студентів вищих навчальних закладів в умовах особистісно-орієнтованого навчання. Харків, 2008. URL: http://www.bestreferat.ru (дата звернення: 10.10.2014).

75. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я . Випуск 78 „Охорона здоров'я". Київ, 2002 р.

76. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я, б/н; прийнятий: 01-01-2004 URL: Нормативно-директивні документи МОЗ України (дата звернення: 03.04.2013).

77. Драч І. І. Компетентнісний підхід як засіб модернізації змісту вищої освіти. *Проблеми освіти.* 2008. № 57. С. 44–47.

78. Дроздова І. П. Навчальний посібник із курсу „Методика викладання, педагогіка та психологія вищої освіти". Харків: ХНАМГ, 2008. 142 с.

79. Дубасенюк О. А., Семенюк Т. В., Антонова О. Є. Професійна підготовка майбутнього вчителя до педагогічної діяльності: монографія. Житомир: Житомир. держ. пед. ун-т, 2003. 193 с.

80. Дурманенко О. Теоретичний аналіз поняття „педагогічні умови" в контексті моніторингу виховної роботи у вищому навчальному закладі. *Молодь і ринок* 2012. № 7. С. 135–138. URL: http://nbuv.gov.ua (дата звернення: 11.10.2013).

81. Ждан В. М., Бобирьов В. М., Шешукова О. В. Досвід упровадження нових форм організації навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи. *Медична освіта,* 2006. № 2. С. 36–38.

82. Жерновникова О. А. Дидактичні умови стимулювання самостійної навчальної діяльності студентів медичного коледжу: автореф. дис ... канд. пед. наук: 13.00.09 / Харк. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди. Харків, 2009. 20 с.

83. Загребельна Л. В. Педагогічні умови підготовки майбутніх менеджерів у економічних навчальних закладах. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фіхівців:*

методологія, теорія, досвід, проблеми: зб. наук. праць. Київ-Вінниця: Планер, 2005. Вип. 8. 547 с.

84. Закон України „Про освіту”: Відомості Верховної Ради України. 2017. № 2145-VIII.

85. Закон України „Про освіту”: Освіта. 1996. 25 квітня. С. 4, 6.

86. Закон „Про вищу освіту” від 01.07.2014 № 1556-VII URL: http://www.mon.gov.ua (дата звернення: 04.12.2014).

87. Закон України „Про професійний розвиток працівників” від 12.01.2012 № 4312-VI (редакція від 01.01.2013): Офіційний веб-сайт Верховної Ради України URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/ (дата звернення: 10.10.2013).

88. Зеер Э., Сыманюк Э. Компетентностный подход к модернизации профессионального образования: *Высшее образование в России,* 2005. № 4. С. 23–30.

89. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. *Высшее образование сегодня,* 2003. № 5. С. 15–20.

90. Зубко А. М. Організаційно-педагогічні умови удосконалення навчального процесу в системі підвищення кваліфікації педагогічних кадрів : автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Центральний ін-т післядипломної педагогічної освіти АПН України. Київ, 2002. 22 с.

91. Зязюн І. А. Філософія поступу і прогнозу освітньої системи. Педагогічна майстерність: проблеми, пошуки, перспективи: [монографія]. Київ: Глухів: РВВ ГАПУ, 2005. С. 10–18.

92. Іванова О. В. Самостійна робота студентів у сучасних умовах навчального процесу. Харків, 2008. URL: http://archive.nbuv.gov.ua (дата звернення: 01.10.2013).

93. Ипполитова Н., Стерехова Н. Анализ понятия „педагогические условия”: сущность, классификация. *General and Professional Education:* науч. журнал. Вып. 1. 2012. С. 8–14. URL: http://genproedu.com (дата звернення: 12.12.2013).

94. Исаева Т. Е. Классификация профессионально-личностных компетенций вузовского преподавателя. *Педагогика: научно-теоретический журнал.* 2006. №9. С. 55–60.

95. Исследование профессиональной мотивации студентов педагогического вуза. URL: http://kemocpom.chat.ru (дата звернення: 13.11.2016).

96. Кайдалова Л. Г. Компетентнісний підхід у підготовці фармацевтичних кадрів. *Проблеми освіти:* наук. метод. зб. К.: Вип. 43. С. 39–43.

97. Кайдалова Л. Г. Теоретико-практичне обгрунтування моделі фахівця фармацевтичного профілю на основі компететнісного підходу. *Проблеми трудової та професійної підготовки.* Серія 13: зб. наук. пр. 2009. № 4. С. 97–104.

98. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах: монографія. Харків: НФаУ, 2010. С. 7.

99. Кайдалова Л. Г., Шевченко Н. П. Організація та контроль самостійної роботи студентів. *Проблеми освіти: науково-методичний збірник.* Київ : Наук-метод. центр вищої освіти, 2004. Вип. 37. С. 136–142.

100. Кайдалова Л. Г., Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови та модель формування фахової компетентності медичних сестер. *Теорія та методика навчання та виховання: зб. наук. пр.* Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, Вип. 43. С. 148–160.

101. Калошин В. Ф., Вельбовець Н. В. Евристичні методи навчання. Військ. освіта. 2003. № 12. С. 113–122.

102. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляцій на техніка: підручник. Київ: ВСВ „Медицина”, 2010. 424 с.

103. Коваленко О. О. Самостійність як важлива професійна якість у системі вимог до медичних працівників середньої ланки. *Засоби навчальної та*

науково-дослідної роботи: Зб. наук. пр. ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Харків, 2012. С. 38.

104. Коваленко О. О. Значення самостійності як особистісно-професійної якості молодшого медичного персоналу в умовах реформування медичної галузі в Україні. *Педагогіка та психологія: Зб. наук. пр.* ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Харків, 2013. Вип. 43. С. 82–90.

105. Колесникова И. А. Основы андрагогики. Москва: ACADEMIA, 2003. 240 с.

106. Колпаков В. М. Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни „Управління розвитком персоналу в багатонаціональних компаніях" (для спеціалістів). Київ: МАУП, 2008. 54 с.

107. Комарова Ж. В. Формирование профессиональной компетентности будущей медицинской сестры при освоении естественнонаучных дисциплін в колледже: автореф. дис ... канд. пед наук: 13.00.08 / Юж.-Ур. гос. ун-т. Челябинск, 2012. 23 с.

108. Комплекс нормативних документів для розробки складових системи стандартів вищої освіти / [Уклад. В. П. Головенкін, С. В. Мельник, В. Л. Петренко, В. О. Салов, Ю. В. Сухарніков]. К.: 2001. 116 с.

109. Кондрашова Л. В. Формування професійного „Я" майбутніх педагогів засобами особистісно-зорієнтованого навчання в практиці вищої школи. *Педагогіка вищої школи.* Кривий Ріг: КДПУ, 2000. Вип.2. С. 3–13.

110. Концепція розвитку вищої медичної освіти. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 12.09.2008 р. № 522/51 URL: http://mozdocs.kiev.ua (дата звернення: 10.10.2013).

111. Копанська О. Тенденції змін в освітній політиці Польщі в період вступу до Євросоюзу. *Вісник Львівського університету. Серія педагогічна*. Львів, 2008. Вип. 24. С. 225–231. Бібліогр.: с. 231.

112. Копетчук В. А. Формування науково-педагогічної еліти з медсестринства в медичних навчальних закладах. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи.* Житомир: Полісся, 2011. С. 64–67.

113. Коробов Е. Т. Проблемная ситуация как стимулирующий фактор воспитания. Нива знань. 2000. № 3 С. 31–34.

114. Корольова Т. В. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки: автореф. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Нац. академія держ. прикордонної служби України ім. Б. Хмельницького. Хмельницький , 2015. 20 с.

115. Коростіль Л. А. Самоосвіта особистості як соціальне та педагогічне явище. *Педагогічні науки: зб. наук. праць.* Суми: Видавництво СумДПУ, 2009. №1. С. 138–145.

116. Краевский В. В. Методологическая педагогика: пособие для педагогов-исследователей. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2001. 244 с.

117. Кремень В. Г., Ільїн В. В. Філософія: Логос, Софія, Розум: підруч. для студ. вищ. навч. закл. К.: Книга, 2006. 432 с.

118. Кривонос О. Б. Формування професійно-творчих умінь студентів медичних коледжів у навчальній діяльності : автореф. ... канд. пед. наук: 13.00.09 /Харківський нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2008. 20 с.

119. Крупа В. В. Формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації: автореф. дис. … кандид. пед. наук: 13.00.04 / Терноп. нац. пед.. ун-т. імені Володимира Гнатюка. Тернопіль, 2014. 263 с.

120. Кудрявцева Т. О. Актуальні питання професійної підготовки майбутніх медичних сестер до розв’язання проблемних ситуацій в професійній діяльності. URL: http://hghltd.yandex.net/yandbtm?tld (дата звернення: 25.05.2014).

121. Кудрявцева Т. Специфіка підготовки майбутніх медичних сестер до розв’язання проблемних ситуацій у професійній діяльності. *Гуманізація навчально-виховного процесу.* 2012. Вип. LIX. С. 51–56.

122. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. … канд. пед. наук : 13.00.04 / Харк. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди. Харків, 2005. 23 с.

123. Кузьмина Н. В. Акмеологическая теория повышения подготовки специалистов образования. Москва, 2001. 144 с.

124. Кульбашна Я. А. Конкретизація поняття „формування професійної компетентності майбутніх стоматологів". *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2014. Вип. 36. С. 221–229.

125. Кумышева Р. М. Инновационные методы обучения: Методические рекомендации для магистрантов, получающих квалификацию „Преподаватель высшей школы". Нальчик: Кабардино-Балкарский университет, 2006. 35 с.

126. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Харк. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди. Харків, 2009. 17 с.

127. Куренкова К. М. До визначення системи професійних цінностей медичних сестер. *Вісник національного педагогічного університету імені Тараса Шевченка (педагогічні науки): зб. наук. праць. № 8 (147) квітень*. Луганськ: Видавництво Луганського національного педагогічного університету імені Тараса Шевченка „Альма-матер", 2008. С. 36–40.

128. Кушик М. Л. Дидактичні основи фахової підготовки студентів у медичних навчальних закладах України (друга половина XIX – початок XX ст.): автореф. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Черкас. нац. ун-т імені Б. Хмельницького. Черкаси, 2009. 20 с.

129. Лавриш Ю. Е. Професійна підготовка медичних сестер в університетах Канади: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. АПН України. 2009. 19 с.

130. Лазарчук Л. Ю., Майданюк І. З. Основи педагогіки: Матеріали для лекційного курсу та семінарських занять. Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. 550 с.

131. Лановенко А. О. Компетентнісний підхід у професійній підготовці фахівців. *Психолого-педагогічні аспекти формування національної еліти.* 2011. Вип. 29. С. 44–49.

132. Лантух Н. И. Педагогические условия формирования информационной культуры у старшеклассников в системе „лицей-вуз":

автореф. дис. … канд. пед. наук: спец. 13.00.01 / Северо-Кавказский гос. тенх. ун-т. Ставрополь, 2006. 23 с.

133. Лебединець Т. М. Педагогічні засади організації науково-методичної діяльності викладачів медичних училищ: дис. … канд. пед. наук : 13.00.04 / Харк. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди. Харків, 2008. 216 с.

134. Лізинський В. М. Ресурсний підхід вуправлінні розвитком школи. Х.: Ранок, 2007. 160 с.

135. Лісовий В. М., Марковський В. Д., Перцев Д. П. Використання новітніх технологій для особистісної підготовки студентів у ХНМУ. *Медична освіта.* 2012. № 2. С. 57–58.

136. Лісовий М. І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Вінницький держ. пед. ун-т. Вінниця, 2006. 20 с.

137. Лисенко О. Ю. Формування професійної компетентності майбутніх провізорів у вищих медичних навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед.. наук: 13.00.04 / Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Хмельницький національний університет. Хмельницький, 2015. 20 с.

138. Лозова В. І., Троцко В. Г. Теоретичні основи виховання і навчання: навч. пос. [для студ. пед. навч. зал.]. Харків: [б. в.], 1997. 338 с.

139. Люшук К. Ю. Дидактичні засади застосування інноваційних педагогічних технологій у процесі вивчення науково-природничих дисциплін у медичних колледжах: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13. 00. 09 / Волинський держ. ун-т ім. Л. Українки. Луцьк, 2005. 22 с.

140. Малихін О. В. Організація самостійної навчальної діяльності студентів вищих педагогічних навчальних закладів: теоретико-методологічний аспект: монографія / Криворіз. держ. пед. ун-т. Кривий Ріг: Видавничий дім, 2009. 306 с.

141. Маркович О. В. Проблема підготовки майбутніх медичних сестер в умовах коледжу. *Діагностичні центри: медико-біологічні аспекти*

діагностичного процесу: зб. праць міжнар. наук.-практ. конф. / Рівненський діагностичний центр ім. В. Поліщука. Рівне, 2005. С. 98–101.

142. Маркович О. В., Рижковський В. О. Сучасний стан підготовки медичних сестер в Україні і шляхи його покращення. *Клінічна та експериментальна патологія.* Том X, №3 (37), 2011. С. 25–29

143. Маркович О. В. Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю засобами алгоритмізації: автореф. дис. ... канд. наук: 13.00.04 / Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. АПН України. 2009. 18 с.

144. Матійків І. М. Психологічні умови формування професійної компетентності учнів професійно-технічних навчальних закладів сфери обслуговування: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Прикарп. нац. ун-т імені Василя Стефаника. Івано-Франківськ, 2008. 245 с.

145. Махновська І. Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Житомир. держ. ун-т ім. Івана Франка. Житомир, 2015. 200 с.

146. Махновська І. Р. Становлення та еволюція ступеневої медсестринської освіти в Україні. *Вісник Житомирського державного університету.* Вип. 60. Педагогічні науки, 2011. С. 154–158.

147. Махновська І. Р. Державні галузеві стандарти нової медсестринської спеціальності. *Магістр медсестринства.* Житомир, 2008. № 1. С. 3–5.

148. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовець, В. Ф. Москаленко и др. Харьков: ИПП „Контраст”, 2005. 464 с.

149. Медсестринський процес: основи сестринської справи та клінічного медсестринства / І. Я. Губенко, О. Т. Шевченко, Л. П. Бразалій, В. Г. Апшай. Київ: Здоров’я, 2001. 208 с.

150. Мельник А. І. Формування професійно-пізнавальної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів у процесі навчання іноземних

мов. Рукопис: дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Київський національний лінгвістичний університет. Київ, 2008.

151. Меняйленко О. С., Монастирна Г. В. Розробка критерію сформованості професійної компетентності фахівців у автоматизованих навчаючих системах. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми:* зб. наук. праць. Київ – Вінниця, 2010. Вип. 23. URL: http://www.nbuv.gov.ua (дата звернення: 05.12.2014).

152. Методичні рекомендації щодо розроблення стандартів вищої освіти. URL: http://mon.gov.ua/content (дата звернення: 12.01.2015).

153. Методичні рекомендації з розроблення складових галузевих стандартів вищої освіти (компетентнісний підхід) / Уклад В. Л. Гуло, та ін. Київ, 2013. 89 с.

154. Міністерство освіти і науки України. Офіційний сайт. URL: http://mon.gov.ua (дата звернення: 17.03.2014).

155. Міхеєнко О. І. Теоретичні і методичні основи професійної підготовки майбутніх фахівців зі здоров'я людини до застосування здоров'язміцнювальних технологій: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Терноп. нац. пед. ун-т імені Володимира Гнатюка. Харків, 2016. 40 с.

156. Михайловський О. В. Педагогічні умови розвитку економічного мислення вчителів інформатики у процесі післядиплоної освіти. *Становлення особистості професіонала: перспективи й розвиток:* матеріали IV Міжнародної науково-практ. конф., 27 – 28 лютого 2015 р. Одеса, 2015. С. 234–236.

157. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход: учеб. пособие / Э. Ф. Зеер, А. М. Павлова, Э. Э. Сыманюк.: Моск. психол.- соц. ин-т. Москва, 2005. 216 с.

158. МОЗ України підбило підсумки вступної кампанії до вищих навчальних закладів / Прес-служба МОЗ України URL:

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20090908_0.html (дата звернення: 26.09.2016).

159. Монастирська О. В. Умови вдосконалення методичної компетентності педагога. *Якість вищої освіти: сучасний стан та шляхи забезпечення:* матер. всеукр. наук.-метод. інтернет-конф. педагогічних працівників вищих навчальних закладів І-ІІ р.а., 17 – 18 квітня 2017 р. / ред. кол.: Т. С. Прокопенко та ін. Х.: Коледж НФаУ, 2017. С. 284–285.

160. Монахова М. Педагогическое проектирование – современный инструментарий дидактических исследований. *Школьные технологии*. 2001. № 5. 57с.

161. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Центр. інс.-т післядипл. пед. освіти АПН України. Київ., 2007. 20 с.

162. Назарова О. Л. Новые информационные технологии в управлении качеством образовательного процесса в колледже. *Информатика и образование.* 2003. № 11. С. 79–84.

163. Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 „Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року”.

164. Нарійчук М. Д. Соціально-педагогічні умови становлення самооцінки особистісних моральних якостей студентів медучилищ у пізнавальній діяльності: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.05 / Нац. ун-т імені М. Д. Драгоманова. Київ, 2003. 20 с.

165. Національна доктрина розвитку освіти. Про Національну доктрину розвитку освіти Указ Президента України № 347 / 2002 від 17.04.02 року. Київ, 2001. 18 с.

166. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012 – 2021 роки URL: http://www.mon.gov.ua (дата звернення: 07.12.2014).

167. Новакова Л. В. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх лікарів на засадах міждисциплінарної інтеграції: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Хмельниц. гуманітарно-пед. акад. Хмельницький, 2016. 20 с.

168. Новий український тлумачний словник. Близько 20000 слів і словосполучень / укл. Н. Д. Кусайкіна, Ю. С. Цибульник / за заг. ред. д-ра філол. наук, проф. В. В. Дубічинського. Харків: Книжковий Клуб „Клуб Сімейного Дозвілля", 2008. – 608 с.

169. Новий тлумачний словник української мови: в 4-х томах / Укл. Яременко В., Сліпушко О. Т. 2. Київ: Вид-во „Аконіт", 1998. С. 305.

170. Новосьолова Н. Ф. Проблема якості медичної освіти у Європейському освітньому просторі . Медсестринство. 2007. № 1. С. 16–20 с.

171. Ожегов С. Словарь русского языка: ок. 53000 слов / под общ. ред проф. Л. И Скворцова. 24-е изд., испр. Москва: ООО „Издательство Оникс": ООО „Издательство образование", 2007. 640 с.

172. Олійник Н. Я. Педагогічні умови підвищення готовності майбутніх учителів до виховної роботи в дитячих оздоровчих таборах. *Вісник Черкаського університету. Серія Педагогічні науки.* Черкаси, 2012. № 34 (247). С. 56–62.

173. Онлайн словник URL: www.OLDict.Com (дата звернення: 03.08.2013).

174. Опыт дуального обучения. *Информационно-аналитическмй журнал „Аккредитация в образовании"*. URL: http://www.akvobr.ru (дата звернення: 12.10.2017).

175. Освітньо-кваліфікаційна характеристика молодшого спеціаліста / Офіційне видання Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України. Київ, 2012. 71 с.

176. Освітньо-кваліфікаційна характеристика та освітньо-професійна програма підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста за спеціальністю галузі знань „Медицина" 5.12010101 „Лікувальна справа" / Наказ МОЗ України від 24.06.2011 р. № 649 „Про затвердження і

введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань „Медицина” та „Фармація”.

177. Освітньо-професійна програма підготовки молодшого спеціаліста. *Офіційне видання Мін. освіти і науки, молоді та спорту України*. Київ, 2012. 201 с.

178. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер: автореф. дис. … канд. пед наук: 19.00.07 / Прикарп. нац. ун-т імені Василя Стефаника. Івано-Франківськ, 2007. 24 с.

179. Паласюк Г. Б. Деякі аспекти підготовки медичних сестер у контексті неперервної освіти. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc (дата звернення: 16.04.2015).

180. Панина Т. С., Вавилова Л. Н. Современные способы активизации обучения: учеб. пособие. Москва: Академия, 2007. 176 с.

181. Панова С. О. Формування фахової компетентності майбутніх учителів математики на засадах акмеологічного підходу: автореф. дис. … канд. пед. наук 13.00.04 / Берд. держ. пед. ун-т. Бердянськ, 2015. 20 с.

182. Пасєчко Н. В., Лемке М. О., Мазур П. Є. Основи сестринської справи: підруч. для студентів вищ. мед. закл. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 544 с. Библиогр. с. 537–541 .

183. Пахомова Н. Г. Інтеграція медико-психологічної та педагогічної складових професійної підготовки майбутніх логопедів: автореф. ... докт. пед. наук: 13.00.03 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ. 2013. 41 с.

184. Пєхота О. М. Підготовка майбутнього вчителя до впровадження педагогічних технологій: Навч.посіб. Київ: В-во А.С.К., 2003. 240 с.

185. Педагогіка вищої школи: Навч. посібник / Уклад. З. Н. Курлянд, Р. І. Хмелюк, А. В. Семенова. Київ: Знання, 2007. С. 495.

186. Педагогіка: Навчальний посібник. За ред. Курлянд З. Н. Харків: ТОВ „Одіссей”, 2003. 352 с.

187. Петров А. В. Дискуссия и принятие решений в группе: технология модерации. СПб.: „Речь”, 2005. 80 с.

188. Петюренко А. П. Формування готовності студентів медичних коледжів до використання інформаційних технологій у професійній діяльності: автореф. дис ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Кіровоградський держ. пед. ун-т ім. В. Винниченка. Кіровоград, 2014. 20 с.

189. Підаєв А. В., Передерій В. Г. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібен він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський простір? Одесса: Одесский мед. университет, 2004. 188 с.

190. Піддубна О. М. Педагогічні основи фахової підготовки майбутніх вчителів образотворчого мистецтва. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. Науково-методичний журнал. 2008. № 5. С. 106–110.

191. Пидкасистый П. И. Организация учебно-познавательной деятельности студентов. 2-е изд., доп. и перер. Москва: Педагогическое общество России, 2005. 144 с.

192. Пикельная В. С. Теория и методика моделирования управленческой деятельности (школоведческий аспект): дис. … д-ра пед. наук: 13.00.01 / Криворож. пед. ин-т. Кривой Рог, 1993. 432 с.

193. Поєдинцева Л. Л. Впровадження активних методів навчання в системі формування якості професійної освіти молодших медичних спеціалістів і бакалаврів. *Шляхи формування якості професійної підготовки молодшого медичного спеціаліста і бакалавра в контексті реформування медичної освіти*. Зб. матер. науково-практ. конф. пед. прац. вищих медичних навч. закл. Куп’янськ: ФОП „Медаль”, 2011. С. 88–94.

194. Поєдинцева Л. Л. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія №13. Проблеми трудової та професійної підготовки: Зб. наук. праць. К.: НПУ імені Драгоманова, 2012. Вип. 20. С. 105–113.

195. Поєдинцева Л. Л. Упровадження активних методів навчання у підготовку майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис НПУ імені*

М. П. Драгоманова. Серія №13 Проблеми трудової та професійної підготовки: Зб. наук. праць. К.: НПУ імені Драгоманова, 2012. Вип. 20. С. 114–121.

196. Поєдинцева Л. Л. Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки медичних сестер у коледжах. *Нові технології навчання:* Наук.-метод. зб. Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. К., 2012. Вип. 72. С. 106–110.

197. Поєдинцева Л. Л. Упровадження ділових ігор у підготовку майбутніх медичних сестер. *Наукові записки:* [збірник наукових статей]. М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. CV (105). С. 148–153. (Серія педагогічні та історичні науки).

198. Поєдинцева Л. Л. Самостійна робота у формуванні професійної компетентності майбутніх фахівців. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти.* Збірник наукових праць. Вип. 38-39. Харків, Українська інженерно-педагогічна академія (УІПА), 2013. С. 320–325.

199. Поєдинцева Л. Л. Розвиток комунікативної компетенції студентів медичного коледжу в практичному навчанні. *Проблеми сучасної педагогічної освіти.* Сер.: Педагогіка і психологія. Зб. статей: Ялта: РВВ КГУ, 2013. Вип. 41. Ч. 6: С. 309–315.

200. Поєдинцева Л. Л. Роль компетентнісного підходу в професійній підготовці молодших медичних спеціалістів. *Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів*: зб. матеріалів обласної науково-практ. конф., 28 січня 2014 р./ ХОДА ДОЗ, КЗОЗ Харк. баз. мед. коледж №1; за заг. ред. Т. Г. Парафейник. Х.: ХБМК №1, 2014. С. 144–151.

201. Поєдинцева Л. Л. Роль виховної роботи у формуванні професійної компетентності медичних сестер. *Наукові записки кафедри педагогіки.* Зб. наук. праць. Вип. XXXVII, 2014. С. 243–249.

202. Поєдинцева Л. Л. Реалізація інноваційних технологій навчання у процесі вивчення професійно орієнтованих дисциплін. *Science and Educationa New Dimension. Pedagogy and Psychology*, II(11), Issue : 22, 2014. P. 52–55.

203. Поєдинцева Л. Л. Компетентність як складова підготовки майбутніх медичних сестер. *Формування професійної компетентності майбутнього медичного спеціаліста.* Збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практ. інтернет-конф. Суми: Сумський медичний коледж, 2015. С. 186–189.

204. Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер. *Научный взгляд в будущее.* Вып. 4. Том 10. Одесса: Куприенко С. В., 2016. С. 42–45. *(Index Copernicus)*

205. Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах. *Новий колегіум.* 2017. №1. С. 61–67.

206. Поляченко Ю. В. Медична освіта у світі та в Україні. Київ: *Книга плюс*, 2005. 383 с

207. Пометун О. І. Дискусія українських педагогів навколо питань запровадження компетентісного підходу в українській освіті. *Компетентісний підхід в сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи:* Бібліотека з освітньої політики. Київ: К.І.С., 2004. С. 66–72.

208. Пометун О., Пироженко Л. Інтерактивні технології навчання: теорія і практика. Київ: АПН, 2002. 136 с.

209. Постанова Кабінету Міністрів України „Про перелік напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями". URL: http://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/2461 (дата звернення: 15.09.2015).

210. Прикладна етика: навч. посібник / Аболіна Т. Г., Нападиста В. Г., Рихліцька О. Д. та ін./ за наук. ред. В. І. Панченко. Київ: „Центр учбової літератури", 2012. 392 с.

211. Про вищу освіту: Закон України від 1 липня 2014 року №1556 – VII / Відомості Верховної Ради України, від 19.09.2014р. /№37-38/ ст. 2716, ст.

2004. URL: http://zakon4.rada.gov.ua /laws/show/ 1556-18 (дата звернення: 16.11.2014).

212. Про затвердження плану заходів із впровадження Національної рамки кваліфікацій на 2016 – 2020 роки, розпорядження КМУ від 14.12.2016 № 1077-р. 14 грудня 2016.

213. Проблеми і перспективи розвитку медсестринства у світі і в Україні (історичний аспект і сучасність) / В. Й. Шатило, О. В. Горай, С. В. Гордійчук та ін. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 10 – 11 листоп. 2011 р., Житомир / відп. ред. В. Й. Шатило. Житомир: Полісся, 2011. С. 16–26.

214. Проект Концепції розвитку освіти України на період 2015 – 2025 років. URL: http://mon.gov.ua (дата звернення: 26.03.2016).

215. Професійна освіта: словник / уклад. С. У. Гончаренко та ін.; за ред. Н. Г. Ничкало. К., 2000. 380 с.

216. Професійно-педагогічна освіта: сучасні концептуальні моделі та тенденції розвитку: Монографія / Авт. кол. О. А. Дубасенюк, О. Є. Антонова, С. С. Вітвицька, Н. Г. Сидорчук, О. М. Спірін, Н. В. Якса та ін. / За заг. ред. проф. О. А. Дубасенюк. Вид. 2-е, доп. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2008. 396 с.

217. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних сестер. *Проблеми освіти*. 2008. № 57. С. 69–73.

218. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Ін-т професійно-технічної освіти НАПН України. Київ, 2011. 21 с.

219. Радзієвська І. В. Розвиток професійної компетентності медичних сестер у процесі реформування системи медсестринської освіти. *Нові технології навчання:* Наук.-метод. зб. / Кол. авт. Київ: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України, 2008. Вип. 54. С. 75–81.

220. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних сестер. *Проблеми освіти:* Наук. зб. / Кол. авт. Київ: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України, 2008. Вип. 7. С. 69–73.

221. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб., 1999. С. 235–237. URL: http://kemocpom.chat.ru/test/zamfir (дата звернення 06.03.2014).

222. Рудницька О. П. Педагогіка: загальна та мистецька: навч. посібник. Тернопіль: Навчальна книга. Богдан, 2005. 36 с.

223. Сабадишин Р. О., Рижковський В. О. До питання підготовки медичних сестер в умовах колледжу. *Медсестринство.* 2008. № 2. С. 30.

224. Савченко О. П. Компетентнісний підхід у сучасній вищій школі. *Педагогіка і наука : історія, теорія, практика, тенденції розвитку*. 2010. № 3. С. 16–23.

225. Самостійна робота студентів з загальної педагогіки / В. І. Євдокимов, Т. П. Агапова, І. В. Гавриш, Л. П. Харченко. Харків: Основа, 1997. 33 с

226. Самостійна робота студентів. *Метод. реком. для викл.* / В. П. Черних, Л . Г. Кайдалова, І. А. Зупанець та ін. Харків: 1999. 44 с.

227. Семенець С. П. Педагогічні умови розвивального навчання майбутніх учителів математики. *Нові технології навчання*. 2006. Вип. 46. С. 31–36.

228. Семиченко В. А. Психологические основы процесса профессиональной подготовки студентов ВУЗа: Учебн. пособие. Полтава, 1991. С. 219.

229. Серьожникова Р. К., Пархоменко Н. Д., Яковицька Л. С. Основи психології і педагогіки: навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2003. 243 с.

230. Сестринська справа: підручник / за ред. В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич. Київ: Медицина, 2008. С. 9.

231. Система управління якістю медичної освіти в Україні: монографія / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2003. 212 с.

232. Ситуационный анализ или Анатомия Кейс-метода / под ред. Ю. П. Сурмина. Киев: Центр инноваций и развития, 2002. 286 с.

233. Сікорський П. І. Кредитно-модульна технологія навчання: навч. посібник. Київ: Вид-во Європ. ун-ту, 2004. 127 с.

234. Сілкова О. В. Контроль знань та вмінь у студентів вищих медичних навчальних закладів в умовах використання комп'ютерних систем: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / АПН України. Ін-т вищої освіти. Київ, 2003. 21 с.

235. Словник іншомовних слів / уклад. С. М. Морозова, Л. М. Шкарапута. Київ: Наук. думка, 2000. 680 с. (Словники України).

236. Соатова Г. К. Удосконалення процесу навчання, спрямованого на формування і розвиток педагогічної майстерності майбутнього викладача професійного колледжу. *Молодий вчений.* 2011. №12. Т.2. С. 134–138.

237. Совтус І. М., Корнісік Н. М. Розвиток творчої пізнавальної активності студентів на практичних заняттях з основ медсестринства. *Наукові дослідження і їх практичне застосування. Сучасний стан і шляхи розвитку 2009*: збірник наукових праць по матеріалам Міжнар. науково- практ. конф.. Том 5. *Педагогіка, психологія і соціологія*. Одеса: Черноморье, 2009. С. 61–67.

238. Стечак Г. Шляхи вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів до професійної діяльності. *Педагогіка і психологія професійної освіти.* 2014. № 3. С. 106–112.

239. Стрюков М. Б., Сущенко М. И., Беленький П. П. Компетентностный поход в подготовке специалистов по информационной безопасности в ГОУ СПО РКСИ: URL: http://www.rksi.ru/rksi (дата звернення: 26.03.2014).

240. Ступина С. Б. Технологии интерактивного обучения в высшейшколе: учеб.-метод. пособие. Саратов: Наука, 2009. 52 с.

241. Сурмін Ю. П. Метод аналізу ситуацій (Casestudy) та його навчальні можливості. Глобалізація і Болонський процес: проблеми і технології: Кол. моногр. Київ: МАУП, 2005.

242. Сурмін Ю. П. Майстерня вченого: Підручник для науковця. Київ: Навчально-методичний центр „Консорціум з удосконалення – менеджмент освіти в Україні", 2006. 302 с.

243. Суховірська Л. П. Результати впровадження ресурсного підходудо методики навчання фізики в загальноосвітніх навчальних закладах. *Наукові записки. Серія: Проблеми методики фізико-математичної і технологічної освіти.* 2017. Вип. 11, ч. 3. С. 84–88.

244. Темерівська Т. Г. Формування пізнавальної активності студентів медичного коледжу в процесі вивчення природничо-наукових дисциплін: дис. ... канд. пед. Наук: 13.00.04 / Терноп. нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка.Тернопіль, 2004. 248 с.

245. Теоретичні і методичні засади моделювання фахової компетентності керівників закладів освіти: монографія / Г. В. Єльникова, О. І. Зайченко, В. І. Маслов та ін.; за ред. Г. В. Єлькової. Чернівці: Книги XXI, 2010. 460 с.

246. Теплюк Л. Г. Сучасні аспекти викладання професійно-орієнтованих дисциплін. *Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-методичної інтернет-конференції, присвяченої Дню заснування Черкаського медичного коледжу.* Черкаси, 2016. С. 65–67.

247. Технологія проведення моніторингових досліджень (Із досвіду роботи). Харків: Харківська академія неперервної освіти, 2013. 85 с. URL: www.edu-post-diploma.kharkov.ua (дата звернення: 26.03.2014).

248. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря: автореф. дис. … канд. психол. наук: спец.19.00.07 / АПН України. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2009. 21 с.

249. Уваркина О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін: автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Ін-т вищої освіти АПН України. Київ, 2006. 22 с.

250. Уёмов А. И. Логические основы метода моделирования. Москва: Пед. и-во России, 2000. 448 с.

251. Фастівець А. В. Формування діагностичної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації в процесі вивчення професійно-орієнтованих дисциплін: автореф. дис ... канд. пед. наук13.00.04 / Полт. нац. пед. ун-т. Запоріжжя, 2015. 20 с.

252. Федоришин В. І. Теорія та методика фахової підготовки майбутніх учителів музики на акмеологічних засадах: автореф. дис. ... докт. наук: спец. 13.00.02 / Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2014. 479 с.

253. Філософський словник / За ред. І. Т. Фролова. Москва: Політвидав, 1991. С. 332.

254. Філософський словник / за ред. В. І. Шинкарука. 2 вид., перероб. і доп. Київ: Головна редакція УРЕ, 1986. 800 с.

255. Фісун О В. Педагогічна фасилітація як багатозначний феномен. URL: https://psy-practice.com /publications/biznes/CHomu_ya_fasilitator/ (дата звернення: 21.05.2017).

256. Философский энциклопедический словарь / гл. редакция: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов. Москва: Сов. энциклопедия, 1983. 840 с.

257. Хабарова Н. А., Андрейчин С. М., Бількевич Н. А. Сучасні погляди на медсестринську освіту. *Медична освіта.* 2006. № 3. С. 20–22.

258. Хоменко К. П. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів. *Гуманітарний вісник ДВНЗ „Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”*. Додаток 1 до Вип. 36,

Том II (62): Тематичний випуск „Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору”. Київ: Гнозис, 2015. С. 321–330.

259. Хоружая Р. Е., Педорец А. П., Кива А. И., Педорец Н. А.. Формы организации самостоятельной работы студентов международного факультета. *Питання эксперим. та клінічної медицини*, 2009. Вип.13, том 2. С. 235–242.

260. Хрестоматія з педагогіки вищої школи: навч. посібник / За заг. ред. В. І. Лозової. Харків: Віровець А. П. „Апостроф”, 2011. 408 с.

261. Хриков Є. М. Розгляд суперечностей в педагогічних дослідженнях. *Шлях освіти:* наук-.метод. журн. 2013. № 1. С. 2–7.

262. Хуторской А. В. Ключевые компетенции и образовательные стандарты. *Интернет-журнал „Эйдос”*. 2002. 23 апреля. URL: http://www.eidos.ru/journal/2002/0423.htm (дата звернення: 27.01.2014).

263. Хуторской А. В. Современная дидактика: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2001. 544 с.

264. Цехмістер Я. В. Теорія і практика допрофесійної підготовки учнів у ліцеях медичного профілю при вищих навчальних закладах: автореф. дис. … докт. пед. наук: 13.00.04 /. Ін-т педагогіки і психології професійної освіти АПН України. Київ, 2002. 45 с.

265. Черних В. П., Толочко В. М., Кайдалова Л. Г. Кредитно-модульна система організації навчання у контексті Болонського процесу в НфаУ. Навч.-метод. посіб. Харків: Вид-во НфаУ, 2004. 68 с.

266. Черних В.П. Освітні інновації в Національному фармацевтичному університеті: навч-.метод. посіб. / В. П Черних, Л. Г. Кайдалова, В. М. Толочко, Т. Ю. Вахрушева. Харків: Вид-во НфаУ, 2005. 248 с.

267. Чернишенко Т. І. Програма розвитку медсестринства України (2005 – 2010 рр.). *Медсестринство України.* Київ, 2005. № 1. С. 2–7.

268. Чернишенко Т. Державне управління системою нормативно-методичного забезпечення реформування освіти медичних сестер України. *Управління сучасним містом.* Київ, 2002. №7/9 (7). С.160–164.

269. Чернишенко Т. І. Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні: дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2003. 179 с.

270. Чернишенко Т. І. Підготовка молодших медичних спеціалістів і медичних сестер-бакалаврів із сімейної медицини. *Матеріали І з'їзду сімейних лікарів України.* Київ, 2001. С.119–125.

271. Чернишенко Т. І., Губенко І. Я., Бразолій Л. П. Проблемні питання медсестринської освіти та практики в Україні. *Буковинський медичний вісник*. Спец. вип. Чернівці, 2007. С. 11–14.

272. Чорноус О. В. Ефективність використання засобів відеоінформації у процесі формування навчально-організаційних умінь і навичок: Анотовані результати НДР. Ін-т педагогіки за 2006 р. Київ, 2007. С. 17–18.

273. Шабанова Ю. О. Системний підхід у вищій школі: підруч. для студ. Магістратури. М-во освіти і науки України; ДВНЗ „Нац. гірн. ун-т". Дніпро: НГУ, 2014. 120 с.

274. Шапиро И. Я. Из истории медицинского образования в западных областях Украины и Буковине. Львов: Наука, 1957. 62 с.

275. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: автореф. дис. … канд. пед. наук:13.00.04 / Житомир. держ. ун-т імені І. Франка.. Житомир, 2015. 20 с.

276. Шарлович З. П. Пошук шляхів формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в системі фахової підготовки. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*: Спецвипуск. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ, 2012. С. 125–126.

277. Шатило В. Й., Махновська Р. П. Ступенева медична освіта в Україні (з досвіду роботи) Житомирського інституту медсестринства. *Медсестринство.* Тернопіль, 2008. № 2. С. 9–12.

278. Шатило В. Й. Реформування медсестринської освіти в Україні. *Магістр медсестринства*. Житомир, 2008. № 1. С. 22–26.

279. Шацька З. Я. Впровадження новітніх методів навчання при викладанні економічних дисциплін. *Вісник Київського національного університету технологій та дизайну.* Київ , 2010. № 5 (т. 4). С. 299–302.

280. Швець Н. Г. Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни „Організація праці менеджера" (для бакалаврів, спеціалістів). Київ: ДП „Вид. дім „Персонал", 2009. 54 с.

281. Шегедин М. Б. Медсестринство в Україні: Навчальний посібник. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 280 с.

282. Шегедин М. Б. Нова вітчизняна модель медсестринського процесу. *Буковинський медичний вісник.* Спец. вип. за матеріалами Конгресу „Розвиток медсестринської справи в Україні". Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2007. С. 96.

283. Шегедин М. Б. Медсестринство як наукова дисципліна. *Медична освіта.* 2006. № 3.

284. Шегедин М. Б., Мудрик Н. О. Історія медицини та медсестринства. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 328 с.

285. Шигонська Н. В.Підготовка студентів медичних спеціальностей до професійної взаємодії засобами моделювання комунікативних ситуацій: автореф. дис. … канд. пед. наук. 13.00.04 / Житомир. держ. ун-т імені І. Франка. Житомир, 2011. 18 с.

286. Шишкіна Н. О. Організація самостійної роботи студентів у процесі вивчення юридичних дисциплін у вищому навчальному педагогічному закладі: дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Харк. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди. Харків, 2003. 187 с.

287. Шишов С. Понятие компетенции в контексте качества образования. *Дайджест педагогічних ідей та технологій.* Школа-парк. 2002. № 3. С. 21.

288. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів: автореф. дис ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2004. 17 с.

289. Юсеф Ю. В. Формування комунікативної культури майбутніх лікарів у процесі вивчення гуманітарних дисциплін : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Київський ун-т ім. Б. Грінченка. Київ, 2014. 18 с.

290. Юшко Г. Н. Науково-дидактичні засади організації самостійної роботи студентів в умовах рейтингової системи навчання: автореф. дис ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Рост. держ. ун-т. Ростов-н / Д, 2001. 23 с.

291. Яблонська Т. М. Психолого-педагогічні умови активізації самовдосконалення особистості. *Актуальні проблеми психології.* Київ: [б. в.], 2015. Т. 10, Вип. 27. С. 712–721.

292. Ягупов В. В. Неімітаційні активні методи навчання. *Вісник Дніпропетровського ун-ту: Педагогіка і психологія.* Дніпропетровськ: [б. в.], 2000. Вип. 5. С. 78–85.

293. Ядов В. А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. Москва, 1979. С. 5.

294. Якиміва О. О. Формування милосердя як професійної якості студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки: автореф. дис ... канд. пед. наук 13.00.04 / ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Харків: [б. в.], 2013. 18 с.

295. Якупова Я. Р. Активные формы обучения – фактор интенсификации учебного процесса. *Высшее образование сегодня*. 2007. № 10. С. 45–48.

296. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції. Київ: Либідь, 1996. 264 с.

297. American Nurses Assosiation (ANA). URL: www.nursingworld.org/ (дата звернення: 27.02.2015).

298. Biermann H. Pädagogik der beruflichen Rehabilitation: Eine Einführung Heilund Sonderpädagogik / H. Biermann: W. Kohlhammer Verlag, 2007. 240 S.

299. Braun G. Das Studium muss besser auf den Beruf vorbereiten. *WISU-Magazin*. 2009. № 5. S. 601 602

300. Claudia Bischoff: Frauen in der Krankenpflege. *Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20.* Jahrhundert. 4., aktualisierte Neuausgabe. Campus, Frankfurt am Main / New York, NY 2008, ISBN 978-3-593-38726-0.

301. Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications. *Council of the European Union, Official Journal of the European Communities*, No L 165/ 1, 1993, 25p.

302. Dann H-D., Humpert W. Das Konstanter Trainingsmodell (KTM). Grundlagen und neue Entwicklungen. Zeitschrift für Pädagogik. 2002. № 48. S. 215–226.

303. Duale Ausbildung. URL: http://www.azubiyo.de/ausbildung/duale-ausbildung/ (дата звернення: 20.03.2017).

304. Dziewulak D. Polityka oświatowa Wspólnoty Europejskiej. Warszawa, 1994. 132 p.

305. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG).*Deutscher Bundestag Drucksache*. 18/5867, 18. Wahlperiode.

306. European Commission/EACEA/Eurydice, 2013. *Education and Training in Europe 2020: Responses from the EU Member States. Eurydice Report.* Brussels: Eurydice.

307. Family Nurse Practitioner, Denise M. Linton, DNS, FNP-BC, will be Highlighted in the Worldwide Leaders in Healthcare. URL: www.americannursetoday.com (дата звернення: 27.05.2015).

308. Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. EuropeanSpecification. For Basic and Postgraduate Medical education and Continuing Professional Development /WFME/SMSE International Task Force.

URL: http://www.amsemed.eu/documents /EuropeanSpecifications.pdf (дата звернення: 21.04.2014).

309. Hochspringen Monika Stöhr, Nicole Trumpetter: Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. In: Angelika Warmbrunn (Hrsg.): Werkstattbücher zu Pflege heute. Band 10. Elsevier,Urban&FischerVerlag, 2006, ISBN 3-437-27620-4, S. 22.

310. Janowski A. Polish Education: changes and prospects. *OxfordStudies in Comparative Education.* 1992. Vol. 2 (1). P. 41–55.

311. Johnstone J. N. Indicators of Education Systems. Kogan Page, London / UNESCO, Paris, 1984. 317 p.

312. Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 12a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege / Krankenpflegegesetz – KrPflG). *Bundesministeriums der Justiz, Zuletzt geändert durch Art.* 12a G v. 17. Juli 2009 I 1990 (Nr. 43), S. 8, abgerufen am 23. Dezember 2009 (PDF; 119 kB).

313. Mallinson V. The Western European idea in education. Pergamon, 1980. 406 p.

314. Manfred Engl: Beschäftigungskompass Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Beschäftigungsmöglichkeiten und -alternativen. Edition Aumann, 2011, ISBN 978-3-942230-01-8.

315. National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). URL: https://www.ncsbn.org/ (дата звернення: 06.07.2014).

316. Nicole Menche: Pflege Heute, Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Urban und Fischer, München 2007, ISBN 978-3-437-26771-0 / ISBN 978-3-437-28140-2 (kleine Ausgabe).

317. Pachocinski R. Wspolczesne systemy edukacyjne. *Warszawa: Instytut Badan Edukacyjnych*, 2000. 293 p.

318. Taylor S. Education Policy and the Politics of Change / S. Taylor, F. Rizvi, B. Lingrad & M. Henry. London: Routledge, 1997.

319. The American Association of Colleges of Nursing (AACN). URL: www.aacn.nche.edu/ (дата звернення: 06.07.2014).

320. Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health for All, 1988.

321. Winfried Humpert, Hanns-Dietrich Dann: KTM kompakt - Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern 2012. 2, URL: ISBN 978-3-456-85088-7 (дата звернення: 06.07.2014).

322. World Federation for Medical Education. The Edinburhg declaration. „Medical education". 1988. P. 481–482.

323. „World Health Organization". The British Medical Journal. BMJ Publishing Group. 2 (4570): 302–303. 7 August 1948. JSTOR 25364565. doi:10.1136/bmj.2.4570.302.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця професійних компетенцій

№ з/п	Професійні компетенції	Навчальні програми	Методи навчання
	Загальнопрофесійні компетенції	Дисципліна	
1.	Розуміння шляхів розвитку медсестринства. Сучасне бачення особливостей розвитку охорони здоров'я	Історія медицини та медсестринства (2 курс)	*Методи:* розповідь, пояснення, бесіда, робота з літературою і документацією, конспектування
2.	Володіння методами спостереження, опису, ідентифікації, класифікації. Комунікативні навички роботи в складі медико-санітарної бригади з метою отримання найкращих результатів	Основи медсестринства (2 курс)	*Методи:* пояснення, евристична бесіда, робота з документацією, демонстрація наочних посібників, спостереження студентів, вправи, ігрові методи, вирішення практичних завдань, рішення ситуаційних завдань, виконання індивідуальних завдань
3.	Застосування на практиці принципів медсестринської етики та деонтології	Медсестринська етика та деонтологія (3 курс)	*Методи:* евристична бесіда, конспектування, ігрові методи, ділові ігри, розігрування ролей, навчальна дискусія, диспут
4.	Володіння методами спостереження, опису, ідентифікації, класифікації об'єктів предмета діяльності	Громадське здоров'я та громадське медсестринство (4 курс)	*Методи:* евристична бесіда, конспектування, ділові ігри, розігрування ролей, навчальна дискусія, диспут
	Спеціалізовано-професійні компетенції		
5.	Використання стандартів та нормативних документів для практичного виконання робіт зазначеного профілю	Основи медсестринства (2 курс)	*Методи:* застосування документації письмового інструктування, робота з документацією, вирішення професійно орієнтованих завдань

6.	Використання теоретичних знань і практичних навичок з громадського здоров'я та громадського медсестринства з метою формування, збереження та поліпшення здоров'я	Громадське здоров'я та громадське медсестринство (4 курс)	*Методи:* демонстрація і відпрацювання практичних навичок, метод ігрового проектування
7.	Застосування теоретичних знань і практичних умінь щодо підбору та використання обладнання	Основи медсестринства (2 курс)	*Методи:* розповідь, пояснення, робота з літературою, демонстрація наочних посібників
8.	Використання теоретичних знань і практичних умінь з професійно-орієнтованих дисциплін в умовах професійної діяльності	Основи медсестринства (2 курс)	*Методи:* застосування документації письмового інструктування (алгоритми, інструкції, стандарти), формування практичних навичок, спостереження студентів, ігрові методи
9.	Використання набутих знань під час вирішення практичних завдань щодо надання медичних послуг та медичної допомоги	Основи медсестринства (2 курс)	*Методи:* розповідь, бесіда, робота з літературою і документацією, конспектування
10.	Використовуючи знання, забезпечувати вдосконалення стандартів медсестринських маніпуляцій, процедур та планів догляду	Основи медсестринства (2 курс) Громадське здоров'я та громадське медсестринство (4 курс)	*Методи:* застосування документації письмового інструктування (алгоритми, інструкції, стандарти), формування практичних навичок, самостійне спостереження студентів, відпрацювання практичних навичок, ігрові методи, тестування

Додаток Б

Анкета

"Використання активних та інтерактивних методів навчання на заняттях у процесі підготовки медичних сестер"

Шановні викладачі! Для організації ефективної роботи в медичному коледжі хотілося б узнати вашу думку і пропозиції по використанню активних та інтерактивних методів навчання на заняттях у процесі підготовки медичних сестер.

Прохання відповісти на запитання даної анкети відверто і обґрунтовано.

1.Чи потрібно використовувати на заняттях активні методи для навчання студентів?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

2.Які з методів навчання Ви найчастіше використовуєте при проведенні занять?

- Традиційні
- Активні
- Поєдную традиційні з активними.

3.Як часто Ви використовуєте в роботі зі студентами активні методи навчання?

- Часто
- Рідко
- Інколи

4.Чи викликає у Вас труднощі використання активних методів навчання на заняттях?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

5.Чи вважаєте Ви, що використання активних методів навчання викликає цікавість у студентів?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

6.Напишіть, будь ласка, які з активних методів навчання Ви вважаєте найбільш цікавими і доступними в роботі зі студентами.

7.Чи бачите Ви позитивні аспекти в використанні активних методів навчання?

- Так (напишіть, будь ласка, які саме)
- Ні
- Важко відповісти

8.Напишіть, будь ласка, які Ви знаходите недоліки в використанні активних методів навчання.

9.Чи використовуєте Ви в своїй роботі новинки, які можна внести в систему активного навчання студентів?

- Так (напишіть, будь ласка, які саме)
- Ні
- Важко відповісти.

Дякую за співпрацю!

Додаток В

Анкета
„Активні методи навчання”

Шановні студенти! Для організації ефективної роботи в медичному коледжі хотілося б узнати вашу думку і пропозиції по використанню активних методів навчання на заняттях в процесі підготовки медичних сестер.

Прохання відповісти на запитання даної анкети відверто і обґрунтовано.

1. Яке Ваше відношення до активних методів навчання?
- Позитивне
- Негативне
- Обережне

2. Як часто викладачі використовують на заняттях активні методи навчання?
- Часто
- Рідко
- Інколи

3. Чи підвищується у Вас інтерес до дисциплін, що викладаються при використанні на заняттях активних методів навчання?
- Так
- Ні
- Важко відповісти

4. Чи викликає у Вас труднощі навчання з використанням активних методів?
- Так
- Ні
- Важко відповісти

5. Вкажіть, будь ласка, які з активних методів навчання для Вас найбільш цікаві і зрозумілі?

6. Чи бачите Ви позитивні аспекти в використанні активних методів навчання?
- Так (напишіть, будь ласка, які саме)
- Ні
- Важко відповісти

7. Які Ви бачите недоліки використання активних методів навчання?

Дякую за співпрацю!

Додаток Г

Список студентів групи ЕГ-1

1. Абдул Тетяна
2. Абраменко Марія
3. Авраменко Вікторія
4. Альохіна Анна
5. Аслан Денис
6. Баглай Ігор
7. Батюченко Мілена
8. Безпалий Валерій
9. Бондаренко Катерина
10. Бондаренко Катерина
11. Болдир Анастасія
12. Бутова Анна
13. Бурмістров Єгор
14. Букир Вікторія
15. Вакуліна Наталія
16. Варібрусова Катерина
17. Василець Олександр
18. Верхоламова Дарія
19. Вініченко Олена
20. Вискребець Людмила
21. Вітик Олена
22. Водолазська Ксенія
23. Волкова Надія
24. Ворчак Анастасія
25. Гайдадей Анастасія
26. Гармаш Вікторія
27. Гармаш Діана
28. Глушко Катерина
29. Гнида Роман
30. Грабовська Юлія
31. Григорова Світлана
32. Горделян Олег
33. Горовенко Валерія
34. Григораш Рустам
35. Громозда Олена
36. Гряник Ігор
37. Гусейнова Ірина
38. Гужва Альона
39. Деревянко Юлія
40. Долгова Вероніка
41. Дораж Людмила
42. Дрозд Вікторія
43. Єдамова Дар'я
44. Єрмоленко Іван
45. Єрмоленко Марія
46. Жало Юлія
47. Загребельна Дар'я
48. Затєйна Анна
49. Заховаєва Кристіна
50. Зінченко Сергій
51. Знова Таїсія
52. Іванова Олена
53. Івченко Марина
54. Катречко Ксенія
55. Келеберда Лілія
56. Клименко Яна
57. Клименко Роман
58. Кльован Марина
59. Коваленко Наталія
60. Коваль Катерина
61. Ковальова Яна
62. Ковтунець Олексій
63. Коротка Юлія
64. Костенко Валерій
65. Кравченко Марина
66. Кривошей Аліна
67. Крижановська Катерина
68. Кузьмін Владислав
69. Малеванчик Олена
70. Мельниченко Оксана
71. Неделяєва Христина
72. Ніколаєва Ірина
73. Ніколаєва Тетяна
74. Нодь Надія
75. Орел Катерина
76. Петренко Анастасія
77. Переверзєва Інна
78. Півньова Олена
79. Погребняк Вікторія
80. Подзірова Катерина
81. Подольська Олена
82. Попова Віта
83. Пурей Марина
84. Рогальська Олександра
85. Рябенко Наталія
86. Садовська Діана
87. Северин Ольга
88. Сердюк Аліна
89. Серікова Анастасія
90. Сизова Анастасія
91. Скадченко Ірина
92. Фальдштинський Віталій
93. Феленко Світлана
94. Чорна Наталія
95. Шестакова Ксенія
96. Шишола Світлана
97. Давидова Ганна
98. Демченко Юлія
99. Дериглазова Карина
100. Дорогань Анна
101. Дорохова Лілія
102. Єрема Марина
103. Жуковець Маргарита
104. Зайцева Вікторія
105. Загоруйко Дар'я
106. Зоц Віталіна
107. Канцедал Віталій
108. Кирпач Ганна
109. Коптєва Наталя
110. Коряк Дарія
111. Костенко Вікторія
112. Кузьменко Аліна
113. Куріпка Світлана
114. Левченко Олена
115. Лізогубова Олена
116. Лупка Юлія
117. Любезна Маргарита
118. Ляшенко Марина
119. Ляшенко Тетяна
120. Макоткіна Яна
121. Малявко Марина
122. Мателега Леонід
123. Наконечна Марина
124. Нарожна Єлизавета
125. Олійник Наталія
126. Павленко Крістіна
127. Павлюченко Оксана
128. Пасинок Аліна
129. Петрова Марія
130. ПетрушенкоВікторія
131. Пивоварова Олена
132. Пушкарь Юлія
133. Радчук Ірина
134. Реуцька Діана
135. Решетняк Віктор
136. Рєзніченко Вікторія
137. Сагаль Володимир
138. Самойлова Аліна
139. Ситник Марина
140. Симоненко Альона
141. Соболь Карина
142. Сологуб Владислав
143. Сосновік Наталя
144. Сохар Наталя
145. Стрільцова Анна
146. Таврізян Армен
147. Тімохіна Аліна
148. Усик Євгенія
149. Халіна Катерина
150. Ходаченко Ельвіра
151. Яценко Тетяна
152. Яценко Яна

Список студентів групи КГ-1

1. Абраменко Марія
2. Александрова Антоніна
3. Альохіна Анна
4. Артюшенко Артем
5. Батюченко Мілена
6. Бейбутова Роза
7. Бірюков Євгеній
8. Бібік Євген
9. Богданов Кирило
10. Болдир Анастасія
11. Болдир Олександра
12. Бондар Віта
13. Борисенко Богдан
14. Бугайова Оксана
15. Бутова Анна
16. Варібрусова Катерина
17. Василець Олександр
18. Верхоламова Дарія
19. Вечера Римма
20. Вініченко Олена
21. Винокурова Аліна
22. Гайдадей Анастасія
23. Гетьманська Катерина
24. Гірник Вікторія
25. Глушко Світлана
26. Голобородько Анастасія
27. Головченко Олександр
28. Гонтар Павло
29. Гончаров Вадим
30. Григораш Рустам
31. Григорова Світлана
32. Гречишников Станіслав
33. Гричишкіна Ганна
34. Груздо Олена
35. Дахнова Віра
36. Движенюк Олександр
37. Демченко Юлія
38. Демченко Інна
39. Дериглазова Карина
40. Деркач Дмитро
41. Джунь Владислав
42. Дзюбанов Михайло
43. Добровольська Юлія
44. Дораж Людмила
45. Дорогань Дмитро
46. Дорошенко Олена
47. Дьоміна Марина
48. Єдамова Дар'я
49. Єрема Марина
50. Єфіменков Ярослав
51. Жердєв Микита
52. Жуковець Маргарита
53. Загоруйко Владислав
54. Закопайло Анастасія
55. Загребельна Дар'я
56. Злодєєв Валентин
57. Іващук Аліна
58. Ігнатьєва Марина
59. Іншина Єлизавета
60. Казаков Ігор
61. Казачков Микола
62. Калашник Анастасія
63. Калітін Максим
64. Калітіна Ніна
65. Кальницька Лілія
66. Канцедал Віталій
67. Кашуба Вадим
68. Кисіль Віталій
69. Кобиза Юлія
70. Колеснік Денис
71. Колісник Андрій
72. Коломієць Карина
73. Коптєва Наталя
74. Корець Тетяна
75. Кормілець Тетяна
76. Коцур Катерина
77. Коцюра Павло
78. Кошова Анна
79. Крюкова Ганна
80. Кулікова Валерія
81. Куропатенко Микита
82. Кухарева Катерина
83. Кухаренко Анастасія
84. Куценко Лілія
85. Кушніренко Станіслав
86. Кульдібаєв Сергій
87. Лаврушка Ігор
88. Лаптєва Світлана
89. Лаптєв Владислав
90. Лічман Роман
91. Лучко Оксана
92. Любезна Маргарита
93. Майоров Олег
94. Мислюк Максим
95. Михайлов Владислав
96. Мкртчян Аміна
97. Мудра Єлизавета
98. Нарожна Єлизавета
99. Насібова Крістіна
100. Настенко Тетяна
101. Обухов Сергій
102. Окунєва Вікторія
103. Олійник Наталія
104. Опарко Дар'я
105. Павленко Крістіна
106. Павлова Валентина
107. Панкратов Максим
108. Перепелиця Богдан
109. Перепьолкін Микита
110. Петренко Денис
111. Петрова Марія
112. Полторацька Олександра
113. Полторацький Владислав
114. Пономарьов Володимир
115. Пройдакова Альона
116. Пушкарь Юлія
117. Рогачова Діана
118. Русанова Ангеліна
119. Савич Віталій
120. Сагаль Володимир
121. Севрюк Володимир
122. Сердюк Аліна
123. Серікова Анастасія
124. Серпокрил Юлія
125. Сизонов Артур
126. Симоненко Альона
127. Соболь Карина
128. Сологуб Владислав
129. Солод Денис
130. Солод Станіслав
131. Стрільцова Анна
132. Сухіна Світлана
133. Тесленко Аліна
134. Ткаченко Сергій
135. Топорок Анна
136. Усик Євгенія
137. Фоменко Олександр
138. Ходаченко Ельвіра
139. Чиркова Марина
140. Шаповалова Наталя
141. Шахов Вадим
142. Швецов Кирило
143. Шерстюк Дмитро
144. Шило Тетяна
145. Широчкін Кирило
146. Шулепіна Анна
147. Шумянська Валерія
148. Щербак Руслан
149. Юрдига Віталій
150. Якимук Діана
151. Яковлєва Світлана
152. Яценко Яна

Додаток Д

Завдання для контрольної роботи
І варіант

№	Завдання	Відповідь
1.	Колоноскопія – це ендоскопічне дослідження: А. Шлунку; В. Товстого кишечника; С. Тонкого кишечника; Д. 12-палої кишки; Е. Сечового міхура.	
2.	Ректороманоскопія – це ендоскопічне дослідження: А. Товстого кишечника; В. Тонкого кишечника; С. 12-палої кишки; Д. Шлунку; Е. Прямої кишки.	
3.	Цистоскопія – це ендоскопічне дослідження: А. Сечового міхура; В. Жовчного міхура; С. Шлунку; Д. Прямої кишки; Е. 12-палої кишки;	
4.	Бронхоскопія – це метод візуального дослідження: А. Сечового міхура; В.Трахеї та бронхів; С. Прямої кишки; Д. Товстого кишечника; Е. Шлунку;	
5.	Пацієнт лікується з приводу хронічного коліту. Лікар призначив йому колоноскопію. В яких умовах слід провести бесіду щодо попередньої підготовки пацієнта до маніпуляції? А. Наодинці з хворим; В. В палаті при хворих; С. Через санітарку; Д. Через хворих в палаті; Е. Доручити студентам.	
6.	Пацієнту лікар призначив проведення езофагодуоденоскопії. Вкажіть найбільш ймовірний варіант підготовки пацієнта: А. Промивання шлунку перед дослідженням; В. Використання газовивідної трубки; С. Очисні клізми зранку і ввечері; Д. Використання ентерального подразника; Е. Дослідження проводити натще.	
7.	Ви працюєте медичною сестрою ендоскопічного кабінету та берете участь в обстеженні пацієнта з підозрою на пухлину товстої кишки. Як називається метод дослідження при даній патології? А. Колоноскопія;	

	B. Цистоскопія; C. Ректороманоскопія; Д. Бронхоскопія; Е. Іригоскопія.	
8.	Пацієнту призначено ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку і дванадцятипалої кишки. Це дослідження має назву: А. Іригоскопія; B. Цистоскопія; C. Езофагогастродуоденоскопія; Д. Бронхоскопія; Е. Ректороманоскопія.	
9.	Визначте найбільш інформативний метод діагностики при захворюваннях прямої кишки: А. Колоноскопія; B. Іригоскопія; C. Цистоскопія; Д. Ректороманоскопія; Е. Бронхоскопія.	
10.	З метою підготовки до ендоскопічного дослідження товстого кишечника пацієнту призначено очисні клізми. Яке положення слід надати пацієнту при проведенні очисної клізми? А. На животі; B. На спині; C. На правому боці, ноги зігнуті у колінах; Д. На лівому боці, ноги зігнуті у колінах; Е. Напівлежачи.	
11.	Пацієнту призначено проведення колоноскопії. Яке положення ви надаєте пацієнту для проведення дослідження? А. Лежачи на лівому боці з зігнутою правою ногою; B. Лежачи на правому боці з зігнутою лівою ногою; C. Лежачі на животі; Д. Лежачи на спині з зігнутими ногами; Е. Колінно-ліктьове.	
12.	Пацієнту призначено проведення ендоскопічного дослідження внутрішньої поверхні сечового міхура. Як називається прилад для проведення цього дослідження? А. Колоноскоп; B. Цистоскоп; C. Ректороманоскоп; Д. Гастроскоп; Е. Бронхоскоп.	
13.	У пацієнта підозра на пухлину шлунку. Для уточнення діагнозу слід провести ендоскопічне дослідження. Хто повинен прийняти рішення про проведення дослідження? А. Медична сестра; B. Пацієнт; C. Лікар; Д. Санітарка;	

	Е. Старша медична сестра.	
14.	„Про удосконалення ендоскопічної допомоги населенню України” йдеться в наказі за № : А. 408; В. 393; С. 120; Д. 720; Е. 288.	
15.	Лікар призначив пацієнту гастродуоденоскопію з метою уточнення попереднього діагнозу. Пацієнт відчуває страх перед можливим ВІЛ-інфікуванням. Вкажіть основний вид втручання медичної сестри у зв’язку з проблемою, що виникла: А. Поінформувати пацієнта про сучасні методи дезінфекції та стерилізації; В. Не звертати увагу на дійсні та потенційні проблеми пацієнта; С. Зусилля спрямувати на транспортування пацієнта в ендоскопічний кабінет; Д. Пояснити сутність обстеження; Е. Доповісти лікарю про страх пацієнта та запропонувати відмінити дослідження.	

Критерії оцінювання виконання тестових завдань

Студентам запропоновано 15 тестових завдань. Кожна правильна відповідь зараховується як 1 бал. За неправильну відповідь бали не знімаються.

Робота оцінюється за кількістю правильних відповідей у відсотках:

„5” – 93,3%; „4” – 66,6%; „3” – 47%; „2” – менше 47%

Оцінка / **К-ть вірних відповідей**	**«5»**	**«4»**	**«3»**	**«2»**
15-14				
13-10				
9-7				
6-0				

Додаток Е

Комунальний заклад охорони здоров'я
Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової

„ЗАТВЕРДЖУЮ"
Директор КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової"
_____О.М. Брянцев
«____»_____2013 р.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Обговорено і ухвалено на засіданніпедагогічної ради
Протокол № 1
від "_28_"серпня_2013 р.

Куп'янськ – 2013

Загальні критерії оцінювання знань студентів

І рівень – низький. Відповідь студента при відтворенні навчального матеріалу елементарна, фрагментарна, зумовлюється початковими уявленнями про предмет вивчення. Теоретичні питання не розкриті. Студент нездатен виконувати практичне завдання.

ІІ рівень – середній. Студент відтворює основний навчальний матеріал, здатний виконувати завдання за зразком, володіє елементарними вміннями навчальної діяльності.У разі виконання необхідного практичного завдання – навчальний матеріал застосовано без достатнього розуміння, мають місце помилки.

ІІІ рівень – достатній. Студент знає істотні ознаки понять, явиш, закономірностей, зв'язків між ними, а також самостійно застосовує знання в стандартних ситуаціях, володіє розумовими операціями (аналізом, абстрагуванням, узагальненням тощо), вміє робити висновки, виправляти допущені помилки. Відповідь повна, правильна, логічна, обґрунтована, хоча їй і бракує власних суджень. Студент здатний самостійно здійснювати основні види навчальної діяльності.У разі виконання необхідного практичного завдання – виконано взагалі правильно, але мають місце окремі неточності.

ІV рівень – високий. Знання студента є глибокими, міцними, узагальненими, системними; учень вміє застосовувати знання творчо, його навчальна діяльність має дослідницький характер, позначена вмінням самостійно оцінювати різноманітні життєві ситуації, явища, факти, виявляти і відстоювати особисту позицію.У разі виконання необхідного практичного завдання – застосовує системні знання навчального матеріалу, передбачені навчальною програмою.

Рівні компетент-ності	*Бали*	*Критерії оцінювання навчальних досягнень студентів*
І. Низький	2	Студент фрагментарно відтворює незначну частину навчального матеріалу; має нечіткі уявлення про об'єкт вивчення; виявляє здатність елементарно викласти думку; може усно відтворити кілька термінів, явищ без зв'язку між ними; може обрати правильний варіант відповіді (на рівні "так – ні"); може самостійно знайти відповідь у тексті підручника; виконує 50 % від загальної кількості тестів. Студент нездатен виконувати практичне завдання.
ІІ. Середній	3	Студент знає більш як половину навчального матеріалу; розуміє основний навчальний матеріал; здатний з помилками й неточностями дати визначення понять, сформулювати правило, відтворити його з помилками та неточностями; має стійкі навички роботи з текстом підручника; може самостійно оволодіти більшою частиною заданого матеріалу, формулює

		поняття, наводить приклади, знає основні дати; орієнтується в хронології; підтверджує висловлене судження одним – двома аргументами; здатен використовувати під час відповіді допоміжні наочні матеріали; відповіді непослідовні та нелогічні; виконує 51 – 75 % від загальної кількості тестів. У разі виконання необхідного практичного завдання – навчальний матеріал застосовано без достатнього розуміння, мають місце помилки.
III. Достатній	4	Знання студента є достатньо повними, він вільно застосовує вивчений матеріал у стандартних ситуаціях, логічно висвітлює події з точки зору смислового взаємозв'язку, вміє аналізувати, встановлювати найсуттєвіші зв'язки і залежності між явищами, фактами, робити висновки, загалом контролює власну діяльність; відповідь його повна, логічна, обґрунтована, але з деякими неточностями; здатен на рецензію відповіді іншого студента; може опрацьовувати матеріал самостійно, вміє підготувати реферат та захищати його найважливіші положення; виконує 76 - 90 % від загальної кількості тестів. У разі виконання необхідного практичного завдання – виконано взагалі правильно, але мають місце окремі неточності.
IV. Високий	5	Студент володіє узагальненими знаннями з предмета, аргументовано використовує їх у нестандартних ситуаціях; уміє знаходити джерело інформації та аналізувати її, ставити і розв'язувати проблеми, вміє застосувати вивчений матеріал для власних аргументованих суджень в практичній діяльності (диспути, дискусії, круглі столи), спроможний підготувати за підтримки викладача виступ на студентську наукову конференцію; визначає програму особистої пізнавальної діяльності, здатен самостійно вивчати матеріал; самостійно знаходить інформацію (наукова література, газетно-журнальні публікації, Інтернет, мультимедійні програми тощо), самостійно оцінює різноманітні життєві явища і факти, виявляючи особисту позицію щодо них, самостійно виконує 91 - 100% від загальної кількості тестів. У разі виконання необхідного практичного завдання – застосовує системні знання навчального матеріалу, передбачені навчальною програмою.

Додаток Ж

Тестові завдання для контролю знань студентів з дисципліни „Основи медсестринства”

1. Основоположницею сестринської справи в світі визнають:
1) Даша Севастопольська;
2) Флоренс Найтінгейл;
3) Юлія Вревська;
4) Катерина Бакуніна;
5) Марія Кисляк.
2. Етичні елементи філософії сестринської справи є всі, крім:
1) чеснота;
2) деонтологія;
3) деонтологія;
4) цінності;
5) казати правду.
3. Сестринська справа – це:
1) догляд за хворими;
2) наука і іскуство, які спрямовані на рішення існуючих та потенціальних проблем та здоров’я;
3) лікування хвороби;
4) догляд за здоровими;
5) виявлення причин захворювання.
4. Область філософії, яка визначає, що вірно, а що невірно в професійній поведінці – це:
1) деонтологія;
2) етика;
3) право ведення;
4) обов’язки;
5) чеснота.
5. Дві сфери догляду: догляду за хворими та догляду за здоровим визначила:
1) Е.Бакуніна;
2) Ф.Найтінгейл;
3) Д.Севастопольська;
4) Ю.Вревська;
5) М.Кисляк.
6. Основні поняття філософії – це все, крім:
1) людина;
2) хвороба;
3) суспільство;
4) навколишнє середовище;
5) здоров’я.
7. Етичні обов’язки медсестри – це все, крім:
1) казати правду;
2) бути милосердною;
3) здержувати слово;
4) не спричиняти шкоди;
5) виконувати призначення лікаря.
8. До діяльності сестринського персоналу відноситься все, крім:
1) полегшення страждань;
2) діагностика захворювань;
3) профілактика хвороб;
4) профілактика травм;
5) зміцнювання здоров’я.
9. Основоположницею сестринської справи і клятви медсестри є:
1) Ю.Вревська;
2) Є.Бакуніна;
3) Ф.Найтінгейл;
4) М.Кисляк;
5) Д.Севастопольська.
10. Біомеханіка тіла – це:
1) переміщення пацієнта у ліжку;
2) рівновага тіла під час руху;
3) дотримування правил, які застережують травму хребта;
4) транспортування пацієнта силами однієї медсестри;
5) положення тіла, при якому немає дискомфорту.
11. Положення Фаулера – це:
1) лежачі на спині;
2) лежачі на боці;
3) напівлежачі та напівсидячи;
4) проміжне положення між лежачи на животі та лежачі на боці;
5) лежачі на животі.
12. Правильна біомеханіка тіла медичної сестри забезпечує:
1) транспортування, переміщення та змінювання положення тіла пацієнта силами 1-єї медсестри;
2) запобігання травм хребта медсестри у процесі роботи;
3) своєчасність виконання лікарських призначень;
4) положення, яке дозволяє утримувати рівновагу;

5) переміщення пацієнта у ліжку.

13. Положення Сим пса – це:
1) проміжне положення між лежачи на животі та лежачі на боці;
2) лежачі на спині;
3) лежачі на животі;
4) напівлежачі;
5) напівсидячи.

14. До фактору ризику падіння пацієнта відноситься все, крім:
1) порушення рівноваги;
2) переохолоджування;
3) вік пацієнта більше 65 років;
4) порушення зору;
5) порушення орієнтації.

15. Для виявлення високого ризику падіння пацієнтів треба мати інформацію про:
1) порушення орієнтації;
2) алергічні реакції на лікарські засоби;
3) порушення зору;
4) порушення слуху;
5) переохолоджування.

16. Перший етап сестринського процесу:
1) планування догляду;
2) оцінка стану потреб пацієнта;
3) реалізація плану догляду;
4) трактування отриманих даних;
5) оцінка результатів сестринських втручань.

17. Другий етап сестринського процесу:
1) трактування отриманих даних;
2) оцінка результатів сестринських втручань;
3) оцінка стану потреб пацієнта;
4) планування догляду;
5) реалізація плану догляду.

18. Ієрархія людських потреб по Маслоу:
1) потреба в безпеці – соціальні проблеми – потреба в самоповазі – фізіологічні – самовираз;
2) соціальні потреби – потреба в безпеці – фізіологічні – потреба в самоповазі – самовираз;
3) фізіологічні – потреба в безпеці – соціальні потреби – потреба в самоповазі – самовираз;
4) фізіологічні – самовираз;
5) соціальні проблеми – потреба в самоповазі – самовираз.

19. До установ, у яких проводять амбулаторну допомогу відносяться всі, крім:
1) амбулаторії;
2) поліклініки;
3) лікарні;
4) пологовий будинок;
5) диспансери.

20. 3% розчин хлораміну використовують для знезараження:
1) білизни натільної та постільної;
2) інструментів після хворого на туберкульоз;
3) інструментів після хворого на СНІД;
4) інструментів після хворого на хворобу Боткіна;
5) рук при забрудненні кров'ю.

21. Які розчини використовують для вологого прибирання палати?
1) 0,5% розчин хлорного вапна;
2) 10% розчин хлорного вапна;
3) 1% розчин хлораміну;
4) 3% розчин хлораміну;
5) 1% розчин перманганату калію.

22. Кушетку в приймальному відділенні протирають:
1) 1% розчином хлораміну 2 рази з інтервалом 15 хв.;
2) 3% розчином хлорного вапна 2 рази на день;
3) 0,5% розчином хлорного вапна 2 рази на день;
4) 70% етиловим спиртом до і після огляду хворого;
5) миють миючим розчином.

23. Тапочки після використання хворим обробляють:
1) 10% розчином оцтової кислоти;
2) 10% розчином формаліну;
3) 25% розчином формаліну;
4) спиртом;
5) 1% розчином хлораміну.

24. Мочалку для миття посуду знезаражують:
1) кип'ятінням у дистильованій воді – 15 хв;
2) кип'ятінням у 0,5% розчині хлорного вапна – 30 хв.;
3) замочують у 1% розчині хлораміну – 60 хв.;
4) замочують у 1% розчині формаліну – 1 годину;

5) в сухо жаровій шафі протягом 10 хв.
25. Для приготування 10л 10% розчину хлорного вапна потрібно взяти:
1) 1л 1% розчину хлорного вапна + 9л води;
2) 1 кг хлорного вапна + 9л води;
3) 100г хлорного вапна + 900 мл води;
4) 1 кг хлорного вапна + 10 л води;
5) 990г хлорного вапна + 9л води.
26. Дезінфекція – це:
1) знищення патогенних мікроорганізмів;
2) знищення переносників захворювання;
3) знищення мікроорганізмів та їх спор;
4) знищення гризунів;
5) знищення макроорганізмів.
27. Дезінфекція білизни, забрудненої кров'ю:
1) 0,5% розчин хлорного вапна;
2) 35 розчин хлораміну – 30 хв.;
3) дезкамера;
4) 0,2% розчин хлораміну 210 хв.;
5) 1% розчин хлораміну на 15 хв.
28. Механічний метод знезараження – це все, крім:
1) вентиляція;
2) прасування;
3) фільтрація;
4) кип'ятіння;
5) вибивання.
29. Дезінфекція термометрів проводиться:
1) кип'ятіння у дистильованій воді 15 хв.;
2) 1% розчин хлораміну, повне занурення на 15 хв.;
3) кип'ятіння у 3% розчині перекису водню 30 хв.;
4) 70% етиловий спирт 15 хв.;
5) 3% перекису водню.
30. Судна, сечоприймачі дезінфікують:
1) кип'ятіння у перекису водню 15 хв.;
2) протирання 1% розчином хлораміну з інтервалом 15 хв. двічі;
3) сполоскування 0,5% розчином хлорного вапна;
4) 1% розчин хлораміну, повне занурення на 60 хв.;
5) опромінення ртутно-кварцеве протягом 2 годин.
31. Руки, забруднені кров'ю дезінфікують:
1) 1% розчином хлораміну;
2) 0,5 % розчином хлораміну;
3) 5% розчином хлораміну;
4) 6% розчином перекису водню;
5) 3% розчином перекису водню.
32. Гумові грілки дезінфікують:
1) кип'ятіння у перекису водню – 30 хв.;
2) протирання 2 рази 1% розчином хлораміну, інтервал 15 хв.;
3) замочування у 0,5% розчині хлорного вапна – 15 хв;
4) автоклавування – 30 хв.;
5) повне занурення у 1% розчині хлораміну на 30 хв.
33. Стерилізація – це:
1) комплекс заходів, направлених на попередження попадання мікроорганізмів в організм хворого;
2) знищення всіх мікроорганізмів;
3) знищення патогенних мікроорганізмів;
4) знищення всіх мікроорганізмів і їх форм;
5) знищення переносників важких інфекційних захворювань.
34. Для стерилізації інструментів в ЛПЗ використовують:
1) сухожарові шафи, пароповітряний стерилізатор;
2) квартування;
3) кип'ятіння;
4) рентгенівське опромінення;
5) гама-оптомінення.
35. Послідовність обробки інструментів при лікуванні інфекційних хворих:
1) сполоскування – дезінфекція;
2) сполоскування – ПСО (перед стерилізаційна обробка) стерилізація;
3) дезінфекція – ПСО – стерилізація;
4) ПСО – дезінфекція – сполоскування;
5) Сполоскування – дезінфекція – ПСО – стерилізація.
36. Методи стерилізації інструментів:
1) механічний, паровий;
2) паровий, повітряний;
3) повітряний, кип'ятіння;
4) кип'ятіння у 1% розчині хлораміну 45 хв.;
5) ультрафіолетове опромінювання, паровий, кип'ятіння.
37. Якість стерилізації в автоклаві контролюють методами:
1) механічним, мікроскопічним, фізичним;
2) хімічним, фізичним, бактеріологічним;
3) фізичним, біологічним, мікроскопічним;

4) біологічним, бактеріологічним, хімічним;
5) бактеріологічним, хімічним, механічним.
38. Режим стерилізації в автоклаві:
1) тиск – 1,5 атм. , Т – 1200С, час – 20 хв.;
2) тиск – 1,5 атм., Т – 1200С, час – 15 хв.;
3) тиск – 2 атм., Т – 1200С, час – 20 хв;
4) тиск – 2 атм., Т – 1320С, час – 20 хв.;
5) тиск – 1,5 атм., Т-1320С, час – 20 хв.

39. Термін зберігання простерилізованого матеріалу паровим методом:
1) бікси с фільтром 3 доби;
2) бікси без фільтру 20 діб;
3) в крафт-пакетах 20 діб;
4) в бязевій упаковці 3 доби;
5) бікси з фільтром 20 діб.
40. Контроль якості і ПО на наявність крові проводиться усіма пробами, крім:
1) проба з альбуцидом;
2) амідопірінова проба;
3) азопірамова проба;
4) „Гемотест – М”;
5) бензидинова проба.
41. Стерилізація хімічним методом:
1) 10% розчином хлорного вапна, Т – 150С 2 години;
2) перекис водню 3%, Т – 500С 3 години;
3) перекис водню 65, Т – 500С 3 години;
4) перекис водню 6%, Т – 180С 60 хв.;
5) хлорамін 3%, Т – 500С 4 години.
42. газовий метод стерилізації – це:
1) пари фенолу, закису азоту;
2) пари формаліну, пари фенолу;
3) закис азоту, кислород;
4) окис етилену, пари формаліну;
5) пари фенолу, кисло род.
43. Перед заповненням ванни її знезаражують:
1) 1% розчин хлораміну 2-х разове протирання з інтервалом 15 хв.;
2) 1% розчин хлораміну замочування на 30 хв.;
3) ополіскування гарячою водою 700С;
4) 0,2% розчин хлораміну протирання;
5) порошком хлорного вапна.
44. Контроль якості на наявність миючого розчину:
1) бензидинова проба;
2) амідопірінова проба;
3) орготолудінова проба;
4) азопірамова проба;
5) фенолфталеїнові проба.
45. Температура води у ванні має бути:
1) 22 – 350С;
2) 32 – 350С;
3) 35 – 400С;
4) 37 – 450С;
5) 18 – 220С.
46. Ванна протипоказана при:
1) хронічному гастриті;
2) шлунковий кровотечі;
3) стенокардії;
4) нирково-кам’яній хворобі;
5) жовчно-кам’яній хворобі.
47. Гумові коврики знезаражують:
1) кип’ятінням в дистильованій воді протягом 10 хв.;
2) замочування в миючому розчині – 30 хв.;
3) дворазове протирання 1% розчином хлораміну з інтервалом 15 хв.;
4) промити 0,5% розчином хлорного вапна;
5) промити проточною водою.
48. Для знищення вошей застосовують:
1) 0,15% водно-емульсійний розчин карбофосу;
2) 10% оцтова кислота;
3) „Ниттифор”;
4) бензил-бензоат;
5) мильно-порошкова емульсія;
49. При виявленні педикульозу медсестра приймального відділення повинна:
1) надати невідкладну допомогу, викликати лікаря;
2) викликати лікаря, зродити відмітку в історії хвороби;
3) зробити відмітку в історії хвороби, провести дератизацію;
4) провести обробку на педикульоз, зробити відмітку в історії хвороби;
5) провести обробку на педикульоз.
50. про кожний випадок педикульозу в СЕС надсилають:
1) Ф № 066 – у;
2) Ф № 025 – 2у;
3) Ф № 058 – у;
4) Ф № 003 – у;
5) Ф № 025 – у.

51. Халат, косинку, маску та одяг хворого знезаражують:
1) прасування;
2) замочування в 0,2% розчині перекису водню;
3) в автоклаві;
4) в дезкамері;
5) в повітряному стерилізаторі.
52. Вид санітарної обробки:
1) вибирає хворий;
2) призначає лікар;
3) призначає медсестра приймального відділення;
4) призначає фельдшер приймального відділення;
5) головна медсестра.
53. Якій обробці підлягає промаркований для прибирання інвентар:
1) кип'ятіння протягом 15 хв.;
2) замочування в 1% розчині хлораміну на 1 годину4
3) прополіскуванню під проточною водою;
4) опроміненню;
5) автоклавуванню.
54. Постільні приналежності (подушка, матрац, ковдра) дезінфікуються шляхом:
1) камерної обробки4
2) замочування в 6% розчині перекису водню і сушці в сушильній камері;
3) вибивання і витрушування;
4) замочування в 1% розчині хлораміну – 30 хв., сушіння на відкритому повітрі;
5) кварцове опромінювання.
55. Хворий під час приступу ядухи займає положення у ліжку:
1) активне;
2) пасивне;
3) вимушене;
4) лежачі;
5) ходячі.
56. Дезінфекція натільної і постільної білизни:
1) замочування в 3% розчині хлорного вапна на 2 години;
2) прання з кип'ятінням;
3) прання з прасуванням;
4) прання4
5) замочування в 15 розчині хлораміна на 1 годину.
57. Для підмивання хворих використовують:
1) 2% розчин натрію гідрокарбонату;
2) слабкий розчин калію перманганату;
3) перекип'ячену воду;
4) 1% розчин борної кислоти;
5) розчин фурациліну 1:5000.
58. З метою профілактики пролежнів у тяжкохворих необхідно провести все, крім:
1) кожного дня підмивати пацієнта;
2) розправляти складки на білизні;
3) кожні 2 години міняють положення в постелі;
4) протирають шкіру 10% розчином камфорного спирту;
5) робити легкий масаж.
59. Місця, де виникли пролежні, обробляють тампоном, змоченим:
1) 0,25% розчином хлораміну;
2) 1% розчином саліцилового спирту;
3) 65 розчином перекису водню;
4) 25 розчином натрію гідрокарбонату;
5) 30% розчином оцтової кислоти.
60. Визначення пролежнів:
1) пролежні – це інфекційне захворювання, яке характеризується підвищенням температури, свербіння шкіри;
2) пролежні – це захворювання шкіри. Яке характеризується порушенням її цільності і запальними явищами;
3) пролежні – це некроз шкіри, підшкірної клітковини і інших м'яких тканин, внаслідок довгого стиснення., порушення кровообігу;
4) пролежні – це гіпереміровані ділянки тіла;
5) пролежні – це гнійничкове захворювання шкіри.
61. Причини виникнення пролежнів:
1) поганий догляд за пацієнтом;
2) підвищена пітливість;
3) недостатність кровообігу;
4) порушення дієти;
5) гіпертрофія пацієнта.
62. Температуру вимірюють:
1) вранці до сніданку;
2) вранці після сніданку;
3) в обід;
4) після вечері;
5) через кожні 2 години.
63. Гарячка – це:
1) субфебрильна температура;
2) фебрильна температура;
3) субнормаль на температура;

4) підвищення температури тіла;
5) гектична лихоманка.

64. Висока гарячка – це коливання температури тіла:
1) 36-370С;
2) 36-380С;
3) 39-400С;
4) 36-400С;
5) 36-390С.

65. Для догляду за порожниною рота необхідно підготувати все, крім:
1) 1% розчин саліцилової кислоти;
2) шпатель;
3) зажим;
4) ватні туруни;
5) 2% розчин натрію гідрокарбонату.

66. Температуру тіла вимірюють у перелічених місцях, крім:
1) в пахвинній області;
2) в ротовій порожнині;
3) в прямій кишці;
4) в області серця;
5) в піхві.

67. В період підвищення температури необхідно зробити все, крім:
1) протерти шкіру хворого розчином оцту;
2) дати солодкий гарячий чай;
3) укрити теплою ковдрою;
4) положити до ніг теплі грілки;
5) положити до ніг теплі грілки.

68. В період постійно високої температури необхідно зробити все, крім:
1) тепло вкрити хворого;
2) напоювати соком, морсом, теплим чаєм;
3) годувати хворого 6 раз на добу;
4) губи змащувати дитячим кремом;
5) протирати шкіру хворого розчином оцту.

69. В період критичного зниження температури відбувається:
1) посилюється тепловіддача, шкірні судини розширяються, знижується АТ, пульс частий, слабий;
2) зменшується тепловіддача, шкірні судини звужуються, АТ підвищується, пульс напружений, слабкий;
3) зменшується тепловіддача, шкірні судини розширяються, пульс частий, слабий;
4) тепловіддача не порушується, АТ не підвищується, пульс нитковидний;
5) посилюється тепловіддача, пульс напружений, слабкий.

70. при критичному падінні температури необхідно зробити все, крім:
1) підняти головний кінець ліжка на 30-40 см;
2) прибрати подушку з-під голови;
3) дати міцний солодкий чай;
4) змінити білизну;
5) підняти ніжний кінець ліжка на 30-40 см.

71. Для другого періоду лихоманки характерно все, крім:
1) збудження;
2) озноб;
3) рум’янець на щоках;
4) спрага;
5) марення.

72. Порційник у відділенні складає:
1) дієлікар;
2) дієсестра;
3) постова медсестра;
4) старша медсестра;
5) маніпуляцій на сестра.

73. При парентеральному харчуванні треба вводити перелічені засоби. Крім:
1) 10% розчин глюкози;
2) липофундін;
3) 10% розчин кальцію глюконату;
4) гідролізін;
5) поліамін.

74. При штучному харчуванні через шлунковий зонд можна вводити усі продукти, крім:
1) кисіль;
2) вінегрет;
3) кефір;
4) сметана;
5) морковне пюре.

75. Характеризують рівень артеріального тиску слідуючи якості пульсу:
1) частота, напруження;
2) ритм, частота;
3) наповнення, напруження;
4) напруження, ритм;
5) ритм, наповнення.

76. пульсовий тиск – це:
1) різниця між систолічним і діастолічним тиском;
2) одночасна реєстрація артеріального тиску, частоти пульсу;

3) рівень тиску в манжетах, при якому починають проявлятись пульсові хвилі на променевій артерії;
4) систолічний тиск;
5) діастолічний тиск.

77. Добовий діурез – це:
1) кількість рідини, випитої за добу;
2) кількість сечі, виділеної за добу;
3) різниця між кількістю випитої рідини і виділеної сечі;
4) кількість введеної рідини парентерально;
5) сума між кількістю випитої рідини і кількістю введеної рідини парентерально.

78. Стан водного балансу контролюється шляхом:
1) зважування хворого, визначення добового діурезу;
2) визначення добового діурезу і загального аналізу сечі;
3) виміром артеріального тиску, визначення добового діурезу;
4) визначення загального аналізу сечі.

79. Для артеріальної гіпертонії характерний артеріальний тиск:
1) 110/70 мм.рт.ст.;
2) 90/60 мм.рт.ст.;
3) 135/90 мм.рт.ст.;
4) 150/95 мм.рт.ст.;
5) 140/80 мм.рт.ст.

80. Тахікардія: - це коли частота серцевих скорочень:
1) 60-30 уд/хв.;
2) нижче 60 уд/хв.;
3) більше 80 уд/хв.;
4) 70 уд/хв;
5) 60 уд/хв.

81. Тимчасове підвищення артеріального тиску може спостерігатись:
1) при фізичному навантаженні;
2) при емоційному перенавантаженні;
3) під час сну при швидкому переході з горизонтального положення в вертикальне;
4) під час сміху;
5) під час сну.

82. Число дихальних рухів збільшується:
1) при фізичному навантаженні;
2) під час сну;
3) у спортсменів;
4) при емоційному навантаженні;
5) при ядусі.

83. Виберіть характеристику пульсу здорової людини:
1) малий, повільний, різкий;
2) ритмічний, задовільного наповнення, напруження;
3) ритмічний, задовільного наповнення, напруження;
4) аритмічний, доброго наповнення і напруження;
5) аритмічний, слабкого наповнення.

84. Газовивідна трубка знаходиться у прямій кишці не більше:
1) 20 хв;
2) 1 години;
3) 2 години;
4) 30 хв;
5) 3 години.

85. Індиферентними ванни бувають при температурі:
1) 20-300С;
2) нижче 200С;
3) 36-370С;
4) 37-400С;
5) 40-420С.

86. При атонічних закрепах ставлять очисну клізму з температурою води:
1) нижче 200С;
2) 20-300С;
3) вище 300С;
4) 400С;
5) 420С.

87. при очисній клізмі наконечник вводять на глибину:
1) 5-7 см;
2) до 10 см;
3) 10-15 см;
4) 15-20 см;
5) 20-30 см.

88. Для сифонної клізми використовують:
1) 1-2 л перевареної води;
2) 10-15 л перевареної води;
3) 1-2 л гіпертонічного розчину;
4) 3-4 л перевареної води;
5) 50-100 мл води.

89. Звільнюють кишки після олійної клізми переважно через:
1) 20-30 хв;
2) зразу після введення;
3) 1-2 години;
4) 10-12 годин;

5) через 24 години.
90. Для гіпертонічної клізми використовують:
1) 5% розчин сульфату барію;
2) 5% розчин глюкози;
3) 10% розчин магнію сульфату
4) 10% розчин натрію хлориду;
5) 25%розчин магнію сульфату.
91. Чоловікам катетер вводять на глибину:
1) 3-4 см;
2) 5-10 см;
3) 10-20 см;
4) 20-25 см;
5) весь катетер.
92. Показання для застосування гірчичників:
1) гіпертонічний криз;
2) висока лихоманка;
3) зниження шкірної чутливості;
4) приступ стенокардії;
5) гострий трахеїт.
93. Міхур з льодом застосовується:
1) в перший період лихоманки;
2) при гострих запальних захворюваннях черевної порожнини;
3) для розсмоктування хронічних вогнищ інфекції;
4) при кровотечах;
5) другий період гарячки.
94. Показання для постановки зігрівального компреса:
1) висока лихоманка;
2) порушення цілісності шкіри;
3) запалення суглобів;
4) гострі запальні процеси у черевній порожнині;
5) інфільтрати після ін'єкції.
95. Температура води для замочування серветки зігрівального компресу:
1) 4-50 С;
2) 10-200С;
3) 20-330С;
4) 34-370С;
5) 40-550С.
96. Яку дію на організм спричинюють загальні теплі ванни:
1) знімають м'язову напругу;
2) посилюють обмін речовин;
3) тонізують;
4) перерозподіл крові;
5) подразнення чутливих нервових закінчень шкіри.
97. Показання для застосування п'явок:
1) анемія;
2) лікування антикоагулянтами;
3) тромбофлебіт;
4) кровотеча;
5) гострий трахеїт.
98. Після травми в перші години можна застосувати:
1) грілку;
2) міхур з льодом;
3) зігріваючий компрес;
4) кварцеву лампу;
5) п'явки.
99. При пневмонії можна використати:
1) п'явки;
2) прохолодні ванни;
3) банки;
4) холодний компрес;
5) міхур з льодом.
100. Підшкірну ін'єкцію проводять в усі місця, крім:
1) зовнішня поверхня плеча;
2) внутрішня поверхня плеча;
3) зовнішня поверхня стегна;
4) підлопаткова ділянка;
5) бокова поверхня черевної стінки.
101. Не можна проводити внутрішньом'язову ін'єкцію в перелічені місця, крім:
1) зовнішня поверхня плеча;
2) внутрішня поверхня стегна;
3) підлопаткова ділянка;
4) верхньо-зовнішній квадрант сідниці;
5) нижньо-зовнішній квадрант сідниці.
102. При порушенні правил асептики можуть бути ускладнення, крім:
1) повітряна жирова емболія;
2) інфільтрати і абсцеси;
3) сироватковий гепатит;
4) СНІД;
5) Флебіт.
103. Для профілактики жирової емболії необхідно:
1) підігріти ліки перед введенням;
2) покласти міхур з льодом на місце ін'єкції;
3) покласти грілку на місце ін'єкції;
4) олійний розчин вводити через голку Дюфо;

5) упевнитися, що кінчик голки не в кровоносній судині.
104. У флаконі 1000000 ОД пеніциліну. Як розчинити і скільки набрати в шприц, щоб ввести 450000ОД:
1) ввести в флакон 5 мл, набрати в шприц 4,5 мл;
2) ввести в флакон 10 мл, набрати в шприц 4,5 мл;
3) ввести в флакон 10 мл, набрати в шприц 9,0 мл;
4) ввести в флакон 5 мл, набрати в шприц 2,25 мл;
5) ввести в флакон 5 мл, набрати в шприц 2,5 мл.
105. Для розчинення антибіотиків використовують:
1) ізотонічнийрозчин натрію хлориду;
2) 5% розчин глюкози;
3) 10% розчин натрію хлориду;
4) 25% розчин новокаїну;
5) вода для ін'єкцій.
106. Накопичення харкотиння на протязі 1-3 діб необхідно для дослідження:
1) на наявність атипових клітин;
2) на наявність мікобактерій туберкульозу;
3) посів харкотиння з метою виявлення мікрофлори і її чутливості до антибіотиків;
4) для загального клінічного аналізу;
5) харкотиння на чутливість до антибіотиків.
107. Для дослідження по методу Нечипоренко сечу збирають:
1) на протязі доби через кожні 3 години;
2) на протязі 10 годин (зранку до вечора);
3) одноразово за 3 години;
4) середню порцію ранкової сечі;
5) усю порцію ранкової сечі.
108. Про зниження концентраційної функції нирок свідчать слідуючи результати проби Зимниць кого:
1) перевага нічного діурезу над денним;
2) великий розмах показників відносної питомої ваги сечі в окремих порціях (1,007-1,009);
3) наявність хоча б одної порції сечі з відносною питомою вагою нижче 1,010;
4) монотонна низька відносна питома вага сечі в усіх порціях;
5) добовий діурез 2000, показники питомої ваги сечі в усіх порціях (1014-1025).
109. Функціональну здатність нирок визначають за допомогою:
1) проби Зимницького;
2) методу Амбурже;
3) загального аналізу сечі;
4) бактеріального дослідження;
5) методу Нечипоренко.
110. До дослідження калу на приховану кров треба підготувати хворого:
1) хворого перевести на дієту;
2) за 4-5 днів до дослідження з раціону виключити м'ясо, рибу, яєчні страви;
3) виключити препарати заліза, вісмуту, барію;
4) виключити препарати заліза, йоду, брому, вісмуту;
5) поставити 2 очисні клізми (ранком та ввечері).
111. Для бактеріологічного дослідження:
1) беруть ранковий, свіжовиділений кал;
2) кал беруть з прямої кишки стерильною дротяною петлею;
3) готують мазок з випорожнень на предметному склі;
4) кал беруть шпателем відразу після випорожнення, з трьох різних місць;
5) поставити очисну клізму.
112. Для фракційного зондування шлунку необхідно приготувати:
1) тонкий гумовий зонд, зовнішнім діаметром 1,3-3,5 мм з оливою на кінці;
2) тонкий гумовий зонд, зовнішнім діаметром 3-5 мм;
3) товстий шлунковий зонд діаметром 1,0-1,5 см;
4) поліетиленову трубку діаметром 1,0-1,5см.
113. При появі потягу на блювання під час введення зонда потрібно:
1) зонд негайно вийняти;
2) ввести хворому через зонд противоблювотні ліки;
3) продовжувати зондування незважаючи ні на що;
4) рекомендувати глибоко дихати через ніс;
5) напоїти холодною водою.
114. Для стимуляції шлункової секреції ентерально використовують:
1) 5% етиловий спирт;
2) 0,1% гістаміну;
3) 10% розчин натрію хлориду;

4) 5% розчин глюкози;
5) 1% розчин димедролу.

115. Чому при стимуляції гістаміном хворому вводять підшкірно димедрол:
1) для підсилення дії гістаміну;
2) для попередження алергії;
3) для знеболювання;
4) щоб заспокоїти хворого;
5) щоб заснув.

116. До беззондових методів дослідження шлункової секреції відноситься:
1) гастроскопія;
2) рентгенологічне дослідження шлунка;
3) десмоідна проба;
4) проба з ацидотестом;
5) радіотелеметричні дослідження.

117. Стимулятором базальної секреції шлунка є :
1) манна каша;
2) пентагастрин;
3) рослинне масло;
4) подразнення зондом;
5) сироп шипшини.

118. Секреторна функція шлунка здійснюється завдяки:
1) серозній оболонці;
2) слизовій оболонці;
3) внутрішнього шару м'язової оболонки;
4) зовнішнього шару м'язової оболонки;
5) внутрішнього і зовнішнього шару м'язової оболонки.

119. При фракційному зондуванні шлунка з парентеральним стимулятором отримуємо:
1) 4 порції базальної секреції + залишок сніданку + 1 порцію стимульованої секреції;
2) 1 порцію натще + 4 порції стимульованої секреції;
3) 1 порцію натще + 4 порції базальної секреції + 4 порції стимульованої секреції;
4) 4 порції стимульованої секреції + 4 порції базальної секреції + 4 порції пробного сніданку;
5) 2 порції стимульованої секреції + 4 порції базальної секреції + 4 порції пробного сніданку.

120. Для стимуляції жовчного міхура застосовують:
1) 33% розчин сульфату магнію;
2) гістамін 0,1% розчин;
3) ізотонічний розчин;
4) 5% розчин глюкози;
5) оливкову олію.

121. Дуоденальне зондування показано:
1) для діагностики захворювань нирок;
2) при застої жовчі;
3) при загостренні виразкової хвороби;
4) для діагностики захворювань підшлункової залози;
5) для діагностики прободної виразки шлунка.

122. Положення зонда можна перевірити за допомогою:
1) пальпації;
2) рентгенологічного дослідження;
3) гастроскопії;
4) міток, що є на зонді;
5) введення повітря.

123. про попадання оливи у 12-персну кишку слідчить виділення:
1) прозорої безколірної рідини з лужною реакцією;
2) темно-оливкові рідини з лужною реакцією;
3) світло-жовті рідини з кислою реакцією;
4) світло-жовті рідини з лужною реакцією;
5) світло-лимонного кольору без домішок.

124. Порція „В" при проведенні дуоденального зондування – це:
1) вміст шлунка;
2) вміст жовчного міхура;
3) вміст 12-персної кишки;
4) вміст внутрішньо-печінкових протоків;
5) слизу ротової порожнини.

125. Тривалість виділення міхурової жовчі в хвилинах:
1) 5-10 хв;
2) 10-15 хв;
3) 20-25 хв;
4) 30-40 хв;
5) 1 хв.

126. Людям похилого віку потрібно рекомендувати:
1) зимові види спорту;
2) спортивну ходьбу;
3) волейбол;
4) утрішню гімнастику;
5) усе вище перелічене.

127. Неможливість отримати міхурову жовч свідчить про:
1) відсутність жовчі у жовчному міхурові;
2) непрохідність жовчного протоку;

3) закупорка зонда каменем;
4) непрофесіоналізм медсестри;
5) прохідність жовчних шляхів.
128. Для дуоденального зондування потрібно приготувати все, крім:
1) тонкий гумовий зонд діаметром 0,5 см4
2) гумовий зонд 3-5 мм, довжиною 1,5 м з оливою;
3) грілку;
4) шприц 20 мл і 40 мл 40% розчину глюкозу;
5) штатів з пробірками.
129. Нормальна ємкість жовчного міхура в мл:
1) 20-30;
2) 40-60;
3) 70-80;
4) 80-100;
5) 10-20.
130. Виділення густої темно-коричневої рідини із зонда при дуоденальному зондуванні свідчить про:
1) наявність кровотечі із шлункового – кишкового тракту;
2) виділення міхурової жовчі;
3) запальний процес;
4) запалення жовчного міхура;
5) непрохідність.
131. Ускладнення абдомінальної пункції:
1) внутрішньочеревні кровотечі;
2) ушкодження кишки;
3) ушкодження плеври;
4) флегмона стінки живота;
5) виділення рідини через пункцій ний отвір.
132. Абдомінальна пункція проводиться під:
1) загальним наркозом;
2) місцевою анестезією;
3) внутрішньовенним наркозом;
4) без знеболення;
5) після голкотерапії.
133. Показання для люмбальної пункції:
1) асцит;
2) пухлини спинного і головного мозку;
3) менінгіт;
4) з діагностичною метою;
5) при черепно-мозгових травмах.
134. Показання для плевральної пункції:
1) крупозна пневмонія;
2) ексудативний плеврит;
3) діагностика;
4) травматичний гемоторакс;
5) введення лікарськиї препаратів.
135. Інструменти, які використовують при люмбальній пункції:
1) троакар;
2) апарат Боброва;
3) довга голка з мандреном;
4) голка Біра;
5) голка Касирського.
136. В паспортній частині історії хвороби відмічають:
1) скарги хворих;
2) діагноз хвороби;
3) адресу хворого;
4) лабораторні дані;
5) наявність вошей.
137. При рентгенологічному дослідженні шлунка очисну клізму ставлять:
1) напередодні дослідження і в день дослідження;
2) двічі ввечері перед дослідженням;
3) як правило, не призначають;
4) протягом 3 днів на ніч;
5) вранці перед дослідженням.
138. Перед іригоскопією хворому ставлять:
1) сифонну клізму;
2) очисну клізму;
3) гіпертонічну клізму;
4) не призначають нічого;
5) банки.
139. Контрасну речовину при іригоскопії вводять:
1) через рот;
2) внутрішньовенно;
3) через пряму кишку;
4) сублінгвально;
5) в черевну порожнину.
140. Холецистографія – це:
1) рентгенологічне дослідження нирок;
2) візуальне дослідження жовчного міхура;
3) рентгенологічне дослідження жовчного міхура;
4) ультразвукове дослідження жовчного міхура;
5) пальцеве дослідження печінки.
141. Ретроградна орографія – це:
1) введення контрастної речовини перорально;
2) введення контрастної речовини у сечовивідні шляхи через катетер;

3) внутрішньовенне введення контрастної речовини;
4) введення ректально;
5) сублінгвально.
142. Здоров'я – це стан:
1) психологічного і фізичного благополуччя;
2) повного фізичного, психічного благополуччя;
3) повного фізичного, психологічного, соціального благополуччя;
4) соціального благополуччя;
5) психологічного благополуччя.
143. Демографічні показники – це все, крім:
1) народжуваність;
2) захворюваність;
3) смертність;
4) дитяча смертність;
5) середня тривалість життя.
144. Народжуваність вважають високою при показниках:
1) 20%;
2) понад 45 %;
3) понад 25%;
4) менше 1,5%;
5) 10%.
145. Смертність вважають низькою при показниках:
1) 20%
2) понад 25%
3) до 9%
4) 15%
5) 10%.
146. До зовнішніх факторів ризику належать:
1) гіподинамія, шкідливі звички;
2) шкідливі звички, спадкові хвороби;
3) спадкові хвороби, несвоєчасна медична допомога;
4) несвоєчасна медична допомога, шкідливі звички;
5) усе вище перелічене.
147. Харчовий статус, при якому маса тіла більше за норму за рахунок добре розвинутих м'язів називається:
1) звичайний;
2) оптимальний;
3) надлишковий;
4) звичайно-надлишковий;
5) нормальний.
148. Для дітей молодшого шкільного віку рекомендують:
1) спортивну ходьбу;
2) гімнастику;
3) групові ігри;
4) гімнастику і спортивну гру;
5) усе вище перелічене.
149. Середні показники м'язової сили у чоловіків:
1) 10-20 кг;
2) 20-35 кг;
3) 35-40кг;
4) 40-50кг;
5) 20кг.
150. Норма затримки дихання на видиху:
1) 35-40 сек;
2) 40-50 сек;
3) більше 1хв;
4) 60 сек;
5) 20 сек.
151. При проведенні проби з присіданнями роблять:
1) 20 присідань;
2) 30 присідань;
3) 40 присідань;
4) 10 присідань;
5) 20 присідань.
152. Тривалість першої сонячної ванни повинна бути:
1) 5 хв;
2) 7-10 хв;
3) 10-15 хв;
4) 1 хв;
5) 20 хв.
153. Тимчасовим протипоказанням до загартування є все, крім:
1) приступу бронхіальної астми;
2) гостре респіраторне захворювання;
3) гіпотонічні кризи;
4) вік людини;
5) психічні розлади людини.
154. Тривалість повітряної ванни на початку загартування:
1) 1-2 хв;
2) 5 хв;
3) 7-10 хв;
4) 15 хв;
5) 20 хв.
155. Сауну використовують з лікувальною метою при:
1) неспецифічних запальних процесах верхніх дихальних шляхів;

2) ревматизмі;
3) епілепсії;
4) безсонні;
5) гіпертонії.

156. Тривалість першого заходу в парильню:
1) 1-3 хв;
2) 3-5 хв;
3) 5-7 хв;
4) 8-10 хв;
5) 12-15 хв.

157. Взимку контрасний душ закінчують:
1) гарячою водою;
2) холодною водою;
3) не має значення;
4) індиферентною водою;
5) розтирання снігом.

158. До факторів ризику зовнішнього середовища належать:
1) гіподинамія;
2) шкідливі звички;
3) спадкові хвороби;
4) несвоєчасно надана медична допомога;
5) хімічний комбінат.

159. Людям похилого віку потрібно рекомендувати:
1) зимові види спорту;
2) спортивну ходьбу;
3) волейбол;
4) шейпінг;
5) групові ігри.

Додаток З

Експертне опитування „Оцінювання особистісних професійно значущих якостей медичного працівника”

Інструкція до тесту

Просимо Вас заповнити дану карту. В ній пропонуються показники, що характеризують якості студента. Карта складена за принципом полярних суджень. Ліворуч – судження, що розкривають якості з позитивної сторони, праворуч – з негативної сторони. Між полярними судженнями розташовані цифри 3-2-1-0-1-2-3. Необхідно:

1. Вибрати одне з полярних суджень (ліворуч або праворуч), що характерне для даного студента;

2. Відзначити кружком одну із цифр, яка відповідає ступені вираженості кожної якості особистості.

Високий ступінь вираженості – 3.

Середній ступінь вираженості – 2.

Слабкий ступінь вираженості – 1.

Якщо ви затруднюєтеся визначити, яке із двох полярних суджень (якості) характерне для студента, то відзначте цифру 0.

Позитивні якості	3	2	1		1	2	3	Негативні якості
Емоційна рівновага								Емоційна неврівноваженість
Доброзичливість								Жорстокість
Відповідальність, почуття обов'язку								Безвідповідальність
Акуратність								Недбалість
Тактовність								Безтактовність
Чуйність, співпереживання								Байдужість
Сумлінність								Халатність
Спостережливість								Неуважність
Зібраність								Незібраність
Моторність, активність								Бездіяльність

Оцінити рівень особистісних професійно значущих якостей кожного майбутнього медичного працівника по балах:

25-30 балів– високий ступінь вираженості;

20-24 балів– середньо-високий ступінь вираженості;

11-19 балів– середній ступінь вираженості;

6-10 балів– середньо-низький ступінь вираженості;

0-5 балів– низька вираженість.

Негативну вираженістьособистісних професійно значущих характеризують бали з негативним знаком, подібно позитивно-рівневої квантифікації.

Додаток И

Тести на визначення діалогічних особливостей

За допомогою даного тестування оцінюються рівень уміння слухати співрозмовника, а також коротко викладати свої думки.

Уміння слухати та чути
(за В. Маклені)

Перед тестуванням випробуваних слід попросити чесно відповісти на наступні питання „так" або „ні" і заповнити бланк відповідей

1. Ви нетерпляче чекаєте, поки співрозмовник закінчить говорити й дасть вам можливість висловитися?
2. Ви поспішаєте прийняти рішення до того, як зрозумієте проблему?
3. Ви слухаєте лише те, що вам подобається?
4. Чи не заважають вам слухати співрозмовника виникаючі емоції?
5. Чи не відволікаєтеся ви, коли говорять інші?
6. Чи не запам'ятовуєте ви замість основних моментів бесіди які-небудь несуттєві деталі розмови?
7. Чи не заважають вам упередження слухати співрозмовника?
8 . Чи припиняєте ви когось слухати, коли виникають труднощі розуміння?
9 . Чи займаєтеся ви негативну позицію до співрозмовника , коли слухаєте його?
10 . Під час розмови ви тільки робите вигляд, що слухаєте?
11 . Чи ставите ви себе на місце мовця, щоб зрозуміти, що змусило його говорити це?
12 . Чи приймаєте ви до уваги, що ви і співрозмовник можете обговорювати не одне й те ж питання?
13 . Чи стежите ви за тим, що для вас і для співрозмовника слова можуть мати різний зміст?
14 . Чи намагаєтеся ви з'ясувати, чи дійсно суперечка викликана відмінністю точок зору або „різкою постановкою питання"?
15 . Чи уникаєте ви погляду співрозмовника, не дивитеся в кут або по сторонах, коли слухаєте іншого?
16 . Чи виникає у вас непереборне бажання перервати співрозмовника і вставити своє слово за нього або в піку йому, визначити його (за нього) висновки?

Приклад заповнення бланка відповідей

Номер питання	Варіант відповіді
1	Так
2	Ні
...	...

Обробка результатів. Якщо випробуваний відповів на всі питання, крім 11 - 14, „ні”, значить він уміє слухати та чути інших людей. Отже, він може займати місце керівника середньої ланки.

Якщо ж випробуваний відповів по-іншому, то йому варто було б пройти тренінг із питань професійного (професійно-особистісного) самовдосконалення.

Тест
на вміння коротко і ясно викладати свої думки

Інструкція для випробуваних. Відповідайте „так” або „ні” на запропоновані нижче питання. Відповіді занесіть у бланк відповідей.

1. Коли ви говорите, чи уважно ви стежите за тим, щоб слухач вас зрозумів?

2. Чи підбираєтеви слова, відповідні до підготовкислухача?

3. Чи обмірковуєтевисвої вказівки(рекомендації), першніж висловитиїх підлеглим(колегам)?

4. Чи віддаєтеви своїрозпорядження вдоситькороткій формі?

5. Якщо ніхто з ваших підлеглих (колег) не задає питань, після того як ви роз’яснили моменти, що стосуються якоїсь робочої ситуації, чи вважаєте ви, що вони все зрозуміли?

6 . Чи стежите ви за тим, щоб ваші висловлювання були якомога визначенішими?

7 . Чи ув’язуєте ви свої думки перш ніж їх висловлювати, щоб не говорити незв’язно?

8 . Чи заохочуєте ви питання в діалозі з колегами (підлеглими)?

9 . Чи вважаєте ви, що знаєте думки оточуючих людей, або задаєте питання, щоб з’ясувати це?

10 . Чи відрізняєте ви факти від чиїхось думок?

11 . Чи підсилюєте ви протидію, заперечуючи будь-яким аргументам співрозмовника?

12 . Чи прагнете ви до того, щоб ваші колеги (підлеглі) у всьому погоджувалися з вами?

13 . Чи використовуєте ви модні слівця і вирази, хоча не завжди впевнені, що вони повністю зрозумілі слухачам?

14 . Чи говорите ви ясно, коротко, чітко і ввічливо?

15 . Чи стежите ви за тим, яке враження справляє ваша мова на слухачів, чи уважні вони?

16 . Чи робите ви навмисні паузи у своїй промові для того, щоб зібратися з думками, звернути особливу увагу слухачів на якесь положення або дати їм можливість обдумати ваші слова, поставити запитання?

Обробка результатів. Якщо випробуваний відповів „так” на всі питання, окрім 5, 9, 11, 12 і 13, то можна вважати, що випробуваний уміє ясно та коротко викладати свої думки.

Додаток К

Анкета „Здатність застосовувати теоретичні знання на практиці”

Шановні студенти!

Дане опитування здійснюється з метою виявлення здатності застосовувати отримані теоретичні знання на практиці.

Анкета носить особистісний, оцінний і анонімний характер, відтак, просимо відповісти на запитання анкети якомога повніше і відвертіше.

1. Чи є, на Вашу думку, знання, вміння й навички, отримувані у вузі, достатніми для вашої майбутньої професійної діяльності (необхідне підкресліть):

- так;
- переважно так;
- ні, оскільки одночасно доводиться проходити додаткові курси в позанавчальний час
- ні, оскільки доводиться самостійно підвищувати свою кваліфікацію;
- Ваш варіант_____ _____

2. Спробуйте визначити, наскільки глибоко і на сучасному рівні Вам надається професійна інформація на лекціях і практичних заняттях (необхідне підкресліть):

Лекції:

- рівень цілком задовольняє;
- не зовсім задовольняє;
- не задовольняє;
- хотіли б дізнаватися більше нового й на глибшому рівні;
- інформація, що надається, далека від практики.

Практичні заняття:

- рівень цілком задовольняє;
- не зовсім задовольняє;
- не задовольняє;
- хотіли б одержувати більш стабільні навички й уміння;
- не всі навички й уміння, що формуються на заняттях, будуть застосовуватися в подальшому на практиці

3. Яка робота на заняттях здається Вам найбільш привабливою (необхідне підкресліть):

- слухати лекції викладача;
- слухати виступи Ваших однокурсників;
- брати участь в обговореннях й аналізі проблемних питань;
- самостійно ставити проблеми і знаходити шляхи їх розв’язання, доходити самостійних висновків;
- брати участь у розробці різного роду проектів і реалізовувати їх.
- Ваш варіант_____ _____

4. Які із зазначених видів занять (форм роботи) реалізуються у навчальному процесі викладачами кафедри (необхідне підкресліть):

- аналіз і розв’язання конкретних ситуацій;
- круглий стіл;
- вправи на розвиток творчого мислення;
- мізкова атака;
- прес-конференція;
- активні (нетрадиційні) лекції;
- заняття з використанням інформаційних технологій;
- ділові і бліц-ігри;
- тренінгові процедури різноманітного характеру;
- інтерв'ю;
- дослідницька робота;
- виїздні заняття.

5. Чи інформують Вас викладачі про організацію навчального процесу з предмету щодо кількості модулів та годин у кожному з них, змісту та цільових настанов модулів, критеріїв оцінювання і т. ін.

- o завжди
- o інколи
- o ніколи

6. Чи завжди Вам зрозумілі ті цілі, що ставляться викладачем перед початком занять (необхідне підкресліть):

- o завжди
- o інколи
- o нам їх не формулюють

7. Чи реалізуються цілі в процесі занять (необхідне підкресліть):

- o так
- o не завжди
- o ніколи

8. У який спосіб, з Вашого погляду, можна визначити якість занять? Наведіть конкретні параметри

_____

9. Як Ви можете схарактеризувати критерії оцінювання знань, умінь і навичок, що застосовуються викладачами (необхідне підкресліть):

- o критерії зрозумілі;
- o критерії не зрозумілі;
- критерії не відповідають (завищені/занижені) реальним вимогам щодо якості підготовки перекладачів, оскільки_____

10. Чи об'єктивно оцінюють рівень Ваших знань та вмінь існуючі процедури контролю (іспити, заліки, модульні контрольні роботи тощо) (необхідне підкресліть):

- o так
- o не зовсім
- o ні

11. Яким би способам оцінювання знань, умінь і навичок студентів Ви б надали перевагу (необхідне підкресліть):

- o співбесіда;
- o дискусія;
- o тести;
- o розв'язання конкретних ситуацій;
- o комп'ютерний контроль;
- o творчі роботи;
- o Ваш варіант_____
_____

12. Чи надають Ваші викладачі належну увагу формуванню у студентів навичок самостійної роботи (необхідне підкресліть):

- o так
- o не зовсім
- o ні

13. Чи враховуються викладачами Ваші інтереси, здібності і психологічні особливості (необхідне підкресліть):

- o так
- o не завжди
- o ніколи

14. Якого стилю спілкування в основному дотримуються Ваші викладачі (необхідне підкресліть):

- o авторитарний
- o демократичний;
- o «потурання» (викладачі ставляться до виконання своїх обов'язків формально.

15. Якби Ви стали викладачем Вашого навчального закладу, досвід, стиль, зміст, технологію викладання якого викладача Ви б підтримали (напишіть прізвище):

_____

16. Поясніть, чому саме цей викладач є для Вас взірцем:

_____

17. Як організована навчально-дослідницька робота студентів і чи берете Ви в ній участь (необхідне підкресліть):

Організація:

- o добре організована;
- o недостатньо організована;
- o не організована.

Ваша участь:

- o розробляю конкретну проблему (завдання, проект)
- o беру участь у конференціях, пишу статтіі;
- o не беру участь

18. Чи проводить з Вами консультації і як контролює дослідження керівник Вашої навчально-дослідницької роботи (необхідне підкресліть):

Консультація:

- o згідно з графіком;

Контроль:

- o постійний;

- o з відхиленнями від графіку;
- o епізодичний;
- o не проводить.
- o не здійснює.

19. Як часто Ваші викладачі використовують технічні засоби навчання на заняттях (необхідне підкресліть):

- o постійно
- o інколи
- o ніколи

20. Чи допомагає Вам використання викладачем технічних засобів для представлення візуальної інформації на заняттях (необхідне підкресліть):

- o так, інформація краще сприймається і запам'ятовується;
- o ні, візуальна інформація є перешкодою для сприйняття.

21. Яку роль відіграють навчальна та виробнича практики у формуванні Вашої професійної компетентності (необхідне підкресліть):

- o важливу роль;
- o незначну роль;
- o могли б відігравати важливу роль при створенні певних умов, як от: _____

22. Які зміни в навчальному процесі могли б сприяти підвищенню якості підготовки майбутніх перекладачів (зазначте їх за ступенем значущості):

а) зміна навчального плану (переліку дисциплін, що вивчаються)

б) зміна змісту дисциплін;

в) удосконалення матеріально-технічної бази кафедри;

г) підвищення кваліфікації і якості роботи викладачів

д) розвиток культури спілкування між викладачами і студентами;

е) Ваш варіант_____ _____

1.	2.	3.	4.	5.	6.

23. Якби Ваш товариш захотів навчатися у Вашому навчальному закладі за Вашою спеціальністю, щоб ви йому порадили (необхідне підкресліть):

- o вступати;
- o подумати, бо організація навчального процесу потребує вдосконалення;
- o подумати, тому що спеціальність важка для опанування;
- o не вступати

Обґрунтуйте свій вибір: _____

Дякуємо за відповіді!

Додаток Л

Тест-опитувальник для студентів
„Відношення до виконання самостійної роботи”

Просимо вас висловити своє ставлення до поданих тверджень, позначивши найбільш близький для Вас варіант відповіді.

1. Студентам не слід навчатися більше самостійно, чим того вимагає програма навчання у ВНЗ:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

2. Щоб оволодіти всіма знаннями, які вимагають у вузі, недостатньо лише систематично й активно працювати на заняттях, слід також навчатися вдома:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

3. Студенти самі знають найбільш корисні способи самостійної роботи, тому їх не слід вчити самостійно навчатися:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

4. Самостійна робота дуже часто виявляється занадто складною, тому, щоб полегшити працю студента, слід належним чином організувати консультативну допомогу викладачів:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

5. Студенти по можливості мають більше навчатися самостійно, не обмежуючись програмними вимогами. Самостійна робота корисна для студентів:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

6. Для того, щоб оволодіти необхідним обсягом знань, студенту не обов’язково працювати вдома, якщо він відвідує всі заняття й лекції й активно працює на них:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

7. З позиції корисності для студента однаково важливо як оволодіння знаннями, так і способами самоосвіти:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;
д) рішуче не погоджуюся.

8. Процес навчання в вузі повинен проходити перш за все в межах навчальних занять (лекцій. Семінарів тощо). Студенту слід полегшувати самостійну роботу:
а) повністю погоджуюся;
б) швидше згоден;
в) важко сказати;
г) швидше не згоден;

д) рішуче не погоджуюся.

9. Студентів слід навчати найбільш корисним методам розумової діяльності, оскільки зазвичай вони їх не знають і не використовують на практиці:

а) повністю погоджуюся;

б) швидше згоден;

в) важко сказати;

г) швидше не згоден;

д) рішуче не погоджуюся.

10. Під час навчання у вузі слід надавати перевагу самостійній роботі, тому варто зменшувати кількість навчальних годин на користь самостійних занять студента, зберігаючи при цьому вимоги до обсягу знань і вмінь:

а) повністю погоджуюся;

б) швидше згоден;

в) важко сказати;

г) швидше не згоден;

д) рішуче не погоджуюся.

11. Не важливо з точки зору користі для студента, в який спосіб він навчається. Важливо, щоб він знав і вмів те, що від нього вимагає програма:

а) повністю погоджуюся;

б) швидше згоден;

в) важко сказати;

г) швидше не згоден;

д) рішуче не погоджуюся.

12. Позааудиторна самостійна робота буває надзвичайно складною, але студенту не можна відмовлятися від здобуття знань у такий спосіб:

а) повністю погоджуюся;

б) швидше згоден;

в) важко сказати;

г) швидше не згоден;

д) рішуче не погоджуюся.

Обробка результатів:

1. Оцінка позитивних суджень

Варіанти відповіді	Кількість балів
а	5
б	4
в	3
г	2
д	1

2. Оцінка негативних суджень

Варіанти відповіді	Кількість балів
а	1
б	2
в	3
г	4
д	5

Обробка результатів. Показником загальної позиції студентів до самостійної роботи є сума балів, отриманих в результаті само оцінювання студентів. Найбільша сума балів дорівнює 60, найменша – 12. Достовірність відповідей забезпечується виокремленням опозиційних тезисів. Некоректними відповідями є: 5 і 1, 5 і 2, 5 і 3, 4 і 1, 4 і 2, 3 і 1, 3 і 5, 2 і 4, 2 і 5, 1 і 5, 1 і 4, 1 і 3. Три таких відповіді дозволяють виключити студента із опитувальника як «ненадійних».

Додаток М

Методичні рекомендації викладачам щодо організації самостійної роботи студентів як одного з активних методів навчання

У даний час актуальними стають вимоги до особистих якостей сучасного студента – уміння самостійно поповнювати і оновлювати знання, вести самостійний пошук необхідного матеріалу, бути творчою особистістю. У зв'язку з цим формується нова мета навчального процесу – виховання компетентної особистості, орієнтованої на майбутнє, яка маже розв'язувати типові проблеми і задачі, виходячи з набутого навчального досвіду і адекватної оцінки даної ситуації.

Розв'язування цих задач не можливе без підвищення ролі самостійної роботи студентів над навчальним матеріалом, підсилення відповідальності викладача за розвиток навичок самостійної роботи, стимулювання професійного росту студентів, виховання їх творчої активності та ініціативи.

Впровадження у практику навчальних програм з підвищеною часткою самостійної роботи активно сприяє модернізації навчального процесу.

1. Функції, мета і види самостійної роботи студентів

Необхідність організації зі студентами різноманітної самостійної діяльності визначається тим, що за допомогою даного методу вдається розв'язати протиріччя між трансляцією знань і їх засвоєнням у взаємозв'язку теорії та практики.

Самостійна робота включає ряд функцій, до яких відносяться:

– розвиваюча (підвищення культури розумової праці, залучення до творчих видів діяльності, збагачення інтелектуальних здібностей студентів);

– інформаційно-навчальна (діяльність студентів під час аудиторних занять, яка непідкріплена самостійною роботою, становиться мало результативною);

– орієнтуюча та стимулююча (процесу навчання приділяється професійне прискорення);

– виховна (формуються і розвиваються професійні якості спеціаліста);

– дослідницька (новий рівень професійно-творчого мислення).

У основі самостійної роботи студентів лежать принципи самостійності, розвивально-творчої направленості,цільового планування, особистісно-зорієнтованого підходу.

Самостійна робота студентів проводиться з такою метою:

- систематизації і закріплення отриманих теоретичних знань і практичних навичок студентів, поглиблення та розширення теоретичних знань;

- формування вмінь використовувати нормативну, правову, довідникову документацію і спеціальну літературу;

- розвиток пізнавальнихздібностей і активності студентів: творчої ініціативи, самостійності, відповідальності і організованості;

- формування самостійності мислення, здібностей до саморозвитку, самовдосконалення та самореалізації;
- розвиток дослідницьких умінь.

Для досягнення даної мети студенти на підставі плану самостійної роботи повинні розв'язувати наступні задачі:

- вивчити літературні джерела, які рекомендуються;
- вивчити основні поняття, які запропоновано у глосарії;
- дати відповідь на контрольні питання;
- розв'язати задачі, які були запропоновані, кейси, ситуації;
- виконати контрольні або курсові роботи.

Робота студентів складається з наступних елементів:

1. Вивчення та засвоєння у відповідності до навчального плану програмного матеріалу з усіх навчальних дисциплін.
2. Виконання письмових контрольних та залікових робіт.
3. Підготовка та здача заліків, курсових робіт, підсумкових іспитів.
4. Підготовка та здача кваліфікаційного іспиту.

Самостійна робота має здійснюватись у вигляді:

- індивідуального заняття (домашня робота), яке являється важливим елементом роботи студента з метою поглиблення та закріплення знань;
- конспектування лекцій;
- отримання консультацій для пояснення питань з даної дисципліни;
- підготовки відповідей щодо тестових завдань;
- підготовки до іспиту;
- підготовки до занять, які проводяться за допомогою активних форм навчання („круглі столи", ділові ігри, конференції);
- виконання контрольних, підсумкових робіт;
- підготовки наукових робіт, доповідей, рефератів, есе;
- аналізу ділових ситуацій (міні кейсів).

Зміст позааудиторної самостійної роботи визначається у відповідності до рекомендованих видів завдань згідно з робочою програмою навчальної дисципліни.

Види завдань для позааудиторної самостійноїроботи, їх зміст і характер можуть мати варіативний та диференційований характер, ураховувати специфіку фаху, дисципліни, яку вивчаємо, індивідуальні особливості студента.

Видами завдань для позааудиторної самостійної роботи можуть бути:

Для оволодіння знаннями:

- читання тексту (підручника, першоджерела, додаткової літератури);
- складання плану тексту;
- графічне зображення структури тексту;
- конспектування тексту;
- виписки з тексту;
- робота зі словниками та довідниками;
- знайомство з нормативними документами;

- дослідницька робота;
- використання аудіо-і відеозапису;
- робота з електронними інформаційними ресурсами і ресурсами Internet;

Для закріплення і систематизації знань:

- робота з конспектом лекції (опрацювання тексту);
- повторна робота над матеріалом, який викладений у підручнику;
- складання плану та тез відповіді;
- складання схем, таблиць, ребусів, кросвордів для систематизації навчального матеріалу; вивчення нормативних документів;
- робота з тестовими завданнями;
- відповіді на контрольні питання;
- анотування,реферування , рецензування тексту;
- написання есе, листів міркувань, творів;
- підготовка виступів на семінарі, конференції, підготовка рефератів, доповідей;
- складання глосарію, кросвордів чи бібліографії з даної теми;
- робота з комп'ютерними програмами;
- підготовка до складання іспиту.

Для формування умінь:

- розв'язування задач та вправ за зразком;
- розв'язування варіативних задач та вправ;
- складання схем;
- виконання розрахункових робіт;
- розв'язування ситуаційних задач;
- підготовка до ділових ігор;
- участь у наукових та практичних конференціях;
- випуск стіннівок, організація виставок;
- проектування та моделювання різних видів і компонентів професійної діяльності;
- складання проспектів, моделей;
- складання пам'яток, рекомендацій, кодексів;
- дослідна робота, участь у НДР;
- рефлексійний аналіз професійних умінь з використанням ауді-овідіотехніки та комп'ютерних розрахункових програм і електронних практикумів.

Правильна організація самостійних занять, їх системність,доцільне планування дозволяє прищепити студентам навчальні вміння та навички, систематизації тих знань, які вони здобули у процесі навчання, забезпечити високий рівень навчання у період навчального року, прищепити навички підвищення професійної майстерності під час трудової діяльності.

2.Планування самостійної роботи студентів.

У навчальному процесі вищого навчального закладу виділяють два види самостійної роботи: аудиторна та позааудиторна.

Аудиторна самостійна робота з дисципліни виконується на заняттях під керівництвом викладача і за його завданнями.

Позааудиторна самостійна робота виконується студентом за завданням, але без участі викладача.

При розробці робочої навчальної програми з дисципліни, при плануванні змісту позааудиторної самостійної роботи викладачем встановлюється зміст та об'єм теоретичного та практичного матеріалу з кожної теми, який може бути використаний під час позааудиторної самостійної роботи, визначаються форми і методи контролю результатів. З кожної теми необхідно розподілити ці години відповідно до видів робіт. Необхідно конкретно вказати:

- яка форма самостійної роботи передбачається (читання рекомендованої літератури, її письмове реферування, розв'язування задач, письмові відповіді, тести, підготовка до семінарських занять, конференцій і т.д);
- яка форма контролю знань і його терміни.

При плануванні позааудиторної самостійної роботи студентів особливу увагу необхідно приділити:

а) нормам часу, який необхідно витратити на виконання окремих видів завдань;
б) рівномірності навантаження студента протягом усього навчального року (скоригувати терміни виконання завдань).

3.Організація позааудиторної самостійної роботи студентів

Приступаючи до вивчення конкретної дисципліни, студент повинен уважно ознайомитися із методичними рекомендаціями щодо засвоєння навчальної дисципліни, вимогами програми з даного курсу.

До методичних матеріалів, які допоможуть студентам під час виконання позааудиторної роботи, належать:

- методичні рекомендації до позааудиторної самостійної роботи;
- навчально-методичний комплекс з дисципліни (приклади розв'язування задач, оформлення робочих зошитів, використання електронних інформаційних ресурсів);
- методичні рекомендації виконання науково-дослідних робіт;
- списки основної та додаткової літератури.

Ефективність усієї самостійної роботи студентів, у більшості випадків, визначається рівнем самоконтролю. Основним об'єктом самоконтролю студентів у системі їх роботи можуть бути: планування самостійної роботи і виконання індивідуального плану; вивчення дисципліни згідно з тематичним планом, навчальною програмою; виконання контрольних, тестових та інших видів робіт.

Самостійна робота може здійснюватися індивідуально чи групами студентів у залежності від цілей, об'єму, тематики самостійної роботи, рівня складності, рівня уміння студентів.

Суть самостійної роботи студентів, як специфічної педагогічної конструкції визначаєтьсяособливостями поставлених у ній навчально-пізнавальних задач. Отже, самостійна робота не є самостійна діяльність студентів щодо засвоєння навчального матеріалу, а є особливою системою умов навчання, які організовує викладач.

Організація самостійної роботи включає у себе наступні етапи:

1. Складання плану самостійної роботи студента з дисципліни.
2. Розробка завдань для самостійної роботи.
3. Організація консультацій щодо виконання завдань (усний інструктаж, письмова інструкція).
4. Контроль за ходом виконання і результатом самостійної роботи студента.

При складанні плану самостійної роботи обов'язково вказується кількість годин, які відводяться на вивчення теми. Розподіл годин залежить від складності теми, наявності навчального матеріалу з даної теми.

Викладачем розробляються завдання для самостійної роботи студентів. Це може бути посилання на конкретний підручник, збірник задач, навчальний посібник, нормативно-довідкову літературу.

При складанні збірників задач доцільно показати методику розв'язування типової задачі, а потім запропонувати для самостійного розв'язування аналогічні задачі. Рекомендується передбачити задачі підвищеної складності з урахуванням індивідуальних особливостей студентів.

Перед виконанням студентами позааудиторної самостійної роботи викладач проводить інструктаж щодо виконання завдань, який включає мету завдання, його зміст, терміни виконання, об'єм, основні вимоги щодо результату роботи, критерії оцінювання. У процесі інструктажу викладач попереджає студентів про типові помилки, які можуть зустрітися при виконанні завдання. Інструктаж проводиться викладачем за рахунок часу, який відведено на вивчення дисципліни.

Засобами самостійної роботи є: робочі зошити, бланки завдань, тексти, аудіо-відео-записи, конспекти лекцій, збірники задач, навчальні посібники, таблиці, схеми, тести.

4.Контроль та управління самостійною роботою студентів

Самостійна робота, яка контролюється, спрямована на поглиблення і закріплення знань студента, розвиток аналітичних навиків з проблематики навчальної дисципліни. Підведення підсумків і оцінка результатів таких форм самостійної роботи здійснюється під час безпосереднього контакту з викладачем. Бали, що отримані з цих видів робіт, формують оцінку з контролю студентських робіт студента і враховуються у підсумковій атестації з курсу. Студент, який приступає до вивчення навчальної дисципліни, отримує на початку занять інформацію про всі форми самостійної роботи з курсу з виділенням обов'язкової самостійної роботи і контроль самостійної роботи, у тому числі за власним вибором.

Таким чином, результати з обов'язкових форм самостійної роботи формують бали поточної успішності студента, а результати КСР (необов'язкові

види робіт) формують бали з самостійної роботи. Сума балів зі всіх видів робіт дає уявлення про узагальнену оцінку студента з навчальної дисципліни.

Контроль результатів позааудиторної самостійної роботи студентів може проходити у письмовій, усній чи змішаній формі.

У якості форм та методів контролю позааудиторної самостійної роботи студентів можуть бути використані семінарські заняття, колоквіуми, заліки, тестування, самозвіти, контрольні роботи, захист творчих робіт.

Контроль самостійної роботи студента може здійснюватися шляхом:

- включення даного питання у перелік питань екзаменаційних білетів;
- захисту письмових робіт, у тому числі і рефератів, контрольних робіт;
- участі у «круглому столі», діловій грі, олімпіадах тощо;
- виступів на практичному, семінарському занятті, конференції.

Необхідно відмітити, що при оцінці письмових робіт необхідно дотримуватися наступних критеріїв:

- необхідний об’єм та структура роботи;
- логіка переказу матеріалу;
- використання відповідної термінології, стилю переказу;
- розповідь від третьої особи;
- наявність посилань до джерела інформації;
- постановка питань та ступінь їх розкриття;
- формулювання висновків за підсумками роботи.

У випадку невідповідності письмової (контрольної) роботи студента даним критеріям, її недоліки повинні бути відображені у рецензії і враховані при оцінюванні студентської роботи.

Критеріями оцінок результатів позааудиторної самостійної роботи студента є:

1. Рівень засвоєння студентами навчального матеріалу.

2. Уміння студента використовувати теоретичні знання при виконанні практичних задач та навичок.

3. Відповідність та чіткість викладання відповіді.

Управління самостійною роботою студентів здійснюється шляхом:

– консультацій (тематичних, договірних),у ході яких студенти повинні переробити отриману інформацію, а викладач має з’ясувати ступінь розуміння теми і надати необхідну допомогу;

– наглядового контролю, який здійснюється на лекціях, практичних, семінарських та лабораторних заняттях.Він проводиться у формі співбесіди, усногоопитування студентів, контрольних робіт, тестування, організації дискусій та диспутів, фронтальних опитувань. Викладач фронтально проглядає наявність письмових робіт, вправ, задач, конспектів.

– поточного контролю, який здійснюється у ході перевірки і аналізу окремих видів самостійних робіт, виконаних у позааудиторний час. Це, як правило, роботи індивідуального характеру: доповіді, реферати та ін.;

– підсумкового контролю, що здійснюється через систему заліків і іспитів, які передбачені навчальним планом. Форми контролю повинні

відповідати рівням засвоєння: рівню розуміння, перетворення, реконструкції, творчості.Рекомендується ширше використовувати письмові форми підсумкового контролю.

В умовах реформування вищої школи в більшості вузів, в тому числі і в нашому вузі, використовують рейтингову систему контролю. Використання рейтингової системи дозволяє добитися більш ритмічної роботи студентів протягом семестру, а також активізує пізнавальну активність студентів шляхом стимулювання їх творчої активності.

Рейтинговий контроль знань дозволяє тримати студентів у постійному творчому напруженні, змушує їх в процесі контролю знань самім підрахувати бали і прогнозувати майбутні успіхи з тої чи іншої дисципліни.

Як показує практика, правильно організована самостійна робота студентів і її контроль забезпечують активність студентів в навчальному процесі і високу їх успішність.

Додаток Н

Методичні рекомендації студентам щодо організації самостійної роботи

При вивченні кожної дисципліни організація самостійної роботи студентів являє собою єдність трьох взаємопов'язаних форм:

- аудиторна самостійна робота,
- позааудиторна пошуково-аналітична робота,
- творча наукова робота.

Аудиторна самостійна роботареалізується під час лекційних, практичних і семінарських занять.

Практичне заняття – форма навчального заняття, під час якого студенти детально вивчають окремі теоретичні положення навчальної дисципліни та набувають вмінь і навичок їх практичного застосування шляхом індивідуального виконання відповідно сформульованих завдань.

Проведення практичного заняття, як правило, ґрунтується на попередньо підготовленому методичному матеріалі – тестах для виявлення ступеня опанування студентами необхідних теоретичних положень, завданнях різної складності для розв'язання їх на занятті.

Практичне заняттядоцільно будувати таким чином:

1. Вступне слово викладача (мета заняття, основні проблеми, що розглядатимуться).

2.Коротке опитування.

3.Самостійне виконання завдань.

4.Аналіз типових помилок.

З різних форм практичних занять під час викладання професійно-орієнтованих дисциплін найбільш ефективними є ділові ігри. Тематика гри може бути пов’язана з конкретними виробничими проблемами або мати прикладний характер, містити завдання ситуаційного моделювання з актуальних проблем та ін.

Методичний портфель викладача передбачає багато форм проведення занять. Наприклад, такі як „майстер-клас”, „case-study”. Особливо ефективним є застосування кейсів при підготовці середніх медичних працівників. Case (дослівно – випадок) – це опис ситуації,зокрема професійних ситуацій в роботі медичної сестри. Кейси готуються та пишуться за реальним фактичним матеріалом. Але можливі кейси на основі умоглядної (абстрактної) ситуації. Підготовка до таких занять потребує ґрунтовної теоретичної і практичної самостійної підготовки студента.

При проведенні практичних занять студенти можуть виконувати самостійну роботу як індивідуально, так і невеликими групами.

Семінарське заняття – форма навчального заняття, на якому відбувається обговорення попередньо визначених питань, до яких студенти готують тези виступів, реферати. Все це потребує певної самостійної роботи. На кожному

семінарському занятті викладач оцінює виступи студентів, активність у дискусії, уміння формулювати та відстоювати свою позицію тощо.

Семінар є одним з основних видів практичних занять і ефективним засобом розвитку у студентів культури наукового мислення. Викладач у ході семінарського заняття може вирішувати такі завдання:

– повторення та закріплення знань;
– контроль знань;
– педагогічне спілкування, творча співпраця;
– узагальнення і оцінювання знань студентів.

На перших курсах метою семінарів є ознайомлення студентів з особливостями самостійної роботи з літературою, першоджерелами з дисципліни та методикою їх опрацювання, підготовка до написання рефератів.

На старших курсах бажано застосовувати кілька моделей проведення семінарських занять. Це можуть бути прес-конференція, круглий стіл, дискусія.

Дискусіяє однією з найпоширеніших форм семінарського заняття. Мета дискусії – виявити відмінності в розумінні питання і у творчій суперечності установити істину, прийти до спільної точки зору. Змістовна самостійна підготовка студентів у цьому разі – накопичення необхідних знань з теми. Дискусія збагачує зміст вже відомого студентам матеріалу, допомагає його впорядкувати і закріпити.

Прес-конференціязастосовується і виправдовує себе, як правило, тоді, коли йдеться про семінар, на якому розглядаються складні теоретичні проблеми, категорії та формулювання.

Особливості побудови семінару такі:

– група складає запитання щодо проблеми, авторів найбільшої кількості питань зараховують до учасників прес-конференції;

– автори найцікавіших запитань займають місця за столом учасників і задають запитання групі.

Механізм проведення прес-конференцій достатньо традиційний. Важливо обмеження в часі, оскільки буде втрачена динаміка і весь семінар „розвалиться”. Ця форма цікава для студентів, тут може виявитись їх самостійність і творчість, але коригуюча і оцінююча роль належить викладачеві.

Реферат – форма роботи цікава і поліваріантна. Її використання потребує значної попередньої роботи як студентів, так і викладачів. До того ж у ході самого заняття важливо створити умови, які б стимулювали процес творчості, дискусії. Реферати, при заслуховуванні яких 1-2 студенти працюють, а інші відпочивають – недоцільні.

У практиці вищого закладу освіти застосовуються такі види семінарських занять:

– семінар запитань і відповідей;

– семінар – розгорнута бесіда, яка передбачає ґрунтовну підготовку студентів з питань, що розглядаються і проводиться на молодших і середніх курсах;

– семінар, що передбачає усні відповіді студентів з наступним їх обговоренням;

– семінар-дискусія за принципом „круглий стіл”, „презентація”;

– семінар, що передбачає обговорення письмових рефератів студентів та їх оцінювання;

– семінар-конференція, робота з малими групами;

– семінар вирішення проблемних завдань, конкретних ситуацій;

– семінар-заняття на базах проходження практики;

– семінар прес-конференція;

– семінар „мозкова атака”, такий семінар може готуватись і проходити у формі „потоку ідей”;

– спеціальні семінари із студентами старших курсів (майстер-клас).

Позааудиторна самостійна роботаз навчальної дисципліни вимагає від студентів щоденної самостійної роботи, яка виконується за завданнями викладача. Це завдання щодо підготовки до аудиторних занять, пошуково-аналітична та наукова робота. Всі завдання мають бути розроблені таким чином, щоб у процесі їх виконання безперервно поглиблювалися знання, розвивалося мислення, формувалися уміння та навички.

Рівень та складність завдань для самостійної роботи залежить від курсунавчання Так, на 1 – 2 курсах самостійна робота має на метіпоглиблення та закріплення знань та умінь, які студент отримує на лекціях і семінарах. Найдоцільнішими будуть такі форми проведення самостійної роботи, як пошук та огляд наукових джерел за заданою проблематикою, підготовка есе, формулювання понять, глосарію; виконання домашніх завдань до практичних занять, підготовка до семінарських занять різних видів.

На старших курсах самостійна робота повинна сприяти розвитку творчого потенціалу студентів та реалізації професійних навичок. Завдання можуть мати як індивідуальний, так і груповий характер, оскільки реальні професійні умови у більшості випадків ґрунтуються на роботі у колективі. Практикуються такі форми самостійної роботи:

– аналітичний розгляд наукової публікації;

– презентація – вибір студентом певної теми чи проблеми для презентації та висловлення свого бачення, розуміння або нерозуміння цієї проблеми;

– підготовка аналізу конкретної виробничої ситуації, підготовкадо ситуаційних вправ;

– підготовка до ділової гри, рольової або командної;

– підготовка групового проекту;

– практикум з навчальної дисципліни, тренінгові програми з використанням програмного забезпечення;

– виконання і захист науково-дослідної роботи.

Самостійна навчальна й науково-дослідна робота, як складник навчально-виховного процесу, виконується студентами під керівництвом викладача, що здійснює аудиторну роботу в цій навчальній групі. Викладачі для виконання студентами завдань по самостійній роботі розробляють методичні рекомендації

з чітко складеними планами, списком літератури, коротким (тезисним) викладом теоретичного матеріалу.

Індивідуальні завдання сприяють поглибленому вивченню студентом теоретичного матеріалу, закріпленню і узагальненню отриманих знань, формуванню вмінь використання знань для комплексного вирішення відповідних професійних завдань. Види, термін виконання і захисту індивідуальних завдань з певних навчальних дисциплін визначаються їх робочими навчальними програмами та розкладом занять. Індивідуальні завдання виконуються студентами самостійно із забезпеченням необхідних консультацій з боку науково-педагогічних працівників.

Науковою роботою займаються студенти, які мають здібності до аналітичної, творчої роботи. Вони беруть участь у наукових конференціях, олімпіадах, наукових семінарах, виконуютьзавдання в межах наукових досліджень кафедр, працюють у науковихгуртках. Їх творча самостійна робота керується рекомендаціями, порадами науково-педагогічних працівників, конкретними завданнями щодо виконанняокремих видів діяльності.

Систематизація видів індивідуальних завдань для самостійної роботи студентів

№	Види завдань	Загальна характеристика	Мета
І.	Робота з книгою – головним джерелом знань	Книга – це текстовий документ, тобто документ, велику частину обсягу якого займає мовний (словесний) текст	1.Отримання необхідної інформації; 2.Розвиток власних здібностей, уваги, логічної пам'яті, мислення. Вони органічно взаємопов'язані і передбачають активну творчу діяльність у процесі читання, чіткий логічний аналіз змісту і структури тексту
1.	Конспект (лат.Conspectus огляд) - це зібрання найціннішого матеріалу. Він завжди може бути використаний у подальшій навчально-пізнавальній та науково-дослідницькій роботі, накопичувач наукових матеріалів, замінники книжок. Вимагає	Одна з найважливіших форм навчальних записів, яка у стислій і послідовній формі відображає зміст засвоєного матеріалу. У вищому навчальному закладі конспектують як лекції, так і першоджерела (монографії, наукові статті, статистичні дані тощо) Узагальнюючий конспект – це творчість студентів особливого роду, яка характеризується цілковитою самостійністю. Деталізований (детальний)	Осмислення логічності структури текстового матеріалу, виокремлення у ньому головного, систематизація, групування, класифікація наукових термінів і понять, наочне і компактне моделювання образних орієнтирів. Це забезпечує цілісність сприйняття змісту книги. Узагальнюючий конспект допомагає активізувати розумову діяльність

	відповідного ставлення до його ведення. Найефективнішим вважається конспект, у якому висвітлюється власне ставлення до опрацьованої роботи, тобто здійснюється критичний аналіз - указується, з чим погоджується власник, а з чим ні, ставляться питання для власного з'ясування	конспект – засіб значної індивідуалізації роботи студентів. Щодо ведення деталізованого конспекту існують такі рекомендації: 1. На окремих аркушах ведуть конспект, постійно доповнюючи його новими фактами та новою інформацією (потім такі аркуші можна зшити); 2. Аркуші поділяють на дві частини, що дає змогу в одній з них записувати можливі власні міркування, а також доповнення з додаткових джерел; 3. Обов'язково вказують ключові (смислові, логічні) орієнтири; 1. Чітко виділяють цитати (можливе їх використання в майбутньому). У даному випадку краще застосовувати не зошит, а папір без орієнтирів (аркуш А4). Зведений конспект становить систему записів, що включають різні плани (книг, наукових статей тощо), виписування цитат, окремих тез, висновків, детальне конспектування розділів тощо	студентів, перейти від розгорнутої інформації до стислих смислових або ключових опор, від логічних орієнтирів до максимальної деталізації матеріалу. Це відображає і дозволяє оцінити процесуальну сторону пізнавального процесу. Максимальна систематизація у роботі та активне засвоєння навчального матеріалу
2.	Реферат (лат. refe – доповідати, повідомляти) – коротке усне повідомлення або письмовий виклад наукової роботи, що містить зміст прочитаної книги або доповідь на будь – яку тему, засновану на огляді літературних джерел. У рефераті необхідно не лише висвітлювати відповідну наукову інформацію, а й показати своє ставлення до неї.	Реферат наукового звіту відображає в дуже стислому вигляді основний зміст звіту: обсяг, кількість і характер ілюстрацій, наочності, таблиць, перелік ключових слів, сукупність виконаної роботи, методи дослідження, стислі висновки і можливості застосування результатів дослідження. Реферат може містити аналіз і критику відповідних наукових теорій. Оглядові реферати – це огляд кількох літературних джерел, об'єднаних певною тематикою. Реферат повинен містити такі частини: 1. Вступ, де розкривається мета та завдання повідомлення; 2. Огляд джерел, якими	Виявлення вмінь самостійно аналізувати, систематизувати, класифікувати й узагальнювати суттєву наукову інформацію, ерудиції дослідника. Повідомлення аудиторії певної суми нових знань, пов'язавши їх з уже відомими. Систематизація знань, формування навичок роботи з довідковою літературою критичного мислення, аналітичної діяльності та популяризації науки

		користувалися для розкриття теми; 3. Позитивні сторони та спірні положення авторів джерел, які аналізуються; 4. Власні погляди на суть справи; 5. Висновки та пропозиції. Інформаційні реферати засновані на всебічному критичному аналізі фактів за обраною темою. При цьому треба довести новизну та актуальність обраної теми. Реферат у формі написання рецензійна вже готові реферати (наприклад, взяті із системи Інтернет). Реферат у формі узагальненого тематичного словника	
II.	Письмова організація матеріалу, план, тези.		
3.	Виписки	Дослідне відтворення найбільш важливих положень книги, характерних фактів, таблиць і схем, або коротке викладення такої інформації	Виписка незрозумілих слів або слів, що складають категоріально – понятійний апарат певної теми, приказок, афоризмів, крилатих слів, тощо
4.	План	Така форма запису, коли читач виділяє окремі логічні завершені частини статті чи книги, даючи їм своєрідні заголовки. План може бути простим і складним залежно від змісту прочитаного матеріалу та визначеної мети. Використовують два способи складання плану: робота над ним у процесі читання та складання плану після ознайомлення з книгою (дозволяє зробити підсумок роботи)	Глибоке усвідомлення змісту прочитаного, встановлення логічного зв’язку між його частинами
5.	Цитата (лат. cito – приводжу, проголошую)	Дослівний уривок з будь-якого тексту, що наводяться письмово чи усно для підтвердження міркування	Формування умінь, здійснювати виписки у вигляді цитати, що вважається складною й досить делікатною справою, оскільки інтелектуальна власність та авторські права знаходяться під захистом закону. Це вимагає

			дотримання визначених вимог
6.	Записи висновків	Запис основних думок автора з певної проблеми. Необхідно дотримуватись певних вимог: у зошиті для записів указати прізвище та ініціали автора, назву книги, місце і рік її видання. Нижче у певній послідовності викладаються судження про ті вузлові проблеми чи питання, які розглядаються у творі. На полях, які обов'язково залишаються, можна робити свої помітки	Осмислення прочитаного, усвідомлення в загальних рисах суті даного матеріалу і збереження його як основи для відтворення у пам'яті, а при необхідності подальшого використання
7.	Тези (гр. thesis – положення, твердження)	Це коротко сформульоване основне положення доповіді, лекції, повідомлення тощо. По суті тези – це розгорнуті висновки літературного джерела, яке вивчається. Залежно від того, як подано в них матеріал, тези поділяють на три групи: 1. Прості – головні думки в змістовій частині тексту; 2.Основні – принципово важливі, головні положення, що узагальнюють зміст джерела (до кожної основної тези можна добрати кілька простих, що її роз'яснюють); 3. Складні – запис, що включає в себе як основні, так і прості тези. Тези можуть бути цитатними, вільними (сформульовані тим, хто виконує тези), комбінованими (власні формулювання з використанням цитат з тексту). При виконанні складних тез, треба виписувати також побіжні думки таким чином, щоб вони роз'яснювали та аргументували основні	Формування умінь опрацьовувати прочитані книги, статті в залежності від їх змісту і спрямування, виписувати основні твердження автора (основні думки праці від початку до кінця, а не лише її дослідницької частини), які у конспекті розміщуються в логічній послідовності, обґрунтування теми, викладати історію питання, методику дослідження та його результати. Вчитися пов'язувати логічно окремі тези між собою, формулювати їх чітко, стисло і при цьому передавати основну думку автора; фіксувати власні думки, викликані розміркуваннями над опрацьованим матеріалом; створювати цілісне, концептуальне уявлення про зміст праці
8.	Анотація (лат. annotation – зауваження, примітка) – коротка узагальнена характеристика книги (чи її частини), статті, рукопису	Анотування – оцінювання праці з погляду науковості, логічної послідовності, актуальності питань або проблем	Формування вміння узагальнювати і характеризувати інформацію
9.	Рецензія (лат.	Висловлення суджень про	Формування критичного

	recession – огляд, обстеження) – це критична оцінка художнього, наукового твору, вистави, кінофільму, відгуку про них	прочитане в цілому і його найважливіші деталі, які підкріплені науково обґрунтованими доказами, фактами, поясненнями	мислення, умінь робити висновки, узагальнення, давати оцінки прочитаному
10.	Аналітичний розгляд статті. Стаття – науковий чи публіцистичний твір невеликого розміру, своєрідне дослідження важливої наукової, суспільно – політичної або літературної теми	Науково- критична стаття – це досить широке за обсягом матеріалів і порівняно глибоке за аналітичним проникненням у наукові праці дослідження, де висвітлюються певні проблеми, процеси і явища. Вона включає в себе характеристику осмислених соціальних, економічних, педагогічних чи інших явищ або процесів, оцінки, підсумки, зауваження чи побажання, що випливають із зробленого аналізу. Зміст, форма, спосіб організації і манера викладу матеріалу мають відповідати жанру критичної статті	Розвиток аналітичного і критичного мислення, формування умінь оцінювати соціальні, економічні, педагогічні, психологічні та інші явища або процеси, висловлювати зауваження та побажання, що випливають із зробленого аналізу, використовувати наукову мову. Формування досвіду наукової постановки проблеми та збирання експериментального матеріалу для практичних занять навчальних дисциплін. Одночасно накопичується досвід вивчення та критичного аналізу наукової літератури (вітчизняної та зарубіжної), особливо тієї, яка стосується методологічних питань та методів наукового дослідження
11.	Есе (фр. yssai – спроба, намір) – невеликий за обсягом прозовий твір, що має довільну композицію і висвітлює індивідуальні думки та висловлення щодо конкретного питання і не претендує на вичерпне і визначальне тлумачення теми	Характерними ознаками есе вважають логічний виклад матеріалу, що наближає його певною мірою до наукової літератури. Як правило, есе повинно виражати нову, суб’єктивну думку про проблему, що вивчається, і носити філософський або науково – популярний характер	Формування у студентів досвіду креативного мислення, філософського підходу до розв’язання визначеної проблеми, наукової постановки проблеми
12.	Повідомлення – це усна інформація з одного, як правило, пункту теми	Повідомлення може стосуватися як самої науки, так і історії її вивчення. Класичні приклади повідомлення – огляд біографії вченого (письменника), про якого йдеться на лекції чи	Інформація розглядається, як взята, в основному, з одного джерела і не передбачає узагальнення або певних самостійних висновків з боку студентів

		семінарському занятті	
13.	Доповідь, на відміну від повідомлення, є більш розгорнутою формою подання інформації	Доповідь базується на кількох джерелах, містить певні узагальнення та висновки самого студента, безпосередньо стосується науки, яка вивчається	Формування умінь опрацьовувати інформацію
14.	Дайджест (англ. digest): 1.Видання, яке містить скорочене адаптоване (спрощене) викладення тексту; 2. Збірник, особливий вид журналу, який передруковує в скороченому виді цікаві матеріали з інших видань; 3. Короткий огляд періодичних видань	Як вид письмової роботи, передбачає опрацювання одного або кількох джерел. Як правило, всі ці види діяльності реалізуються студентами за дорученням викладача, який має обов'язково вказати студенту на ті джерела, якими він може скористатися при підготовці (книги, СД- дисками, матеріали в Інтернет – системі, наукові збірники, журнали, засоби масової інформації), допомогти студенту отримати ці матеріали. Деякі повідомлення та відповіді студенти перед презентацією мають обговорити з викладачем, у разі необхідності – скоротити або доповнити	Зручний для ознайомлення з основними новинами певної тематики, змістом дослідження
15.	Науково-дослідна робота – глибоке й творче вивчення одного з конкретних питань теорії і практики певної дисципліни, оволодіння методами наукового дослідження	Як вид наукової роботи передбачає що студент повинен розкрити мету роботи на сучасному рівні розвитку медицини, використовуючи такі підходи і наукові знання, що пояснюють різні явища й події у практиці бізнесу з позиції сьогодення. Крім того, студент повинен достатньо повно розкрити основні поняття й терміни, що стосуються проблеми даної роботи, включити у зміст матеріалу тільки об'єктивні факти і реальні практичні приклади	У процесі виконання науково-дослідної роботи вдосконалюють і розвивають такі навички та вміння: самостійно формулювати проблему дослідження; визначати мету, основні завдання, предмет, об'єкт дослідження; здійснювати пошук і добір потрібної наукової інформації; аналізувати практичну діяльність різних організацій та їх керівників; логічно і аргументовано висловлювати свої думки, пропозиції, робити висновки; правильно оформлювати науково-довідковий матеріал; публічно захищати підготовлену роботу; відповідати на запитання, захищати свою точку зору

Додаток П

Ситуаційні завдання з невідкладної допомоги

Кейс №1 „Допомога вагітній”:

Вагітна К., 32 років скаржиться на появу кров’яних виділень зі статевих шляхів, загальну слабкість, головокружіння.

Сьогодні о 5 годині ранку прокинулась і побачила пляму з крові на простирадлі, дуже злякалася і викликала акушерку. Чоловік вагітної пропонує відвезти до лікарні на мотоциклі, але їхати близько 2 годин.На обліку в жіночій консультації не знаходиться. Дана вагітність зі слів жінки протікала з періодичними кровотечами зі статевих шляхів, які зупинялись самостійно та були незначними, і тому за медичною допомогою не зверталась.При з’ясуванні додаткових даних встановлено, що перша вагітність завершилась 2 роки тому пологами, які були ускладнені кровотечею у ранньому післяпологовому періоді, перенесла метроендометрит.

Об’єктивно: свідомість збережена, загальний стан задовільний, шкіра та слизові оболонки бліді, пульс 110 за 1 хвилину, артеріальний тиск на правій та лівій руках 110/60 мм рт.ст. Дихання, рефлекси – в межах норми. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ВДМ – 32 см. Матка в нормо-тонусі. Положення плода повздовжнє, головка високо над входом в малий таз. Серцебиття плода 180 уд. за 1 хвилину. Пологової діяльності немає.

Вагітна хвилюється, наростає загальна слабкість. Акушерка відгукнулася. Надала невідкладну долікарську допомогу, транспортувала вагітну до стаціонару.

На сьогодні – жінка розроджена шляхом кесарського розтину. Мама і новонароджений хлопчик почувають себе добре.

Завдання до кейсу №1 „Допомога вагітній”:

1. Визначте та обґрунтуйте поставлений діагноз.
2. Чи могла б вагітна уникнути кровотечі?
3. Чому на Вашу думку, кровотеча не припиняється? Визначте та сформулюйте проблему протиріччя, що її сформували.
4. Якою повинна бути тактика акушерки при вирішені цієї проблеми.
5. Які ймовірні причини даної пацієнтки могли спричинити таку патологію?
6. Які особливості проведення діагностики даної патології. Знайдіть протиріччя цієї проблемної ситуації.
7. Укажіть варіанти вирішення цієї проблеми, що можуть виникнути в результаті протиріч?
8. Назвіть протиріччя, що можуть виникнути в тактиці акушерки під час транспортування вагітної?
9. Складіть план невідкладної долікарської допомоги вагітній.
10. Проаналізуйте чи не вплине дана патологія на здоров’я майбутньої дитини.

Технологія проблемного навчання.

Протиріччя проблемної ситуації (кейсу „Допомога вагітній”):

а) в анамнезі – кровотеча двічі припинялась

б) кровотеча розпочалась годину тому та зростає

Проблема: діагностуйте причину кровотечі

Вирішення проблеми: Причиною кровотечі є передлежання плаценти. Скористуйтесь схемою „Передлежання плаценти” і проаналізуйте її

Технологія проблемного навчання.

Протиріччя проблемної ситуації (кейсу №1):

а) для підтвердження діагнозу потрібно провести огляд шийки матки в дзеркалах і піхвове дослідження

б) вагітна знаходиться вдома (умови для дослідження на необхідний інструментарій відсутні)

Проблема: діагностуйте кровотечу за клінікою (без додаткових обстежень)

Вирішення проблеми: за наказом МОЗ України №676 та № 205 „Про затвердження клінічних протоколів акушерської допомоги: акушерські кровотечі” піхвове дослідження можна проводити тільки в умовах розгорнутої операційної. Скористуйтесь схемою „Передлежання плаценти” і проаналізуйте її.

Технологія проблемного навчання.

Протиріччя проблемної ситуації (кейсу №1):

а) чоловік вагітної пропонує транспортувати жінку до стаціонару на мотоциклі

б) транспортувати у горизонтальному положенні

Проблема: обрати правильний вид транспортування для вагітної з даною патологією

Вирішення проблеми: транспортувати виключно спеціальним санітарним транспортом лише з дозволу лікаря тільки у горизонтальному положенні з проведенням оксигенотерапії, інфузійної, гемостатичної терапії виключно в присутності медичного працівника.

Додаток Р

Головне управління охорони здоров'я
Харківської обласної державної адміністрації
Комунальний заклад охорони здоров'я
Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової

ЩОДЕННИК
Навчально-виробничої практики у складі виїзних лікарських бригад станції швидкої та невідкладної медичної допомоги КЗОЗ „Куп'янська центральна міська лікарня"

студента _____
(прізвище, ім'я, по батькові)
відділення_____

освітньо-кваліфікаційний рівень_____

напрям підготовки _____

спеціальність_____
(назва)
_____ курс, група _____

Студент_____
(прізвище, ім'я, по батькові)

прибув на станцію швидкої та невідкладної медичної допомоги
КЗОЗ „Куп'янська центральна міська лікарня"

Печатка
підприємства, організації, установи „___" _____ 20___ року
Завідувач станції ШМД

_____ _____
(підпис)

Вибув зі станції швидкої та невідкладної медичної допомоги
КЗОЗ „Куп'янська центральна міська лікарня"

Печатка
Підприємства, організації, установи "___" _____ 20___ року
Завідувач станції ШМД

_____ _____
(підпис)

Календарний графік
проходження практики у складі
виїзних лікарських бригад
станції швидкої та невідкладної медичної допомоги
КЗОЗ „Куп'янська центральна міська лікарня"

На вересень 20__р.

На жовтень 20__р.

На листопад 20__р.

На грудень 20__р.

Керівники практики:від КЗОЗ Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової

_____ _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

від КЗ ОЗ „Куп'янська центральна міська лікарня"

_____

(підпис) (прізвище та ініціали)

ПАМ'ЯТКА

для студентів, які направляються на
навчально-виробничу практику у складі виїзних лікарських бригад
швидкої та невідкладної медичної допомоги

1. Головною метою навчально-виробничої практики у складі виїзних лікарських бригад швидкої допомоги є – систематизувати, закріпити та розширити набуті знання і практичні навики студентів, а також перевірити їх підготовку до самостійної роботи.

2. До практики допускаються студенти, яким виповнилось 18 років та які пройшли медичний огляд, інструктаж з охорони праці із записом у журналі проведення інструктажів встановленої форми, а також застраховані від нещасних випадків.

3. Перед початком навчально-виробничої практики студент повинен отримати:

- Графік чергування на станції ШМД;
- Программу навчально-виробничої практики;

- Пам’ятку для студентів, які направляються на навчально-виробничу практику;
- Форму щоденника практики.

4. При прибутті до місця практики студент прикріплюється до безпосереднього керівника практики, під керівництвом якого він буде проходити практику.

5. Студент, який знаходиться на навчально- виробничій практиці, повинен бути одягнутий у відповідний медичний одяг, при собі мати маску, рукавички.

Обов’язково дотримуватись чистоти рук.

6. Студенти повинні працювати за встановленим графіком з $8^{\underline{00}}$ до $15^{\underline{00}}$ з перервою на прийняття їжі 45 хвилин.

7. Студенти повинні виконувати правила внутрішнього трудового розпорядку ЛПЗ, а також бути дисциплінованими, спокійними та ввічливими при спілкуванні з товарищами по роботі, хворими та їх родичами.

8. Студент повинен бережливо відноситись до медичного обладнання, інструментарію та медикаментам.

9. Студенти щоденно та охайно повинні вести щоденники і давати їх на підпис безпосередньому керівнику практики.

10. Після кожного дня роботи, кожний студент отримує відгуки о їх роботі, підписані безпосереднім керівником практики. В відгуках повинна бути дана оцінка діяльності студента: відмічена його зацікавленість до роботи фельдшера станції ШМД; культура спілкування з колегами, хворими та їх родичам; ініціативність; знання медичної документації та наказів МОЗ; вміння застосувати отриманні знання на практиці, загальна підготовленість до самостійної роботи.

11. Після повернення у коледж щоденники навчально-виробничої практики здаються заступнику директора з навчально-виробничої роботи.

З усіх питань практичного навчання звертатись в учбову частину коледжу: тел. 5-52-71

РОБОТА НА СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Студенти повинні знати:

- посадові обов’язки фельдшера швидкої допомоги, чинні накази та інструкції, які регламентують роботу СШД;
- посиндромну діагностику захворювань і ускладнень, методику обстеження, експрес — діагностику, обсяг долікарської допомоги при невідкладних станах, ушкодженнях;
- права й обов’язки фельдшера на місцях нещасних випадків згідно з чинним законодавством.

Студенти повинні вміти:

- діагностувати гострі раптові захворювання, загрозливі стани, визначати вид екстреної допомоги;
- надати повний обсяг невідкладної долікарської допомоги при

термінальних станах, гострих травмах, ушкодженнях;

- транспортувати і госпіталізувати хворих, потерпілих;
- володіти маніпуляційною технікою та самостійно виконувати обов'язкові практичні навички.
-

ПЕРЕЛІК ОБОВ'ЯЗКОВИХ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

1. Суб'єктивне і об'єктивне обстеження хворих.
2. Визначення стану, встановлення діагнозу.
3. Визначення виду невідкладної допомоги.
4. Надання екстреної допомоги при невідкладних станах.
5. Транспортування хворих, поранених та потерпілих.
6. Запис електрокардіограми.
7. Промивання шлунка.
8. Парентеральне введення ліків.
9. Виписування медикаментів та перев'язного матеріалу.
10. Зупинення кровотечі.
11. Накладання транспортних шин.
12. Накладання пов'язок.
13. Проведення місцевого знеболення при переломі.
14. Оброблення ран, накладання швів на рану.
15. Проведення передньої тампонади носа при кровотечі.
16. Проведення серцево-легеневої реанімаціїю
17. Оформлення документації.

Робочі записи під час практики

«____» _____ 201___ р.

Відгук і оцінка роботи студента

на навчально-виробничій практиці

Керівник практики станції ШМД

_____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

Робочі записи під час практики
«____» _____ 201___ р.

Відгук і оцінка роботи студента
на навчально-виробничій практиці

Керівник практики станції ШМД

_____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

Висновок заступника директора
з навчально-виробничої роботи про проходження практики

Оцінка: _____
(цифрами і словами)

Додаток С

Управління охорони здоров’я
Харківської обласної державної адміністрації
Комунальний заклад охорони здоровя
Куп’янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової

ТРЕНІНГ
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ
„АКТИВНІ ТА ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР”

Куп’янськ – 2016

Розглянуто і схвалено на засіданні педагогічної ради КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової"
(протокол №1 від 29серпня 2016 р.)

Рецензенти:

Брянцев О М.– кандидат медичних наук наук, директор коледжу.

Луценко Н. М.– кандидат медичних наук наук, викладач акушерства та гінекології.

Коваленко О. О. кандидат педагогічних наук, викладач психології.

Поєдинцева Л. Л.

Тренінг для викладачів медичних коледжів „Активні та інтерактивні методинавчання у процесі фахової підготовки медичних сестер. КЗОЗ „Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової". Куп'янськ., 2016. 22 с.

Навчально-методична розробка тренінгу присвячена застосуванню активних та інтерактивних методів у процесі фахової підготовки медичних сестер з урахуваннями вимог сучасності, що забезпечить якісну фахову підготовку медичних сестер.

Рекомендовано для викладачів медичних училищ та коледжів.

© Поєдинцева Л. Л.,2016

ВСТУП

Рівень сучасної медичної науки і практики вимагає нових підходів до підготовки фахівців медичної сфери. Рівняючись на цивілізований світ, перед медичними навчальними закладами постає завдання готувати не просто медичний персонал середньої ланки для закладів охорони здоров'я, а й фахівців, здатних співпрацювати в умовах конкуренції на ринку праці.

Основні форми організації навчальної роботи повинні бути підпорядковані систематичному цілеспрямованому впровадженню активних та інтерактивних методів навчання, оптимізації освітнього процесу, що забезпечить високоякісну підготовку компетентних фахівців у медичній галузі.

Стан сучасної національної освіти спрямований на вдосконалення освітнього процесу, підготовку компетентних фахівців у галузі охорони здоров'я, на розвиток ініціативної, творчої особистості випускника вищого навчального закладу, який буде здатним працювати в сфері практичної медицини, приймати рішення, самостійно діяти в рамках сестринського процесу.

З огляду на те, що сучасна галузь охорони здоров'я потребує висококваліфікованих медичних сестер, підготовлених до реалізації виробничих функцій у незнайомих, складних та екстремальних умовах діяльності, сучасні медичні сестри повинні бути відповідальними, професійними і мобільними, конкурентоспроможними особистостями, здатними до активних, цілеспрямованих, професійних дій у проблемних ситуаціях**.**

У процесі професійної підготовки медичних сестер у медичних коледжах існують деякі труднощі. Не всі викладачі на практичних заняттях використовують активні та інтерактивні методи навчання. Вони обмежуються демонстрацією практичних навичок та вимогою повторити ці навички студентами. Таким чином, студенти не засвоюють виконання дії до рівня автоматизму, не завжди можуть знайти вірне рішення у нестандартних клінічних ситуаціях.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Актуальність роботи, її недостатня методична і практична розробленість зумовили вибір теми тренінгу для викладачів медичних коледжів „Активні та інтерактивні методинавчання у процесі фахової підготовки медичних сестер".

Метою спецкурсу є ознайомлення викладачів медичного коледжу із особливостями застосування активних та інтерактивних методів навчання в процесі викладання фахових дисциплін для підвищення якості фахової підготовки майбутніх медичних фахівців.

Загальна логіка тренінгу „Активні та інтерактивні методинавчання у процесі фахової підготовки медичних сестер" відображена у сукупності теоретичних і практичних *завдань*:

– *засвоєння активних та інтерактивних методів навчання*, які сприятимуть удосконаленню фахової підготовки майбутніх фахівців;

– *усвідомлення особливостей* застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки;

– *виявлення тенденцій готовності* викладачів професійно орієнтованих дисциплін до застосування активних та інтерактивних методів навчання, забезпечення якісної фахової підготовки студентів-медиків.

Стратегія навчання

Реалізація мети і завдань програми спецкурсу здійснюється в умовах проведення засідань викладачів професійно орієнтованих дисциплін два рази на місяць шляхом:

– опанування змісту, відповідних знань та умінь по застосуванню активних та інтерактивних методів навчання у процесі проведення засідань – тематичних дискусій і практичних занять;

– самостійної роботи, спрямованої на закріплення та подальший розвиток умінь застосовувати активні та інтерактивні методи навчання у процесі фахової підготовки студентів;

– зворотного зв’язку.

Зміст тренінгу розрахований на 18 годин занять. Дані пророзподіл годин за різними видами занять наведено в навчально-тематичному плані тренінгу.

Таблиця

Навчально-тематичний план тренінгу

№ з/п	Теми занять	Види занять та кількість годин			
		Тематична дискусія	Практичне заняття	Самостійна робота	Всього годин
1.	Особливості активних та інтерактивних методів навчання	1			1
2.	Активні методи навчання (імітаційні та не імітаційні, ігрові та неігрові)	1			1
3.	Проблемна лекція		1		1
4.	Бесіда. Евристична бесіда		1		1
5.	Дослідницький метод		1	1	2
6.	„Мозковий штурм”		1	1	2
7.	Тренінг на фантомах із застосуванням алгоритмів		1	1	2
8.	Аналіз конкретних ситуацій (кейс-метод)		1	1	2
9.	Рішення ситуаційних завдань		1	1	2
10.	Метод розігрування ролей		1	1	2
11.	Ділові та рольові ігри		1	1	2
	Разом:	2	9	7	18

ЗМІСТ ТРЕНІНГУ ЗА ТЕМАМИ

Тема 1.Особливості активних та інтерактивних методів навчання (тематична дискусія).

Мета: ознайомлення викладачів коледжу зсучасними підходами до застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки майбутніх фахівців у медичному коледжі, їх особливостями.

Питання для обговорення:

1. Характеристика активних та інтерактивних методів навчання, їх роль у підготовці майбутніх медичних фахівців.
2. Особливості застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки медичних сестер.
3. Очікувані результати застосування активних та інтерактивних методів навчання.

Хід роботи

1. Характеристика активних та інтерактивних методів навчання, їх роль у підготовці майбутніх медичних фахівців.

Активні та інтерактивні методи навчання спрямовані, головним чином, на організацію студентів для самостійності отримання знань, освоєння умінь і навичок в процесі активної пізнавальної та практичної діяльності. Ці методи сприяють розвитку мислення, пізнавальних інтересів і здібностей, формування умінь і навичок самоосвіти. Головним в активних та інтерактивних методах навчання є те, що забезпечує у кожного студента досягнення досить високого рівня засвоєння.

Сучасна ситуація в підготовці фахівців вимагає докорінної зміни стратегії і тактики навчання. Головними характеристиками випускника будь-якого освітнього закладу є його компетентність і мобільність. У зв'язку з цим акценти при вивченні навчальних дисциплін і модулів переносяться на сам процес пізнання, ефективність якого повністю залежить від пізнавальної активності самого студента. Успішність досягнення цієї мети залежить не тільки від того, що засвоюється (зміст навчання), але і від того, як засвоюється: індивідуально або колективно, в авторитарних або гуманістичних умовах, з опорою на увагу, сприйняття, пам'ять або на весь особистісний потенціал людини, за допомогою репродуктивних або активних методів навчання.

Активні методи навчання – це методи, які спонукають студентів до активної розумової і практичної діяльності у процесі оволодіння навчальним матеріалом. Активне навчання передбачає використання такої системи методів, яка спрямована головним чином не на виклад викладачем готових знань, їх запам'ятовування і відтворення, а на самостійне оволодіння студентами знаннями і вміннями у процесі активної розумової і практичної діяльності.

Інтерактивні методи навчання на сьогодні є актуальним способом роботи викладача в аудиторії, тренера в групі та педагога в будь-якому освітньому закладі. Інтерактивні методи навчання, на відміну від традиційних, базуються на активній взаємодії учасників навчального процесу, при цьому основна вага надається взаємодії слухачів між собою. Такий підхід дозволяє

активізувати навчальний процес, зробити його більш цікавим та менш втомлюваним для учасників.

Задачі, які можна розв'язати одночасно:

– розвиток комунікативних умінь і навичок;

– емоційний контакт між студентами;

– вчитесь працювати у команді, прислухатись до думки свого товариша;

– знімає нервове навантаження учасникам, дає можливість змінювати форми їх діяльності, переключати увагу на вузлові питання теми.

Інтерактивні методи захоплюють студентів, пробуджують в них інтерес та мотивацію, навчають самостійному мисленню та діям.

Звичайно люди запам'ятовують:

✓ 5% – лекції;

✓ 10% – того, що читають;

✓ 20% – того, що бачать на власні очі;

✓ 50% – того, що слухають та бачать одночасно;

✓ 70% – того, що обговорюють і пишуть;

✓ 80% – того, що роблять практично власноруч;

✓ 90% – того, що роблять і обговорюють одночасно;

✓ 95% – того, чому навчають інших.

Суть інтерактивного навчання:

Інтерактивне навчання – це діалогове навчання, яке заперечуєдомінування як одного виступаючого, так і однієї думки над іншою.

Інтерактивне навчання має на меті:

– створення умов для залучення всіх студентів до процесу пізнання;

– надання можливості кожному учаснику розуміти і рефлексувати з приводу того, що він знає і думає;

– вироблення життєвих цінностей;

– створення атмосфери співпраці, взаємодії;

– розвиток комунікативних якостей і здібностей;

– створення комфортних умов навчання, які б викликали у кожного студента відчуття своєї успішності, інтелектуальної спроможності, захищеності, неповторності, значущості.

2. Особливості застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки медичних сестер.

До активнихта інтерактивних методів навчання включаються ситуації інсценування професійної діяльності, рольові та ділові ігри на практичних заняттях і під час навчальної практики.

У процесі застосування активних та інтерактивних методів навчання слід розробляти сценарії ігор, розподіляти ролі серед студентів. Викладач не повинен втручатися в хід ігрової ситуації під час її проведення, але у кінці заняття проводився ретельний аналіз спільно зі студентами. Враховується правильність алгоритму надання допомоги, повнота обсягу медичної допомоги, знання всіх груп медичних препаратів, дози і місця введення, правильність заповнення медичної документації.

Крім того, на практичних заняттях треба вирішувати проблемно-ситуаційні завдання зі складанням планів сестринських втручань догляду. Інтерес студентів, високий рівень засвоєння матеріалу, вміння самостійно знаходити вихід в екстремальній ситуації під час проходження виробничої та переддипломної практик, відгуки безпосередніх керівників практик - старших медичних сестер відділень, дозволяють судити про ефективність досліджуваної педагогічної діяльності щодо використання «гри» як методу в практичному навчанні студентів.

3. ***Очікувані результати застосування активних та інтерактивних методів навчання.***

Можна виділити наступні основні шляхи підвищення активності студентів й ефективності всього навчального процесу:

– підсилити навчальну мотивацію студентів за рахунок: внутрішніх і зовнішніх мотивів (мотивів-стимулів);

– створити умови для формування нових і більше високих форм мотивації (наприклад, прагнення до самоактуалізації своєї особистості, або мотив росту, по А. Маслоу;

– прагнення до самовираження й самопізнання в процесі навчання;

– дати студентові нові й більше ефективні засоби для реалізації своїх установок на активне оволодіння новими видами діяльності, знаннями й уміннями;

– забезпечити більшу відповідність організаційних форм і засобів навчання його змісту;

– інтенсифікувати розумову роботу студентів за рахунок більше раціонального використання часу навчального заняття, інтенсифікації спілкування учня із учителем й учнів між собою;

– забезпечити науково обґрунтований відбір підлягаючому засвоєнню матеріалу на основі його логічного аналізу й виділення основного (інваріантного) змісту;

– повніше враховувати індивідуальні особливості студентів.

У конкретних варіантах активних методів навчання акцент робиться на одному або декількох з перерахованих вище прийомів підвищення ефективності навчання, але жоден з відомих методів не може рівною мірою використати всі прийоми.

Вибір методів навчання може визначатися:

– загальними цілями утворення, виховання, розвитку й психологічної підготовки студентів;

– особливостями методики викладання конкретної навчальної дисципліни й специфікою її вимог до відбору дидактичних методів;

– цілями, завданнями й змістом матеріалу конкретного заняття; часом, відведеним на вивчення того або іншого матеріалу;

– рівнем підготовленості студентів;

– рівнем матеріальної оснащеності, наявністю встаткування, наочних приладдя, технічних засобів;

– рівнем підготовленості й особистих якостей самого викладача.

Очікувані результати застосування активних та інтерактивних методів навчання:

1. Матеріал засвоюється на 90%.

2. Час вивчення навчального матеріалу зменшується на 30-90%.

3. Активізується навчальний процес, він робиться творчим, збільшується зацікавленість студентів.

Запитання для перевірки:

1. Дайте характеристику активних та інтерактивних методів начання, яка їх роль у підготовці майбутніх медичних фахівців?

2. Які особливості застосування активних та інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки медичних сестер?

3. Які очікуються результати застосування активних та інтерактивних методів навчання?

Тема 2. Активні та інтерактивні методи навчання (імітаційні та неімітаційні, ігрові та неігрові) (тематична дискусія)

Мета: систематизувати у викладачів коледжузнань про зміст активнихта інтерактивнихметодів навчання (імітаційних та неімітаційних, ігрових та неігрових)та їх мету,сформувати готовність та здатність до застосування вищевказаних методів у процесі підготовки кваліфікованих медичних фахівців, що відповідають запитам сучасності.

Питання для обговорення

1. Основні види активних та інтерактивних методів навчання (імітаційні та неімітаційні, ігрові та неігрові).

2. Характеристика активних та інтерактивних методів навчання.

Хід роботи:

1. ***Основні види активних та інтерактивних методів навчання***

Різновидами активних та інтерактивних методів навчання є імітаційні й неімітаційні, ігрові й неігрові методи.

Активні та інтерактивні методи навчання

Неімітаційні методи	Імітаційні методи	
	Ігрові методи	Неігрові методи
– проблемна лекція; – евристична бесіда; – навчальна дискусія; – дослідницький метод; – самостійна робота з навчальною програмою; – пошукова лабораторна робота; – самостійна робота з літературою; – аналіз ситуації; – конференції	– імітаційний тренінг; –розігрування ролей; –ділові ігри; –рольові ігри; –стажування	–аналіз ситуацій; –рішення типових ситуаційних завдань; –рішення нетипових ситуаційних завдань

Викладач у своїй професійній діяльності використає ту класифікацію й групу методів, які найбільше повно допомагають здійсненню тих дидактичних завдань, які він ставить перед заняттям. І активні та інтерактивні методи навчання є одним з найбільш ефективних засобів залучення студентів в навчально-пізнавальну діяльність. Будь-яке навчання припускає певний ступінь активності з боку суб'єкта, і без її навчання взагалі неможливо. Але ступінь цієї активності дійсно неоднакова (тобто набагато вище при використанні активних та інтерактивних методів).

2. Характеристика активних та інтерактивних методів навчання.

Розглянемо основні активні та антерактивні методи.

Проблемне навчання– така форма, в якій процес пізнання студентів наближається до пошукової, дослідницької діяльності. Успішність проблемного навчання забезпечується спільними зусиллями викладача і студентів. Основне завдання педагога – не стільки передати інформацію, скільки долучити слухачів до об'єктивних суперечностей розвитку наукового знання і способів їх дозволу. У співпраці з викладачем студенти відкривають для себе нові знання, осягають теоретичні особливості окремої науки.

Основний дидактичний прийом „включення" мислення студентів при проблемному навчанні – створення проблемної ситуації, що має форму пізнавальної задачі, що фіксує деяка суперечність в її умовах і завершується питанням (питаннями), який це протиріччя об'єктивує. Невідомим є відповідь на питання, що дозволяє протиріччя.

Пізнавальні завдання мають бути доступні за своєю складністю для студентів, вони повинні враховувати пізнавальні можливості учнів, лежати в руслі досліджуваного предмета і бути значущими для засвоєння нового матеріалу.

За допомогою відповідних методичних прийомів (постановка проблемних та інформаційних питань, висування гіпотез, їх підтвердження або спростування, аналіз ситуації та ін) педагог спонукає студентів до спільних роздумів, пошуку невідомого знання. Найважливіша роль у проблемному навчанні належить спілкуванню діалогічного типу. Чим вище ступінь діалогічності навчання, тим ближче вона до проблемної, і навпаки, монологічне виклад наближає навчання до інформаційної форми.

При проблемному навчанні базовими є наступні елементи:

– система пізнавальних завдань, що відображають основний зміст теми;

– спілкування діалогічного типу, предметом якого є запропонований педагогом матеріал.

Аналіз конкретних ситуацій (case-study) – один із найбільш ефективних і поширених методів організації активної пізнавальної діяльності студентів. Метод аналізу конкретних ситуацій розвиває здатність до аналізу нестандартних фахових завдань. Стикаючись з конкретною ситуацією, студенти має визначити: чи є в ній проблема, в чому вона полягає, визначити своє ставлення до ситуації.

Розігрування ролей– ігровий метод навчання, що характеризується наступними основними ознаками:

– наявність завдання та проблеми і розподіл ролей між учасниками, їх вирішення. Наприклад, за допомогою методу розігрування ролей може бути імітовано виробничу нараду;

– взаємодія учасників ігрового заняття, зазвичай за допомогою проведення дискусії. Кожен з учасників може в процесі обговорення погоджуватися або не погоджуватися з думкою інших учасників;

– введення педагогом у процесі заняття коригувальних умов. Так, викладач може перервати обговорення і повідомити деякі нові відомості, які потрібно врахувати при вирішенні поставленої задачі, направити обговорення в інше русло тощо.;

– оцінка результатів обговорення та підведення підсумків викладачем.

Розігрування ролей вимагає для розробки і впровадження значно менших витрат часу, ніж ділові ігри. При цьому воно є досить ефективним методом вирішення певних організаційних, планових та інших завдань. Орієнтовно метод розігрування ролей вимагає для проведення від 30 до 35 хвилин.

Ігрове проектування – активний метод навчання, який характеризується такими відмітними ознаками:

– наявність дослідної, методичної проблеми або завдання, яку повідомляє студентам викладач;

– поділ учасників на невеликі групи і розробка ними варіантів вирішення поставленої проблеми (завдання);

– проведення заключного засідання групи, на якому із застосуванням методу розігрування ролей групи публічно захищають розроблені варіанти рішень (з їх попередніми рецензуванням).

Метод ігрового проектування значно активізує вивчення навчальних дисциплін, робить його більш результативним, у ході якого відбувається формування практичного досвіду спільної участі в обговоренні та вирішенні теоретичних і практичних проблем.

На *семінарі-дискусії*студенти навчаються точно виражати свої думки в доповідях і виступах, активно відстоювати свою точку зору, аргументовано заперечувати, спростовувати хибну позицію інших. У такій роботі студент отримує можливість побудови власної діяльності, що й обумовлює високий рівень його інтелектуальної та особистісної активності, включеності в процес навчального пізнання.

Необхідною умовою розгортання продуктивної дискусії є особисті знання, які отримуються студентами на попередніх заняттях, в процесі самостійної роботи. Успішність семінару-дискусії багато в чому залежить і від уміння викладача його організувати. Так, семінар-дискусія може містити елементи „мозкового штурму” та ділової гри.

У першому випадку учасники прагнуть висунути якомога більше ідей, не піддаючи їх критиці, а потім виділяються головні, обговорюють і

розвивають, оцінюють можливість їх доведення або спростування. В іншому випадку семінар-дискусія отримує свого роду рольову ситуацію, що відображає реальні позиції людей, які беруть участь у наукових чи інших дискусіях. Можна ввести, наприклад, ролі ведучого, опонента або рецензента, логіка, психолога, експерта і т.д., в залежності від того, який матеріал обговорюється і які дидактичні цілі ставить викладач перед семінарських заняттям.

Під час семінару-дискусії викладач задає питання, робить окремі зауваження, уточнює основні положення доповіді студента, фіксує протиріччя в міркуваннях. На таких заняттях необхідне довірливе спілкування зі студентами, зацікавленість у висловлюваних судженнях, демократичність, принциповість у вимогах. Не можна придушувати своїм авторитетом ініціативу студентів, необхідно створити умови інтелектуальної розкутості, використовувати прийоми подолання бар'єрів спілкування, реалізовувати, в кінцевому рахунку, педагогіку співробітництва.

„Круглий стіл” – це метод активного навчання, одна з організаційних форм пізнавальної діяльності студентів, що дозволяє закріпити отримані раніше знання, заповнити відсутню інформацію, сформувати вміння вирішувати проблеми, зміцнити позиції, навчити культурі ведення дискусії. Характерною рисою „круглого столу” є поєднання тематичної дискусії з груповою консультацією. Поряд з активним обміном знаннями, устудентів виробляються професійні вміння викладати свої думки, аргументувати міркування, обгрунтовувати запропоновані рішення і відстоювати свої переконання. При цьому відбувається закріплення інформації та самостійної роботи з додатковим матеріалом, а також виявлення проблем і питань для обговорення.

Важлива умова при організації „круглого столу”: потрібно, щоб він був справді круглим, тобто процес комунікації, спілкування, відбувався «очі в очі». Принцип „круглого столу” (не випадково він прийнятий на переговорах), тобто розташування учасників обличчям один до одного, а не в потилицю, як на звичайному занятті, в цілому призводить до зростання активності, збільшення числа висловлювань, можливості особистого включення кожного студента в обговорення, підвищує мотивацію, включає невербальні засоби спілкування, такі як міміка, жести, емоційні прояви.

Викладач також розташовується в загальному колі, як рівноправний член групи, що створює менш формальну обстановку в порівнянні із загальноприйнятою, де він сидить окремо від учнів вони звернені до нього обличчям. У класичному варіанті учасники дискусії адресують свої висловлювання переважно йому, а не один одному. А якщо викладач сидить серед студентів, звернення членів групи один до одного стають частішими і менш скутими, це також сприяє формуванню сприятливої обстановки для дискусії і розвитку взаєморозуміння між педагогами та студентами.

Мозковий штурм– широко вживаний спосіб продукування нових ідей для вирішення наукових та практичних проблем. Його мета –

організація колективної розумової діяльності з пошуку нетрадиційних шляхів вирішення проблем.

Використання методу мозкового штурму в навчальному процесі дозволяє вирішити такі завдання:

– творче засвоєння студентами навчального матеріалу;

– зв'язок теоретичних знань з практикою;

– активізація навчально-пізнавальної діяльності учнів;

– формування здатності концентрувати увагу і розумові зусилля на вирішенні актуального завдання;

– формування досвіду колективної розумової діяльності.

Проблема, сформульована на занятті з методики мозкового штурму, повинна мати теоретичну або практичну актуальність і викликати активний інтерес студентів. Загальною вимогою, яку необхідно враховувати при виборі проблеми для мозкового штурму – можливість багатьох неоднозначних варіантів вирішення проблеми, яка висувається перед учасниками як навчальне завдання.

Підготовка до мозкового штурму включає наступні кроки:

– визначення мети заняття, конкретизація навчального завдання;

– планування загального ходу заняття, визначення часу кожного етапу заняття;

– підбір питань для розминки;

– розробка критеріїв для оцінки пропозицій, що надійшли і ідей, що дозволить цілеспрямовано і змістовно провести аналіз і узагальнення підсумків заняття.

Ділова гра – це моделювання реальної діяльності у спеціально створеній проблемній ситуації. Вона є „засобом і методом підготовки та адаптації до фахової діяльності та соціальних контактів”, методом активного навчання, який сприяє досягненню конкретних завдань, структурування системи ділових стосунків учасників. її конструктивними елементами є проектування реальності, конфліктність ситуації, активність учасників, відповідний психологічний клімат, між-особистісне та міжгрупове спілкування, розв'язання сформульованих на початку гри проблем.

Ділова гра є комплексною, багатофункціональною дією, у межах якої сполучено декілька взаємопов'язаних видів діяльності: аналіз і пошук розв'язання проблем, навчання, розвиток, дослідження, консультування, формування колективної діяльності.

Традиційні ділові ігри мають заздалегідь розроблений сценарій, орієнтовані на вирішення типових проблемних ситуацій, мають на меті навчити учасників гри оптимально розв'язувати ці проблеми.

У навчальному процесі ділову гру використовують з метою закріплення знань, які студент здобуває у процесі лекційних і семінарських занять, самостійної роботи.

Застосування ділових ігор під час навчання дає змогу максимально наблизити навчальний процес до практичної діяльності, врахувати реалії

сьогодення, приймати рішення в умовах конфліктних ситуацій, відстоювати свої пропозиції, розвивати в учасників гри колективізм та відчуття команди, отримати результати за досить обмежений час. У спеціально створених умовах студент „пробляє" найрізноманітніші життєві ситуації, які дають йому змогу сформувати світогляд, відстояти свою позицію.

Тема 3.Проблемна лекція (практичне заняття).

*Мета:*навчання викладачів коледжу методу проблемного навчання, як одному із методів розвитку у студентів самостійного творчого мислення. Постановкою проблем, проблемних запитань або проблемних ситуацій викладач створює певні організаційні умови для активізації розумової діяльності студентів, стимулює пошук недостатніх знань для вирішення пізнавальної суперечності

Питання для обговорення:

1. Характеристика методу проблемного навчання.
2. Роль викладача у ефективному проведенні проблемної лекції.

Хід роботи

1. Характеристика методу проблемного навчання.

Проблема навчання – один з методів розвитку у студентів самостійного творчого мислення. Постановкою проблем, проблемних питань або проблемних ситуацій викладач створює певні організаційні умови для активізації розумової діяльності студентів, стимулює пошук недостатніх знань для вирішення пізнавальної суперечності. Цей пошук може проходити як під час аудиторних занять сумісно з викладачем, так і при самостійній роботі вдома.

Один з видів аудиторних занять, які в наш час набувають все більшого значення – це аудиторна лекція. Вона виконує в навчальному процесі ряд важливих функцій: інформативну, орієнтовану та стимулюючу на пізнавальний процес; методологічну, розвиваючу та виховну.

Проблемна лекція – один із заходів раціоналізації та інтенсифікації навчального процесу, вона забезпечує об'єктивний контроль знань студентів, що сприяє підвищенню ефективності і якості навчальної, пізнавальної та виховної роботи, розвитку пізнавальних інтересів студентів і набуттю навичок самостійного поповнення знань.

Саме проблемна лекція припускає розумовий діалог викладача зі студентами: викладач постійно звертається до студентів з питаннями, які збуджують думку, мобілізують до використання наявних знань для подальшого навчання нового матеріалу. Розумова діяльність студентів на інформативних або орієнтуючих лекціях не виходить за межі репродуктивної; це сумлінне осмислення матеріалу, який викладається.

На проблемних лекціях студенти залучаються до продуктивної діяльності, прагнуть поставати питання самому собі, своєму товаришу, викладачу, щоб дійти до істини.

Всіх студентів за характером їх діяльності на лекціях можна поділяють на три групи:

– записують матеріал механічно, не розуміючи змісту, не вникають у суть проблеми; головне для них – записати матеріал, який полегшує здачу заліку або іспиту;

– сумлінно осмислюють, запам’ятовують головне, виділяють його в конспекті, але залишаються на рівні репродуктивної діяльності, питань задають мало; особливої зацікавленості не проявляють;

– прагнуть вийти за рамки репродуктивної діяльності, заперечити викладачу в деяких питаннях, застосувати в ході лекції раніше засвоєний матеріал для пізнання нових відомостей, виявити можливі наслідки.

На проблемних лекціях легко залучити в активну групу студенти, яких можна віднести не тільки до другої чи третьої групи, але і першої. При проблемному будуванні лекції у студентів збільшується інтерес до предмета, а знання засвоюються ними більш тривало.

2. Роль викладача у ефективному проведенні проблемної лекції.

Для ефективного проведення проблемної лекції викладачу необхідно:

– підготувати студентів до сприймання проблеми;

– створити проблемну ситуацію, яка побудована на непогодженості (частіше вгадування) відомих студентам знань та фактів, які повідомляє в даний момент викладач;

– сформувати проблему;

– висунути гіпотезу для вирішення суперечності;

– обміркувати гіпотези, відкинути та затвердити інші;

– сформувати висновки.

Таким чином, викладач повинен відігравати головну роль у ходіорганізації проблемного навчання. Без сумніву ефективність проблемної лекції залежить ще й від того, скільки часу та творчої енергії викладач витрачає на її підготування.

Затрати великі і, щоб ця праця не пропала даремно, починати її треба з вирішення питання про те, чи дозволяє наданий навчальний матеріал створювати проблемну ситуацію та чи є необхідність в її створенні, бо не кожен навчальний матеріал може бути краще засвоєний за допомогою проблемного навчання.

Для створення методичної розробки проблемної лекції необхідно підготувати ряд послідовних питань, починаючи з точного формулювання проблеми для підбору засобів перевірки правильності її вирішення. Викладачу необхідно добре усвідомлювати, який із можливих варіантів вирішення оптимальний, і головне – який навчальний матеріал повинен бути засвоєним під вирішення проблемної ситуації.

Для кращого вирішення цієї проблеми викладач стимулює активну пошукову діяльність студентів та керує нею, не пригноблюючи їх активність. У той же час і діяльність викладача повинна носити також проблемно-пошуковий характер.

Під час проблемної лекції викладач повинен керувати процесом вирішення проблемної ситуації, допомагати студентам в аналізі умов і виборі

плану вирішення, надавати консультації, допомагати у знаходженні засобів самоконтролю, розглядати помилки з тими, хто їх допустив, організовувати колективне обговорення проблеми.

На початку заняття студентам надається ряд питань, який вже відомі їм з інших дисциплін. При цьому ці питання ставляться в такому порядку, щоб поступово підводити до нової теми. Ці питання мають характер фронтального опитування і заохочують, збуджують думку, що стимулює розумову діяльність кожного студента.

Можливе використання питань, які мають декілька відповідей; студенти обговорюють та активно втручаються в навчальний процес. Це виключає інертність та слабу розумову діяльність студентів.

Використовуючи метод проблемної лекції, викладач поступово формує у студентів вміння та бажання самостійно виділяти проблему, а потім знаходити оптимальний підхід до її вирішення.

Запитання для перевірки:

1. Що таке проблемне навчання, його характеристика?
2. Які особливості проблемної лекції?
3. На які групи можна поділити студентів на лекціях?
4. Що слід зробити для ефективного проведення проблемної лекції?
5. Як слід підготуватись для розробки проблемної лекції?

Тема 4.Бесіда. Еврістична бесіда (практичне заняття).

Мета: ознайомлення викладачів коледжу з методом бесіди, еврістичної та проблемно-пошукової бесіди, як методу організації пізнавальної діяльності студентів.

Питання для обговорення:

1. Характеристика методу бесіди, її різновиди.
2. Особливості методу еврістисної бесіди, структура.

Хід роботи

1. Характеристика методу бесіди, її різновиди.

Бесіда – метод словесного обговорення матеріалу, що вивчається, – найпоширеніша в навчанні. її завдання полягає в тому, щоб, по-перше, за допомогою цілеспрямованих і вміло поставлених запитань актуалізувати відомі учням знання, по-друге, досягти засвоєння ними нових знань шляхом самостійних обмірковувань, узагальнень та інших розумових операцій.

Основні різновиди навчальної бесіди:

– вступна (як правило, проводиться перед початком навчальної роботи з метою з'ясувати розуміння учнями запланованих навчальних заходів і перевірити їхню готовність до певних навчально-пізнавальних дій);

– бесіда-повідомлення (базується на спостереженнях, певних документах тощо);

– бесіда-повторення (проводиться для закріплення навчального матеріалу);

– контрольна (використовується для перевірки засвоєних знань);

– репродуктивна (використовується для відтворення матеріалу, який було засвоєно раніше);

– катехізисна (спрямована на відтворення відповідей, які вимагають тренування пам'яті);

– евристична (педагог за допомогою вміло поставлених запитань скеровує учнів на формування нових знань, висновків, правил, законів, логічних обгрунтувань на основі наявних знань і досвіду).

Метод бесіди використовується, коли проблеми, які слід обговорити, є надмірно складними й учні не в змозі їх зрозуміти самостійно та під час проведення занять іншими методами. Бесіду можна застосовувати як окремий прийом навчання під час лекції для більш дохідливого пояснення або після лекції для поглиблення знань, які вимагають додаткової самостійної роботи, а також з метою обговорення і контролю рівня опанування матеріалу.

Незалежно від мети *методика бесіди* складається з таких частин:

1. вступна (нагадування й виклад основної інформації, яка стосується методики та змісту проведення бесіди);

2. основна (ознайомлення з новими проблемами, їх зв'язок з попередніми знаннями, відповідне їх обговорення й аналіз, спільне обгрунтування);

3. заключна (підсумок результатів обговорення, аналіз і оцінка відповідей учнів, завдання для самостійної роботи й рекомендації щодо застосування отриманих знань у практичній діяльності).

2. Особливості методу евристисної бесіди, структура.

Евристична бесіда– діалогічний метод творчої взаємодії викладача та студентів, що базується на розв'язанні проблемної задачі за допомогою основних і навідних запитань пошукового характеру для активізації самостійного пошуку істини.

Головні особливості методу евристичної бесіди:

– знання не пропонуються у готовому вигляді, а їх треба здобувати самостійно;

– викладач організовує не повідомлення чи виклад знань, а їх пошук за допомогою різних засобів;

– студенти самостійно доходять висновків під керівництвом викладача.

Схема динаміки інформації у процесі евристичної бесіди має такий вигляд: *викладач>студенти> викладач>студенти.*

Зі схеми бачимо, що постановка запитань не є прерогативою тільки викладача, студенти також можуть задавати запитання, потрібні їм для осмислення матеріалу.

У процесі застосування евристичної бесіди викладач уміло поставленими запитаннями спрямовує думку студентів на розуміння ними суті виучуваного матеріалу. Розумову роботу, яку при цьому виконують студенти, можна розглядати в такій послідовності:

– перед студентами ставиться проблема, питання, предмет для спостереження, порівняння, що примушує їх мислити, дає поштовх думці;

– аналізуються різні відповіді, висловлені при розгляді питання, – відкидаються неправильні, доповнюються або уточнюються неповні й неточні, виводиться правильна відповідь;

– установлюються логічні зв'язки між окремими положеннями, виводяться висновки і узагальнення, установлюється система нових знань.

Отже, від постановки питання, досліду, спостереження викладач в евристичній бесіді веде студентів до порівняння і зіставлення, аналізу і синтезу, знаходження правильної відповіді і, нарешті, до встановлення логічних зв'язків, виведення висновків і узагальнень.

Існує кілька різновидів методу бесіди, тому потрібно чітко виокремити місце евристичної бесіди серед них. Типовими для початкового навчання є такі види бесід: евристична, репродуктивна, узагальнююча, контрольнокорекційна, аналітико-синтетична.

Орієнтовна структура евристичної бесіди, основні етапи її використання:

1. Актуалізація опорних знань.
2. Створення проблемно-пошукових ситуацій.
3. Спонукання учнів висловити припущення про вирішення проблеми.
4. Вимога довести свою точку зору.
5. Спрямування розумової діяльності студентів, коректування відповідей.
6. Узагальнення і систематизація знань.

Запитання для перевірки:

1. Шо таке бесіда, її різновиди?
2. З яких частин складається методика бесіди?
3. Що таке еврістична бесіда, її особливості?

Тема 5. Дослідницький метод (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: ознайомлення викладачів коледжу з дослідницьким методом та його видами, розгляд ролі і основних завдань дослідницького методу навчання як засобу активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів, доведення, що дослідницький та творчий методи, як особливі методи навчання, доцільно використовувати у процесі фахової підготовки медичних сестер.

Питання для обговорення:

1. Характеристика дослідницького методу, його види.
2. Сутність дослідницького методу.

Хід роботи

1. Характеристика дослідницького методу, його види.

Дослідницький метод характеризується найвищим рівнем пізнавальної самостійності студентів.У практиці навчання він здійснюється, коли студенти самостійноздійснюють навчальний дослідження, потім на заняттях доповідають про йогорезультатах і обгрунтовують або підтверджують цим матеріалом теоретичні положення курсу. Результати навчальних досліджень викладач може використовувати як ілюстративний матеріал при поясненні підчас вивчення теми.

В основі використання дослідницького методу на навчальних заняттях часто лежать результати роботи предметних гуртків, науково-дослідних товариств студентів. Це можуть бути і спеціальні завдання-дослідження, які виконують кілька студентів групи або весьсклад.

Можна виділити такі види дослідного методу:

1. Проблемно-пошукові вправи.

Вони передбачають вирішення як теоретичних, так і практичних завдань, запропонованих викладачем. Прийоми реалізації даного методу включають такі самостійні дії студентів: складання нестандартних задач, формулювання проблеми, аналіз даних з метою виявлення надлишкових та ін.

2. *Експеримент.*

Використовується в дослідницьких лабораторних роботах, у ході виконання яких виявляються нові закони, умови, теорії.Найдоцільніше експеримент проводити до вивчення теорії, що дозволяє поставити студента в ситуацію першовідкривача.

Дослідницький метод відповідає третьому рівню проблемності поступеню включення студентів у самостійну пізнавальну діяльність.

2. Сутність дослідницького методу.

Сутність *дослідницького методу навчання* передбачає наступне:

– викладач разом зі студентами формулює проблему, на розв'язання якої визначається певний відрізок навчального часу;

– знання студентам не повідомляються. Студенти самостійно здобувають їх у процесі вирішення (дослідження) проблем, порівнюючи різноманітні варіанти отриманих відповідей. Засоби для досягнення результату також визначають самі студенти;

– діяльність викладача потребує оперативного управління процесом розв'язання проблемних завдань;

– навчальний процес характеризується високою інтенсивністю, навчання супроводжується підвищеним інтересом, отримані знання відзначаються глибиною, міцністю, дієвістю.

Дослідницький метод навчання передбачає творче засвоєння знань і виконує досить важливі функції. Він покликаний забезпечити теоретичне використання знань, оволодіння методами наукового пізнання в процесі пошуку цих методів і використання їх, сприяє формуванню рис творчої діяльності, є умовою формування інтересу, потреби в такій діяльності. В результаті, дослідницький метод сприяє формуванню повноцінних, добре усвідомлених, оперативно й гнучко використовуваних знань і формуванню досвіду творчої діяльності.

Враховуючи ці функції, сутність дослідницького методу можна визначити як спосіб організації пошукової, творчої діяльності учнів, спрямованої на розв'язання нових для них проблем. Студенти розв'язують проблеми, які вже розв'язані суспільством, наукою і є новими лише для них. У цьому полягає велике навчальне значення вирішення таких проблем. Викладач подає ту чи іншу проблему для самостійного дослідження, знає її результати,

етапи вирішення і ті риси творчої діяльності, які необхідно проявити в процесі її розв'язання. Побудова системи таких проблем дозволяє передбачувати діяльність студентів, поступово формуючи необхідні риси творчої діяльності.

Недоліком дослідницького методу є значна витрата часу й енергії педагогів і студентів. Використання дослідницького методу вимагає високого рівня педагогічної кваліфікації викладача і відповідної підготовки студентів.

Запитання для перевірки:

1. Чим характеризується дослідницький метод?
2. Які виділяють види дослідного методу?
3. Що передбачає сутність дослідницького методу?

Самостійна робота

1. Провести аналіз матеріалу, постановку проблеми,підготувати завдання і короткий усний або письмовий інструктаж студентів з обраної теми.

2. Скласти завдання, які виконуються з використанням дослідницького методу, що міститимутьу собі всі елементи самостійного дослідницького процесу (постановку завдання, обґрунтування, припущення, пошук відповідних джерел необхідної інформації, процес рішення завдання).

Тема 6. „Мозковий штурм" (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: вивчення та упровадження інтерактивного методу навчання „мозковий штурм" у процес викладання фахових дисциплін, застосування методу „мозкового штурму" для підвищення навчально-пізнавальної діяльностістудентів-медиків.

Питання для обговорення:

1. Характеристика методу „мозкового штурму", його навчальні цілі.
2. Переваги і недоліки методу „мозкового штурму".
3. Різновиди „мозкового штурму".

Хід роботи

1. Характеристика методу «мозкового штурму», його навчальні цілі.

„Мозковий штурм" – це оперативний метод вирішення проблеми на основі стимулювання творчоїактивності, при якому учасникам обговорення пропонують висловити якомога більше варіантів вирішення, в тому числі найнезвичайніших, а потім іззагального числа ідей відбирають найвдаліші, які можуть бути використані на практиці. Метод широко використовується для пошуку нетрадиційноговирішення завдань і є методом експертного оцінювання.

Основними *навчальними цілями методу мозкової атаки* є:

– набуття навичок використання теоретичного матерілу для аналізу практичних проблем;

– вироблення вмінь формулювання питання і запиту;

– вироблення вмінь розроблятибагатоваріантні підходи до реалізації плану дій;

– формування самостійноприймати рішення в умовах невизначеності;

– формування навичок та прийомів всебічного аналізу ситуацій, прогнозування способів їх розвитку.

2. Переваги і недоліки методу «мозкового штурму”

Переваги мозкового штурму

1. Заохочення до креативного мислення. „Мозковий штурм” є одним із небагатьох способів генерації ідей з використанням структурованої процедури.

2. Вихід за межі стандартного мислення. У процесі колективної роботи зменшується шанс обминути продуктивну ідею.

3. Простота. „Мозковий штурм” – це метод, який легко зрозуміти та застосовувати. Він не вимагає високотехнологічного обладнання чи довготривалої підготовки. Одночасно його результати можна швидко оцінити.

Недоліки мозкового штурму

1. Висока ступінь залучення учасників. Брейнстормінг спрацює лише тоді, коли учасники спроможні висловити пропозиції, які стануть доробком усієї групи.

2. Неповнота процесу.Реальні переваги ідей та пропозицій, які учасники висловлюють в ході мозкового штурму можуть бути оцінені лише за межами навчальної аудиторії.

3. Види мозкового штурму

У мозкового штурму є досить багато різновидів, більшість з яких можна застосовувати на ділових зустрічах для вирішення професійних завдань. До них відносяться: задній, тіньовий і комбінований мозкові штурми, брейнрайтинг, індивідуальний мозковий штурм, мозковий штурм на дошці, мозковий штурм в стилі „Соло”, візуальний мозковий штурм, мозковий штурм „По японські” Розглянемо деякі різновиди.

Брейнрайтинг. Учасники групи пишуть свої ідеї на аркушах паперу і потім обмінюються ними один з одним. Ідея сусіда стає стимулом для нової ідеї. Принципи мозкового штурму залишаються тими ж.

Мозковий штурм на дошці. Вивішується спеціальна дошка, на яку студенти розміщують записи тих ідей, які прийдуть їм у голову протягом заняття. В центрі дошки повинне бути написане великими яскравими (різнокольоровими) літерами завдання, яке потребує вирішення. Будь-хто, у кого виникне цікава думка, може прикріпити до дошки листок з ідеєю. Переваги: проблема завжди перед очима, і думки про неї будуть постійно крутитися в умах всіх зацікавлених в її вирішенні осіб. Народжується безліч асоціацій. Знайомлячись з ідеями, прикріпленими до дошки на аркушах, студент, швидше за все, знайде щось своє.

Соло. Для проведення мозкового штурму самостійно краще завести для своїх ідей спеціальну картотеку. Важливо „записувати” абсолютно всі ідеї – вдалі і не дуже, що здаються абсурдними і порожніми. Якщо ідея з'явилася – запишіть її.

Візуальний мозковий штурм. Фіксація ідей з допомогою малюнків. Як правило, ідеї з'являються швидко, одна за одною, і замальовка допоможе вам не тільки зафіксувати вдалу ідею, але і не втратити темп в процесі роздумів.

Переваги: швидкість і гнучкість мислення. Відсутність передчасної критики.

Запитання для перевірки:

1. Які основні навчальні цілі методу „мозкового штурму”?
2. Які переваги і недоліки методу?
3. Дайте характеристику основних видів „мозкового штурму”.

Самостійна робота

1. Підготуйте матеріали для проведення заняття з дисципліни, яку Ви викладаєте із застосуванням методу „мозкового штурму”.

Тема 7.Тренінг на фантомах із застосуванням алгоритмів (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: навчання викладачів коледжу удосконаленню практичної підготовки студентів шляхом упровадження методу тренінгу на фантомах із застосуванням алгоритмів.

Питання для обговорення:

1. Характеристика тренінгу на фантомах із застосуванням алгоритмів.
2. Організація відпрацювання алгоритмів практичних навичок на фантомах

Хід роботи

1. Характеристика тренінгу на фантомах із застосуванням алгоритмів

Студентам першого року навчання хочеться скоріше побачити професійну діяльність в реальній обстановці. У них виникає природне бажання робити щось своїми руками, здійснювати допомогу пацієнтові. Найскладнішим в цей період є не тільки виконання маніпуляцій на фантомі, а й подолання страху, скутості, невпевненості. У зв'язку з цим використовується груповий тренінг:

„Груповий тренінг” служить для навчання маніпуляційної техніки на фантомах з застосуванням алгоритмів маніпуляції. Суть методики полягає в тому, що студенти в процесі навчання імітують професійну діяльність медичної сестри, виконуючи необхідні маніпуляції на фантомах (муляжах). Заняття за цією методикою проводяться в доклінічному кабінеті. Для кожного студента оснащується своє робоче місце відповідно до теми практичного заняття. Викладач демонструє маніпуляцію на фантомі, потім група студентів повторює цю маніпуляцію за алгоритмом. Якщо один студент виконав маніпуляцію неточно, то студенти-експерти виправляють помилки. Після цього викладач виділяє час для закріплення маніпуляції у вигляді групового тренінгу. Студенти, швидко вивчили маніпуляцію, стають експертами для інших. Таким чином, викладач навчає маніпуляціям всіх студентів.

2. Організація відпрацювання алгоритмів практичних навичок на фантомах

Студенти імітують професійну діяльність, виконуючи маніпуляції на фантомах.

Кабінет оформляється у вигляді функціональних підрозділів стаціонару або поліклініки з усім їх оснащенням. Викладач одночасно з показом маніпуляції вимагає точного повторення дій від усіх студентів без винятку, затримуючись на кожному „кроці” алгоритму і контролюючи правильність

виконання кроку кожним студентом. Якщо хоча б один студент виконав цей пункт невірно або неточно, всі студенти разом з викладачем повертаються назад і повторюють цей прийом ще раз. Після цього викладач повинен дати час для тренінгу, для формування початкових навичок. Студенти багато разів виконують досліджувану маніпуляцію, керуючись алгоритмом і перебуваючи під постійним контролем викладача. Переконавшись, що деякі студенти виконують маніпуляцію правильно, викладач призначає їх на час експертами, що допомагають йому перевіряти і навчати відстаючих студентів.

Для роботи за даною методикою необхідно створення алгоритмів маніпуляцій. Застосування алгоритмів дає можливість уніфікувати освіту, впорядкувати вимоги педагога до студента. Навчання з використанням алгоритмів маніпуляцій дисциплінує одночасно і студентів, і викладача, дозволяє створити у студента стійкий стереотип майбутньої професійної діяльності.

Запитання для перевірки:

1. Що таке „груповий тренінг”?
2. Як організувати відпрацювання алгоритмів практичних навичок на фантомах?

Самостійна робота

1. Підготуйте алгоритми виконання практичних навичок з дисципліни, яку Ви викладаєте.

2. Організуйте роботу студентів по виконанню практичних навичок на фантомах у тренажерному кабінеті із застосуванням алгоритмів.

Тема 8.Аналіз конкретних ситуацій (кейс-метод) (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: вивчення та упровадження кейс-методу у процес викладання фахових дисциплін, застосування методу аналізу конкретних ситуацій для підвищення навчально-пізнавальної діяльності студентів-медиків.

Питання для обговорення:

1. Характеристика аналізу конкретних ситуацій (кейс-методу).
2. Ідеї методу конкретних ситуацій.
3. Вимоги до кейс-методу.

Хід роботи

1. ***Характеристика аналізу конкретних ситуацій(кейс-методу)***

Метод case-study або метод конкретних ситуацій (від англійського case– випадок, ситуація) – метод активного проблемно-ситуативного аналізу, заснований на навчанні шляхом вирішення конкретних завдань – ситуацій (вирішення кейсів). Він належить до неігрових імітаційних активних методів навчання.

Безпосередня мета методу case-study– спільними зусиллями групи студентів проаналізувати ситуацію – case, що виникає при конкретному станові справ, і виробити практичне рішення; закінчення процесу – оцінка запропонованих алгоритмів і вибір найкращого з них у контексті поставленої проблеми

Case-studies – навчальні конкретні ситуації спеціально розробляються на основі фактичного матеріалу з метою подальшого розбору на навчальних заняттях. В ході розбору ситуацій студенти навчаються вчаться діяти в «команді», проводити аналіз і приймати управлінські рішення.

2. Ідеї методу конкретних ситуацій

1. Метод призначений для отримання знань з дисциплін, істина в яких плюралістична, тобто немає однозначної відповіді на поставлене питання, а є кілька відповідей, які можуть змагатися за ступенем істинності; завдання викладання при цьому відразу відхиляється від класичної схеми та орієнтована на отримання не єдиною, а багатьох істин і орієнтацію в їх проблемному полі.

2. Акцент навчання переноситься не на оволодіння готовим знанням, а на його вироблення, на співтворчість студента і викладача; звідси принципова відмінність методу case-study від традиційних методик – демократія в процесі отримання знання, коли студент по суті справи рівноправний з іншими студентами і викладачем в процесі обговорення проблеми.

3. Результатом застосування методу є не тільки знання, але й навички професійної діяльності.

4. Технологія методу полягає в наступному: за певними правилами розробляється модель конкретної ситуації, що сталася в реальному житті, і відображається той комплекс знань і практичних навичок, які студентам потрібно отримати; при цьому викладач виступає в ролі ведучого, генеруючого питання, фіксуючого відповіді, підтримуючого дискусію, тобто в ролі диспетчера процесу співтворчості.

5. Безсумнівною перевагою методу ситуаційного аналізу є не тільки отримання знань і формування практичних навичок, але й розвиток системи цінностей студентів, професійних позицій, життєвих установок, своєрідного професійного світовідчуття.

6. У методі case-study долається класичний дефект традиційного навчання, пов’язаний з „сухістю”, неемоційністю викладу матеріалу – емоцій, творчої конкуренції і навіть боротьби в цьому методі так багато, що добре організоване обговорення кейса нагадує театральну виставу.

Метод case-study – інструмент, що дозволяє застосувати теоретичні знання до вирішення практичних завдань. Метод сприяє розвитку у студентів самостійного мислення, уміння вислуховувати і враховувати альтернативну точку зору, аргументовано висловити свою. За допомогою цього методу студенти мають можливість проявити і удосконалити аналітичні та оціночні навички, навчитися працювати в команді, знаходити найбільш раціональне рішення поставленої проблеми. Бувши інтерактивним методом навчання, метод case-study завойовує позитивне ставлення з боку студентів, забезпечуючи освоєння теоретичних положень та оволодіння практичним використанням матеріалу; він впливає на професіоналізацію студентів, сприяє їх дорослішання, формує інтерес та позитивну мотивацію по відношенню до навчання.

Одночасно метод case-study виступає і як спосіб мислення викладача, його особлива парадигма, що дозволяє по-іншому думати і діяти, оновлювати свій творчий потенціал. CASE-приклад, узятий з реального бізнесу, являє

собою не просто правдивий опис подій, а єдиний інформаційний комплекс, що дозволяє зрозуміти ситуацію.

3. ***Вимоги до кейс-методу***

Кейс повинен задовольняти наступним вимогам:

- відповідати чітко поставленої мети створення;
- мати відповідний рівень складності;
- ілюструвати декілька аспектів проблеми;
- не застарівати дуже швидко;
- бути актуальним на сьогоднішній день;
- ілюструвати типові ситуації ;
- розвивати аналітичне мислення;
- провокувати дискусію;
- мати кілька рішень.

Запитання для перевірки:

1. Що таке кейс-метод і до яких методів активного навчання він відноситься?
2. Назвіть ідеї методу конкретних ситуацій.
3. Які вимоги до кейс-методу?

Самостійна робота

1. Створити розробку кейсу по одній із тем з дисципліни, яку викладаєте.

Тема 9.Рішення ситуаційних завдань (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: ознайомити викладачів з видами ситуаційних задач, навчити їх створювати типові та нетипові ситуаційні завдання та застосовувати їх у процесі фахової підготовки медичних сестер.

Питання для обговорення:

1. Розгляд методу рішення ситуаційних завдань, методична підготовка.
2. Особливості складанні ситуаційних завдань.

Хід роботи

1. Розгляд методурішення ситуаційних задач

Рішення ситуаційних задач– один із ефективних методів навчання. Його дидактична цінність полягає в тому, що він навчає правильно і логічно мислити, розвиває вміння спостерігати й аналізувати проблеми, які випливають із певної професійної діяльності.

Цей метод рекомендується застосовувати тоді, коли є необхідність розвитку у студентів самостійного і творчого мислення, формування у них переконання, що немає готових проторованих шляхів ухвалення стандартних рішень. І, навпаки, кожне рішення потребує всебічного аналізу ситуації та врахування різноманітних чинників, які на неї впливають.

Безумовно, не кожну ситуацію можна розглядати як ситуаційну задачу. Така ситуація має, окрім матеріалу для аналізу, обов'язково містити і проблему, що потребує вирішення. Тільки у такому разі її використовують як навчальний

матеріал для вдосконалення професійних знань, навичок та вмінь студентів у прийнятті рішень.

Для методично правильного проведення заняття *педагог повинен:*

– вибрати тему, яку можна опрацювати методом розв'язання ситуаційних задач;

– чітко з'ясувати цілі заняття;

– визначити рівень підготовленості студентів до цього заняття та їхні здібності;

– визначити проблеми, які можуть бути предметом аналізу;

– остаточно вибрати проблему, яка становить основу ситуаційної задачі, та докладно її описати, згідно з дидактичною метою і методичним замислом заняття;

– остаточно окреслити форму проведення заняття;

– визначити місце і способи збирання матеріалу для ситуаційного опису;

– опрацювати план збирання інформації;

– класифікувати і провести селекцію зібраної інформації;

– опрацювати першу версію ситуаційного опису;

– передбачити шляхи обговорення ситуації в навчальній групі та окремих підгрупах і скласти «калькуляцію часу» на ці дії;

– остаточно визначити питання для проблемного обговорення і скласти докладний план проведення заняття;

– опрацювати конспект до заняття, де чітко визначити ситуаційне завдання, проблему або проблеми для дискусійного обговорення, шляхи подальшої самостійної роботи над ситуаційним завданням, «калькуляцію часу» з докладною методикою їх вирішення тощо.

Реалізація викладених вище дидактичних і методичних вимог до заняття за допомогою методу розв'язання ситуаційних задач можлива лише за умов, коли опис відповідає змістові та методиці цієї теми, сформульований ясно і чітко, а різні факти, явища, приклади, наведені відповідно до змісту теми, відтворюють правдивий перебіг процесів та явищ, які мають місце в цій діяльності. Таким чином, опис ситуації не повинен включати жодних коментарів педагога, його емоційного ставлення до неї, а має охоплювати тільки ту інформацію, яка вкрай необхідна для прийняття рішення. Це означає, що він висвітлює лише побічні та проміжні вказівки, які підштовхують студентів до пошуку правильного рішення.

2. Особливості складання ситуаційних завдань

Рішення ситуаційних завдань дозволяє доповнити навчання медичного працівника умінням творчо підходити до своєї професійноїдіяльності, привчає майбутню медсеструдоприйняття самостійних рішень, вміння чітко орієнтуватися в складних ситуаціях, надавати невідкладну долікарську допомогу або здійснювати комплексний догляд.

При складанні ситуаційних завдань необхідно уникати багатослів'я,завантаженості, можливості подвійного тлумачення викладених фактів.

Листи з чітко надрукованою умовою завдання і питаннями, на якістуденти повинні відповісти, дидактичний матеріал потрібно роздати всім студент, після чого одному з них пропонує зачитати текст вголос. Потім даються 3 – 5 хв для обмірковування і самостійного рішення. Після закінченнявідпущеного часу один зі студентів вирішує завдання вголос. Викладачповинен дати групі можливість обговорити правильність відповіді і тільки після цього він може зробити свійзаключний висновок, внести поправки, якщо це необхідно.

Іноді при вирішенні ситуаційних завдань можливе застосування методики „мозкового штурму", особливо якщо ніхто в групі не може вирішити задачу самостійно.

Складаючи завдання, викладач обов'язково повинен докласти до неїрішення (еталон відповіді), яким керуватиметься при перевірці правильності відповідей.

Не слід пропонувати студентам кілька різних завданьодночасно. Це призведе до того, що кожен буде намагатися вирішити своюадачу, чекаючи виклику викладача і не слухаючи відповіді товариша.

Завдання має точно відповідати одержуваної спеціальності і кваліфікації студентів.

Завдання можуть бути простими (по одній дисципліні), складні, комплексні, що охоплюють кілька дисциплін.

Запитання для перевірки:

1. Охарактеризуйте метод рішення ситуаційних завдань.
2. Коли слід застосовувати цей метод?
3. Які особливості складання ситуаційних завдань?

Самостійна робота

1. Скласти приклади типових та нетипових ситуаційних завдань з дисципліни, яку викладаєте.

Тема 10.Метод розігрування ролей (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: ознайомити викладачів з методом розігрування ролей, навчити їх готуватися до застосування на заняттях даного методу.

Питання для обговорення:

1. Характеристика методу розігрування ролей.
2. Особливості застосування методу при підготовці медичних сестер.

Хід роботи

1. Характеристика методу розігрування ролей.

Розігрування ролей – ігровий метод активного навчання, що характеризується наступними основними ознаками:

– наявність завдання та проблеми і розподіл ролей між учасниками їх вирішення;

– взаємодія учасників ігрового заняття, зазвичай за допомогою проведення дискусії. Кожен з учасників може в процесі обговорення погоджуватися або не погоджуватися з думкою інших учасників;

– введення педагогом у процесі заняття коригувальних умов. Так, вчитель може перервати обговорення і повідомити деякі нові відомості, які потрібно врахувати при вирішенні поставленої задачі, направити обговорення в інше русло, і т.д.;

– оцінка результатів обговорення та підведення підсумків викладачем.

Метод розігрування ролей найбільш ефективний при вирішенні таких окремих завдань, оптимальне вирішення яких не може бути досягнуто формалізованими методами. Вирішення такого завдання є результатом компромісу між кількома учасниками, інтереси яких не ідентичні. Розігрування ролей вимагає для розробки і впровадження значно менших витрат часу і коштів, ніж ділові ігри. При цьому воно є досить ефективним методом вирішення певних організаційних, планових та інших завдань.

Орієнтовно метод розігрування ролей вимагає для проведення від 30 до 35 хвилин.

2. Особливості застосування методу розігрування ролей при підготовці медичних сестер.

Після того як студенти придбають певні навички у вирішенні ситуаційних завдань, можна запропонувати їм розіграти всі наявні в задачах ситуації в ролях. Студентам пропонують виконати ролі пацієнтів, медсестер, санітарок, родичів пацієнтів, студентів-практикантів.

Проводиться попередній інструктаж. Викладач оголошує мету, завдання гри, формулює умови, в яких вона проводиться, вказує роль і відповідальність кожного учасника.

Можна видати на руки картки із зразковим викладенням дій, які повинні бути розіграні, дати деякий час на підготовку, а потім вже при розігруванні ситуації залишатися тільки в ролі глядача, ні в якому випадку не втручаючись протягом гри і даючи можливість студентам самим знаходити вихід. Після закінчення гри слід детально розібрати дії всіх учасників, визначити помилки, шляхи їх виправлення, використовувати для цього допомогу студентів-експертів і зробити остаточний висновок.

Студенти із задоволенням сприймають пропозицію зіграти ту чи іншу ситуації, роблять це емоційно, з великою часткою імпровізації, а найкраще запам'ятовується те, що яскраво, емоційно забарвлене.

Помилкою при розігруванні рольових ситуацій є призначення студентів на ролі лікарів. Якщо є необхідність ввести в рольову ситуацію лікаря, то йогороль повинен виконувати сам викладач. Перевагою методики є те, що студенти вчаться спілкуванню один з одним, з пацієнтами, їх родичами. У них розвивається мова, формується манера спілкування, зникає скутість. Крім того, студенти мають можливість спілкуватися не тільки вербально, але і використовуючи міміку, жести, дотики. На відміну від ділової гри, завдання

при розігруванні ролей менш об'ємні, на них витрачаєтьсяменше часу, менш складні взаємини між студентами.

Запитання для перевірки:

1. Якими ознаками характеризується метод розігрування ролей?
2. Як викладач повинен підготуватися до застосування на заняття методу розігрування ролей?

Самостійна робота

1. Скласти приклади фахових рольових ситуацій, які можуть зустрічатися під час професійної діяльності медичної сестри.

Тема 11.Рольові та ділові ігри (практичне заняття, самостійна робота).

Мета: навчити викладачів розробляти ділові та рольові ігри, застосовувати їх під час проведення практичних занять.

Питання для обговорення:

1. Характеристика рольвих та ділових ігор.
2. Правила підготовки до проведення рольових та ділових ігор.

Хід роботи

1. Характеристика рольвих та ділових ігор

Одним з найбільш ефективних активних методів навчання є ділові та рольові ігри.

Дослідники встановили, що при подачі матеріалу в такій формі засвоюється близько 90% інформації. Активність студентів проявляється яскраво, носить тривалий характер й „змушує" їх бути активними.

Розрізняють три сфери застосування ігрового методу:

1. Навчальна сфера: навчальний метод застосовується в навчальній програмі для навчання, підвищення кваліфікації.
2. Дослідницька сфера: використається для моделювання майбутньої професійної діяльності з метою вивчення прийняття рішень, оцінки ефективності організаційних структур і т.д.
3. Оперативно-практична сфера: ігровий метод використається для аналізу елементів конкретних систем, для розробки різних елементів системи утворення.

Педагогічна суть ділової або рольової гри – активізувати мислення студентів, підвищити самостійність майбутнього фахівця, внести дух творчості в навчанні, наблизити його, підготувати до професійної практичної діяльності. Головним питанням у проблемному навчанні виступає „чому", а в діловій грі - „що було б, якби... ".

Даний метод розкриває особистісний потенціал студента: кожен учасник може продіагностувати свої можливості поодинці, а також й у спільній діяльності з іншими учасниками.

У процесі підготовки й проведення ділової гри, кожен учасник повинен мати можливість для самоствердження й саморозвитку. Викладач повинен допомогти студентові стати в грі тим, ким він хоче бути, показати йому самому його кращі якості, які могли б розкритися в ході спілкування.

2. Правила підготовки до проведення рольових та ділових ігор

У підготовці ділової гри можна виділити наступні операції:

1. Вибір теми й діагностика вихідної ситуації. Темою гри може бути практично будь-який розділ навчального курсу. Бажаним є те, щоб навчальний матеріал мав практичний вихід на професійну діяльність.

2. Формування цілей і завдань із обліком не тільки теми, але й з вихідної ситуації. Потрібно побудувати гру в одній ситуації.

3. Визначення структури з урахуванням мети, завдань, теми, состава учасників.

4. Діагностика ігрових якостей учасників ділової або рольової гри.

5. Проведення занять в ігровій формі буде ефективніше, якщо дії викладача звернені не до абстрактного студента, а до конкретного студента або групи.

6. Діагностика об'єктивної обставини. Розглядається питання про те, де, як, коли, при яких умовах, і з якими предметами буде проходити гра.

Для підготовки ділової гри можуть використатися всі дидактичні методи: пояснювально-ілюстративний, репродуктивний, проблемне виклад, частково-пошуковий, дослідницький.

Так само слід дотриматися *методичних вимог*:

– гра повинна бути логічним продовженням і завершенням конкретної теоретичної теми (роздягнула) навчальної дисципліни, практичним доповненням вивчення дисципліни в цілому;

– максимальна наближеність до реальних професійних умов;

– створення атмосфери пошуку й невимушеності;

– ретельна підготовка учбово-методичної документації;

– чітко сформульовані завдання; умови й правила гри;

– виявлення можливих варіантів рішення зазначеної проблеми;

– наявність необхідного оснащення.

Запитання для перевірки:

1. Охарактеризуйте методи ділової та рольової гри.
2. Яка роль викладача у підготовці та проведенні ділових і рольових ігор?
3. Які операції у підготовці до ділової чи рольової гри?
4. Яких методичних вимог слід дотримуватись при підготовці до проведення гри?

Самостійна робота

1. Скласти розробку ділової або рольової гри та провести її під час проведення практичного заняття.

Додаток Т

Розробка ділової гри за темою „Парентеральне введення ліків. Збирання стерильного шприца та набирання ліків з ампул і флаконів”

Етап підготовки:

1. Розробка гри.
2. Введення в гру.

1. Розробка гри:

1) розробка сценарію;
2) план ділової гри;
3) загальна методика проведення гри;
4) зміст інструктажу;
5) підготовка матеріального забезпечення.

План ділової гри:

a) введення в гру;
b) групова робота над завданнями;
c) міжгрупова дискусія;
d) дискусія та висновки.

Загальна методика проведення гри:

Під час проведення заняття використовуються наступні методи:

- фронтальне опитування;
- мозкова атака;
- практичний тренінг;
- навчальна дискусія.

Зміст інструктажу:

1. Практичне заняття за темою: „Парентеральне введення ліків. Збирання стерильного шприца та набирання ліків з ампул і флаконів” проводиться з впровадженням на ньому такого активного методу навчання, як ділова гра .

2. Під час проведення даного практичного заняття застосовуються також інші методи навчання:

- фронтальне опитування по лекційному матеріалу;
- мозкова атака;
- практичний тренінг (групова робота над практичними завданнями);
- міжгрупова дискусія.

3. На етапі аналізу треба зробити висновки, як студенти оцінили дане практичне заняття з застосуванням активних методів навчання, в даному випадку ділової гри, чи сподобалось заняття, чи досягнута поставлена мета.

Підготовка матеріального забезпечення:

Бікси, індикатори стерильності, лотки, пінцети, цапки, корнцанг, простирадла, пелюшки, одноразові шприци, голки, ліки в ампулах, флаконах, спирт 70%, стерильний матеріал, пилочки для ампул, ножиці, стерильний стіл, робочий стіл, ємкості з дезінфікуючими розчинами, ємкість для чистих серветок, ємкість для використаного матеріалу.

2. Введення в гру:

Тема: „Парентеральне введення ліків. Збирання стерильного шприца та набирання ліків з ампул і флаконів”

Обгрунтування теми:

Парентерально можна ввести ліки шляхом ін’єкції (від лат. слова injectio – впорскування). Ін’єкції бувають внутрішньо шкірні, підшкірні, внутрішньом’язові, внутрішньовенні, внутрішньоартеріальні. Шляхом ін’єкції ліки можна вводити в плевральну або черевну порожнину, в серце, порожнину суглобів, кістковий мозок, спинномозковий канал.

При такому способі введення ліки потрапляють у кров, обминаючи печінку та уникаючи дії травних ферментів. В численних випадках гострих і хронічних захворювань людини використовують парентеральний спосіб введення лікарських засобів в організм, який має певні переваги перед ентеральним. Основні достоїнства і переваги методу – швидкість введення, точність дозування, швидка поява терапевтичного ефекту.

Парентеральне введення ліків проводиться найчастіше середнім медперсоналом. Медична сестра повинна добре знати правила і техніку парентерального введення медикаментів, володіти знаннями і навичками підготовки шприців і голок для проведення ін’єкцій.

Мета проведення гри:

Навчальна:

1. Знати правила особистої гігієни медичної сестри маніпуляційного кабінету.
2. Знати види шприців і голок.
3. Знати види ін’єкцій.
4. Знати правила укладання матеріалу в бікси і способи їх стерилізації.
5. Вміти обробити руки перед проведенням ін’єкцій.
6. Вміти накрити стерильний стіл.
7. Вміти визначити ціну поділки шприца.
8. Вміти вибрати вірно шприц та голку залежно від виду ін’єкції.
9. Вміти зібрати одноразовий шприц.
10. Вміти набрати ліки з ампул і флаконів.

Виховна:

1) Формувати у студентів розуміння виняткової лікувальної значущості парентеральних методів введення ліків і професійної відповідальності при підготовці медичної сестри до проведення ін'єкцій.

2) Виховувати у студентів найважливіші моральні якості, притаманні професії медичної сестри, – гуманізм, милосердя, відданість професійному обов'язку.

– постановка проблеми, завдання;
– умови, інструктаж;
– регламент, правила;
– визначення ролей;
– формування груп;
– консультування.

Постановка проблеми, завдання:

Медична сестра маніпуляційного кабінету та медична сестра стерилізаційної повинні організувати свою роботу таким чином, щоб досягти запланованої мети.

Умови:

1. Дане заняття проводиться в кабінеті доклінічної практики;
2. Умови максимально наближені до умов клінічної медицини (маніпуляційний кабінет лікарні та стерилізаційна);
3. На занятті використовуються муляжі, фантоми, медичний інструментарій, шприц, стерильні столи, бікси, ліки в ампулах і флаконах.
4. Методичне забезпечення заняття: інструкція до проведення заняття, питання для фронтального опитування, алгоритми до виконання практичних навичок, розробка ділової гри.

Інструктаж:

1. Перед початком гри учасники отримують картки з завданнями, відповідно до того, на якому робочому місці вони будуть працювати. Викладач регулює всі етапи проведення гри, уважно слідкує за процесом проведення гри, фіксуючи всі позитивні і негативні моменти в виконанні запропонованих завдань.

2. Студенти отримують завдання і методом „мозкової атаки" (способом колективного продукування ідей) визначають оптимальні шляхи вирішення даних їм завдань для досягнення кращого результату при виконанні поставлених ситуаційних задач. Використовуючи цей метод, студенти працюють як „генератори ідей", при цьому вони не стримуються необхідністю обґрунтування своїх позицій та позбавлені критики, адже за цих умов немає „начальників" та „підлеглих", є лише експерти в кожній групі студентів, які

фіксують та вибирають кращі ідеї. У ході аналізу проблемних ситуацій студенти, використовуючи теоретичні знання, висувають гіпотези, вислуховують та критично оцінюють судження одногрупників, співпрацюють один з одним, що сприяє набуттю досвіду для прийняття рішень, поліпшення професійного спілкування, а також уміння аналізувати рівень своєї готовності до професійної діяльності.

3. Сьогодні на занятті необхідно:

a) Засвоїти правила особистої гігієни медичної сестри маніпуляційного кабінету.

b) Вивчити види шприців і голок.

c) Засвоїти правила укладання матеріалу в бікси і способи їх стерилізації.

d) Оволодіти технікою накриття стерильного стола.

e) Навчитися визначати ціну поділки шприца.

f) Навчитися вибирати вірно шприц та голку залежно від виду ін'єкції.

g) Оволодіти технікою збирання одноразового шприца.

h) Опанувати техніку набрання ліків з ампул і флаконів.

4. Розроблено лист самооцінки студентів, який видається їм на початку заняття:

Шановний студенте! Оцініть, будь-ласка, себе самостійно за виконання запропонованих Вам завдань:

– опитування по лекційному матеріалу;
– участь у проведенні мозкової атаки;
– виконання практичних навичок;
– участь у дискусії;
– тестування.

Регламент, правила:

Час проведення практичного заняття – 180 хвилин.

1) Введення в гру – 30 хв.;
2) Групова робота над завданнями – 90 хв.;
3) Міжгрупова дискусія – 40 хв.;
4) Дискусія та висновки – 20 хв.

Кожна група отримує завдання, студенти розподіляють між собою ролі і починають виконувати запропоновані їм завдання.

Виконання завдань оцінюється за 5-бальною системою. Вищу оцінку – 5 балів отримають студенти, які продемонструють відмінні знання та вміння з даної теми, досконале володіння практичними навичками.

Визначення ролей:

І бригада:

1 студент – медична сестра маніпуляційного кабінету;

2 студент – лікар;

3 студент – санітарка;

4 студент – експерт.

II бригада:

1 студент – медична сестра стерилізаційної (нестерильної зони);

2 студент – – медична сестра стерилізаційної (стерильної зони);

3 студент – санітарка;

4 студент – експерт.

Формування груп:

Необхідно провести жеребкування, використовуючи метод формування випадкових груп.

Консультування:

Студенти, отримавши завдання, працюють на робочих місцях: в маніпуляційному кабінеті та стерилізаційній, почергово міняючись місцями роботи.

– маніпуляційний кабінет;
– стерилізаційна.

Етап проведення:

3.Групова робота над завданнями

– робота з джерелами;
– тренінг;
– мозкова атака;
– робота з керівником гри.

Робота з джерелами:

Під час проведення гри студенти можуть використовувати конспекти лекцій, алгоритми виконання практичних навичок, інструкції, підручники.

Тренінг

Кожна група отримує завдання, студенти розподіляють між собою ролі і починають виконувати запропоновані їм практичні завдання, вирішуючи різні професійні ситуації.

Завдання

Ви працюєте в стерилізаційному відділенні.

1. Вам необхідно підготувати бікс до укладання матеріалу для проведення стерилізації.

2. Укладіть в бікси все необхідне для накриття стерильного столу і проведіть стерилізацію потрібним методом і режимом.

3. Оформіть бікси відповідним чином і відправте у відділення.

4. Продемонструйте правила роботи зі стерильним біксом.

Ви медична сестра маніпуляційного кабінету.

1. Вам необхідно підготувати кабінет до роботи.

2. Продемонструйте техніку накриття стерильного столу.

3. Визначте ціну поділки шприца ємкістю 2,0; 5,0; 10,0 мл.

4. Виберіть шприц та голку для проведення ін'єкції (внутрішньошкірної, підшкірної, внутрішньом'язової, внутрішньовенної).

5. Підготуйтесь до ін'єкції зі стерильного стола, зберіть одноразовий шприц.

6. Наберіть ліки з ампули, з флакона.

Мозкова атака:

Питання до теми:

– Поясніть, що представляє собою парентеральне введення лікарських засобів і як цей метод проводиться?

– Чим користуються для проведення ін'єкцій?

– Якої ємкості випускаються одноразові шприци?

– Які ви знаєте види укладання матеріалу в бікс?

– Як підготувати бікс до укладки?

– Які правила користування стерильним біксом?

– В якому вигляді ліки вводяться парентерально?

– Які ви знаєте показання і протипоказання щодо парентерального введення лікарських засобів?

– Як медична сестра повинна підготувати кабінет до проведення ін'єкцій?

– Яким способом медична сестра обробить руки перед виконанням ін'єкцій?

Робота з керівником гри:

1) Контроль опорних знань студентів:

– Яке призначення маніпуляційного кабінету?

– Як обладнаний маніпуляційний кабінет?

– Які види шприців і голок ви знаєте?

– Яка будова шприца?

– Що таке парентеральне введення ліків?

– Які методи стерилізації ви знаєте?

– Які види укладок в бікс ви знаєте?

– Назвіть правила укладання матеріалу в бікс.

– Які правила користування стерильним біксом?

2) Консультування з питань:

– правила підготовки маніпуляційного кабінету до роботи;

– накриття стерильного стола;

– правила збирання одноразового шприца;

– визначення ціни поділки шприца;

– правила набирання ліків з ампул і флаконів;

– підготовка до ін’єкції.

3) Контроль за процесом проведення гри на всіх етапах: етапі підготовки, етапі проведення, етапі аналізу і узагальнення.

4) Контроль набутих практичних навичок:

– техніка накриття стерильного столу;

– визначення ціни поділки шприца;

– вибір шприца та голки залежно від виду ін’єкції;

– техніка збирання одноразовий шприц;

– техніка набирання ліків з ампул і флаконів.

4. Міжгрупова дискусія:

– виступ груп;

– правила дискусії;

– робота експертів.

Виступ груп:

1) Контроль теоретичних знань і практичних вмінь.

2) Практичний тренінг.

3) Демонстрація практичних навичок.

4) Вирішення професійних ситуацій.

Правила дискусії:

Навчальна дискусія – це процес обміну думками, в ході якого студенти відстоюють свої власні погляди на питання, що вивчаються. Вона сприяє підготовці свідомості студентів до засвоєння теорій, ідей, закономірностей, узагальнень, істин.

Педагогічна функція навчальної дискусії полягає у створенні умов для вільного викладу студентами знань, втягнення їх до активної взаємодії, самостійного формулювання висновків, доказів, узагальнень, для виявлення стану культурного кругозору, загального розвитку, інтелектуальної винахідливості студентів.

Застосування методу навчальної дискусії вимагає від викладача створення обстановки вільного відтворення студентами тих знань, якими вони володіють, уміння вислуховувати їх думки, висновки, виявляти терпимість та доброзичливість, здібність до діагностики знань і кругозору студентів.

Питання до дискусії:

1) Як ви думаєте, в чому перевага парентерального введення лікарських засобів?

2) Як ви виберете шприц і голку залежно від виду ін'єкції?

3) Яким методом ви простерилізуєте бікси, в яких знаходиться приладдя для накриття стерильного столу?

4) Як ви підготуєте ампулу до набирання з неї ліків?

5) Як ви підготуєте флакон до набирання з нього ліків?

Робота експертів:

Експерти за інструктажем уважно слідкують за етапами проведення гри, фіксують зауваження, які виникли під час проведення гри. По закінченню гри аналізують роботу студентів в групах, висувають свої пропозиції щодо оцінювання знань і вмінь студентів.

Етап аналізу і узагальнення:

5. Дискусія та висновки

– висновки із гри;
– аналіз, рефлексія;
– оцінка і самооцінка роботи;
– висновки і узагальнення;
– рекомендації.

Висновки із гри:

Проведена на практичному занятті ділова гра активізувала роботу студентів, допомогла практично відчути себе медичною сестрою, максимально наблизивши умови гри до умов практичної медицини.

Аналіз, рефлексія:

Викладач проводить аналіз проведеного заняття, коментуючи всі етапи проведення гри.

Оцінка та самооцінка роботи:

Оцінку за участь в грі виставляє експерт. Також студенти проводять самооцінку (за розробленим листом самооцінки). Оцінки зрівнюються, враховується проведений аналіз і об'єктивно виставляється оцінка.

Висновки і узагальнення:

Включення елементів гри у навчальний процес підвищує рівень навчально-пізнавальної діяльності. Ділові ігри, як різновид ігрових методів, розв'язують проблему розвитку корекції й удосконалення мислення студентів. Вони можуть слугувати ефективним засобом формування стійких пізнавальних потреб та інтересів, якщо будуть враховані впливи факторів змісту навчального матеріалу, процесу діяльності студента та педагогічного спілкування. Ігрові

методи покликані формувати у студентів навички розумових операцій, знаходити нові прийоми дій в умовах проблемних ситуацій.

Застосування на практичному занятті ділової гри дозволило програти майбутніми фахівцями різні ситуації, які можуть виникнути в процесі професійної діяльності, що дозволило отримати бажаний результат.

Рекомендації:

До даної теми:

– закріпити теоретичні знання, використовуючи підручник і конспект лекції;

– відпрацювати практичні навички у тренажерному залі.

До наступної теми:

– повторити конспект лекції: „Парентеральне введення ліків”;

– самостійна робота: опрацювати матеріал „Антибіотики. Основні групи”.

Додаток У

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових фахових виданнях України, зокрема, які включені до міжнародних наукометричних баз:

1. **Поєдинцева Л. Л.** Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія №13 Проблеми трудової та професійної підготовки: Зб. наук. праць. К.: НПУ імені Драгоманова, 2012. Вип. 20. С. 105–113.

2. **Поєдинцева Л. Л.** Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки медичних сестер у коледжах. *Нові технології навчання:* Наук.-метод. зб. Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. К., 2012. Вип. 72. С. 106–110.

3. **Поєдинцева Л. Л.** Упровадження ділових ігор у підготовку майбутніх медичних сестер. *Наукові записки:* [збірник наукових статей]. М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. CV (105). С. 148–153. (Серія педагогічні та історичні науки).

4. **Поєдинцева Л. Л.** Самостійна робота у формуванні професійної компетентності майбутніх фахівців. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти.* Збірник наукових праць. Вип. 38-39. Харків, Українська інженерно-педагогічна академія (УІПА), 2013. С. 320–325.

5. **Поєдинцева Л. Л.** Розвиток комунікативної компетенції студентів медичного коледжу в практичному навчанні. *Проблеми сучасної педагогічної освіти.* Сер.: Педагогіка і психологія. Зб. статей: Ялта: РВВ КГУ, 2013. Вип. 41. Ч. 6: С. 309–315.

6. **Поєдинцева Л. Л.** Роль виховної роботи у формуванні професійної компетентності медичних сестер. *Наукові записки кафедри педагогіки.* Зб. наук. праць. Вип. XXXVII, 2014. С. 243–249.

7. **Поєдинцева Л. Л.** Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах. *Новий колегіум.* 2017. №1. С. 61–67.

8. Поєдинцева Л. Л., Кайдалова Л. Г., Педагогічні умови та модель формування фахової компетентності медичних сестер. Зб. наук. праць. Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди *„Теорія та методика навчання та виховання”:* зб. наук. праць. За заг. редакцією член.-кор. НАПН України А. В. Троцко. Харків, 2017. Вип. 43. С. 141–152. *(Index Copernicus)*

Стаття в зарубіжному науковому виданні:

9. Поєдинцева Л. Л. Реалізація інноваційних технологій навчання у процесі вивчення професійно орієнтованих дисциплін. *Science and Educationa New Dimension. Pedagogy and Psychology*, II(11), Issue : 22, 2014. P. 52–55.

Тези в матеріалах науково-практичних конференцій:

10. Поєдинцева Л. Л. Впровадження активних методів навчання в системі формування якості професійної освіти молодших медичних спеціалістів і бакалаврів. *Шляхи формування якості професійної підготовки молодшого медичного спеціаліста і бакалавра в контексті реформування медичної освіти*. Зб. матер. науково-практ. конф. пед. прац. вищих медичних навч. закл. Куп’янськ : ФОП „Медаль”, 2011. С. 88–94.

11. Поєдинцева Л. Л. Роль компетентнісного підходу в професійній підготовці молодших медичних спеціалістів. *Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів*: зб. матеріалів обласної науково-практ. конф., 28 січня 2014 р./ ХОДА ДОЗ, КЗОЗ Харк. баз. мед. коледж №1; за заг. ред. Т. Г. Парафейник. Х.: ХБМК №1, 2014. С. 144–151.

12. Поєдинцева Л. Л. Компетентність як складова підготовки майбутніх медичних сестер. *Формування професійної компетентності майбутнього медичного спеціаліста.* Збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практ. інтернет-конф. Суми: Сумський медичний коледж, 2015. С. 186–189.

13. Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер. *Научный взгляд в будущее.* Вып. 4. Том 10. Одесса: Куприенко С. В., 2016. С. 42–45. *(Index Copernicus)*

Навчально-методичні видання:

14. Поєдинцева Л. Л. Збірник алгоритмів практичних навичок: навчально-методичний посібник. Куп'янськ: ФОП „Медаль", 2013. 150 с.

15. Поєдинцева Л. Л. Збірник тестів для модульного контролю: навчально-методичний посібник. Куп'янськ: ФОП „Медаль", 2013. 132 с.

16. Поєдинцева Л. Л. Протоколи виконання практичних навичок з дисципліни „Основи медсестринства": навчальний посібник; під загальною редакцією кандидата мед. наук, директора коледжу Брянцева О. М. Куп'янськ: ФОП „Медаль", 2015. 167 с.

17. Поєдинцева Л. Л. Методичні рекомендації викладачам щодо організації самостійної роботи студентів як одного з активних методів навчання: посібник для викладачів. Куп'янськ: ФОП „Медаль", 2015. 167 с.

18. Поєдинцева Л. Л. Методичні рекомендації студентам щодо організації самостійної роботи: посібник для студентів. Куп'янськ: ФОП „Медаль", 2015. 9 с.

Апробація результатів дослідження.

Основні положення та результати дослідження доповідались та обговорювались на науково-практичних конференціях різного рівня: *Міжнародних:* „Актуальні проблеми методики навчання історії, правознавства та суспільствознавчих дисциплін” (Харків, 2013); „Педагогіка 21-го століття: навчання в світі постійного інформаційного потоку” (Будапешт, 2014), „Интеллектуальный потенциал XXI века’ 2016” (Одесса, 2016); *Всеукраїнських:* „Компетентнісно орієнтований підхід до освіти" (Харків, 2014); „Формування професійної компетентності майбутнього медичного спеціаліста” (Суми, 2015); *обласних:* „Шляхи формування якості професійної підготовки медичного спеціаліста і бакалавра в контексті реформування медичної освіти” (Харків, 2011), „Роль професійно-практичної підготовки у формуванні ключових компетентностей молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів” (Харків, 2014).

Результати дослідження обговорювались та набули позитивної оцінки на засіданнях кафедр педагогіки, методики та менеджменту освіти**, креативної педагогіки і інтелектуальної власності Української інженерно-педагогічної академії** (упродовж 2012 – 2018 рр.).

ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВОВЧАНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
62504 Харківська обл., м. Вовчанськ, вул. Шевченка, 27
тел. 4-24-57 факс 4-22-61, *e - mail* : vmu @kharkov.ukrtel.net

17.10.2017 № 1-175

ДОВІДКА

про впровадження матеріалів дисертації
Поєдинцевої Лариси Леонідівни
на тему «Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах» у освітній процес
КЗОЗ «Вовчанський медичний коледж» Харківської обласної ради

Матеріали дисертації Поєдинцевої Лариси Леонідівни з питань формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах впроваджувалися в освітній процес КЗОЗ «Вовчанський медичний коледж» Харківської обласної ради упродовж 2014-2017 н. р. та віднайшли практичне втілення у збагаченні і оновленні змісту та методів викладання фахових дисциплін, розширенні змісту й форм навчальної та самостійної роботи студентів.

Упровадження результатів дисертації засвідчило, що дослідження має практичне значення у контексті формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер. Педагогічні умови та модель формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер сприяла підвищенню якості викладання дисциплін, посиленню позитивної мотивації студентів до активізації практичної діяльності, систематизації набутих теоретичних знань у контексті досліджуваної проблеми, формуванню практичних умінь та навичок, урізноманітненню самостійної роботи студентів.

Довідку обговорено на засіданні методичної ради КЗОЗ «Вовчанський медичний коледж» Харківської обласної ради
(Протокол № 2 від 17.10.2017 р.)

В.о. директора
КЗОЗ «Вовчанський медичний коледж»
Харківської обласної ради Н.В. Бондарцова

ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КУП'ЯНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ ім. Марії ШКАРЛЕТОВОЇ

63705, Харківська область, м. Куп'янськ, вул. 1 Травня, 26, факс (05742) 5-31-08,
тел. 5-31-08, 5-30-45, e-mail: kmk@medcollege.com.ua сайт:medcollege.com.ua

27.09.2017р. № 1-268

Довідка
про впровадження результатів наукового дослідження Поєдинцевої Лариси Леонідівни на тему «Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах» у навчально-виховний процес КЗОЗ «Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової»

Видана Поєдинцевій Ларисі Леонідівні в тому, що вона здійснювала експериментально-дослідну роботу в межах дисертаційного дослідження «Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах» на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук зі спеціальності 13.00.04. – теорія та методика професійної освіти.

Ця робота проводилася Поєдинцевою Ларисою Леонідівною протягом 2014-2017 навчальних років на базі КЗОЗ «Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової» під час проведення теоретичних і практичних занять з професійно-орієнтованих дисциплін, організації самостійної роботи та під час проходження студентами практики.

Основні положення й висновки вищезазначеної дисертації систематично розглядалися на засіданнях циклових комісій з професійно орієнтованих дисциплін.

Результати формувального етапу експерименту засвідчують, що визначені й апробовані умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичному коледжі позитивно впливають на розвиток названої якості у студентів-медиків. Ефективність визначених умов (застосування активних методів навчання; моделювання професійно-орієнтованих ситуацій, завдань, що вимагають нестандартного підходу до їх розв'язання; включення студентів у різні види самостійної роботи; організації цілеспрямованої роботи з формування ціннісних орієнтацій студентів з метою усвідомлення останніми значущості фахової компетентності для виконання професійних обов'язків) засвідчують кількісні і якісні зміни показників сформованості фахової компетентності, що визначались за допомогою факторно-критеріальної моделі оцінки рівнів сформованості цієї якості.

Довідку обговорено на засіданні методичної ради коледжу
(Протокол № 3 від 25.09.2017 р.)

Директор О.М. Брянцев

ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
Комунальний заклад охорони здоров'я
Ізюмський медичний коледж
64309, м.Ізюм Харківської обл., вул.Старопошитова, 41, тел. (05743)2-12-66 факс 2-23-22
E-mail izum_mk@ukr.net

26.10.2017 № 215
на №_____ від_____

Довідка

щодо впровадження результатів дисертаційної роботи Поєдинцевої Лариси Леонідівни на тему «Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах» у навчально-виховний процес Комунального закладу охорони здоров'я Ізюмського медичного коледжу.

Матеріали дисертації Поєдинцевої Лариси Леонідівни з питань формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах впроваджувалися у навчально-виховний процес КЗОЗ Ізюмського медичного коледжу упродовж 2014-2017 навчального року і знайшли втілення на заняттях із таких навчальних дисциплін, як: «Основи медсестринства», «Історія медицини та медсестринства», «Медсестринська етика та деонтологія» та «Громадське здоров'я та громадське медсестринство», а також під час організації самостійної роботи студентів.

Упровадження результатів дослідження здійснювалося під час проведення теоретичних і практичних занять викладачами професійно орієнтованих дисциплін, при організації самостійної роботи студентів коледжу.

Апробація результатів дисертації засвідчила, що дослідження має практичне значення в контексті розв'язання питань з формування змісту професійної освіти, педагогічні умови формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер сприяли посиленню позитивної мотивації викладачів і студентів до застосування активних та інтерактивних методів навчання, систематизації набутих знань у контексті досліджуваної проблеми, формуванню професійних вмінь та навичок.

Довідку обговорено на засіданні педагогічної (методичної) ради КЗОЗ Ізюмського медичного коледжу
(Протокол № 2 від 26.10.2017 р.)

Директор В.П. Кучеренко

УКРАЇНА
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
«ХАРКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ»
61002, м. Харків, узвіз Куликівський, 3, тел.392-15-78; 706-39-66
E-Mail: kharkivmedcollege@gmail.com

30.03.2018 № 237
на № _____ від _____

Довідка
щодо впровадження результатів дисертаційної роботи Поєдинцевої Лариси Леонідівни на тему «Формування фахової компетентності майбутніх фахівців у медичних коледжах» в освітній процес Комунального закладу охорони здоров'я «Харківський обласний медичний коледж»

Результати наукового дослідження Поєдинцевої Лариси Леонідівни з питань формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у медичних коледжах впроваджувалися у освітній процес КЗОЗ «Харківський обласний медичний коледж» протягом 2014-2017 навчальних років і знайшли втілення на заняттях із професійно орієнтованих навчальних дисциплін.

Ефект впровадження. Апробація педагогічних умов формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер в медичному коледжі виявила, що їх реалізація сприяє позитивним змінам щодо сформованості знань про сутнісні характеристики компетентності, потреби в осмисленні власної діяльності, її ціннісного змісту; усвідомлення значення фахової компетентності медичної сестри для виконання професійних обов'язків, таких як: виконання призначень лікаря, надання невідкладної допомоги, догляд за пацієнтами, проведення заходів особистої гігієни; прагнення до професійно-особистісного самовизначення і самореалізації; набуття таких особистісно-професійних рис, як відповідальність, дисциплінованість, милосердя, уважність, чесність, точність; усвідомлення важливості загальних компетентностей, таких як робота з літературою, використання інформаційних ресурсів, взаємодія з людьми.

Довідку обговорено на засіданні методичної ради КЗОЗ «ХОМК» (Протокол № 1 від 11.10.2017 р.)

Директор Е.В. Хомченко

УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ

Юр.адреса: просп.Науки,4, м.Харків, 61022; адреса: вул. Ігоря Муратова, буд.11, м. Харків, 61177; тел.; факс (057) 784-05-19; e-mail: dvnzkhmu@ukr.net, код ЄДРПОУ 39312586

12.09.2017 № 30-01/112

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження Поєдинцевої Лариси Леонідівни на тему «Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах» в освітній процес Медичного коледжу Харківського національного медичного університету

Результати наукового дослідження Поєдинцевої Лариси Леонідівни були впроваджені в освітній процес Медичного коледжу Харківського національного медичного університету протягом 2014-2017 навчальних років на лекційних, семінарських, практичних заняттях із фахових дисциплін, під час проходження навчальної та виробничої практики в закладах охорони здоров'я, а також у процесі розробки моделі, теоретико-методологічних засад змісту формування фахової компетентності майбутніх фахівців і забезпечення педагогічних умов, які сприятимуть якісному формуванню фахової компетентності майбутніх медичних сестер.

Ефективність упровадження результатів дисертаційного дослідження у зміст освітнього процесу коледжу підтверджується зростанням рівня сформованості і ступеню прояву у студентів фахової компетентності за такими показниками: усвідомлення значення фахової компетентності для виконання професійних обов'язків; сформованість потреби в осмисленні власної діяльності, її ціннісного змісту; вміння приймати рішення в нестандартних ситуаціях, здатність до самовизначення і саморегуляції; набуття таких особистісно-професійних рис, як дисциплінованість, уважність, відповідальність, точність, чесність, ініціативність.

Довідку обговорено на засіданні методичної ради коледжу (протокол № 2 від 01.09.2017).

Директор
Медичного коледжу ХНМУ Т.М. Лебединець