

1. Особистісно – орієнтовний підхід до вищої медичної освіти полягає у розвитку здібностей майбутніх лікарів на основі освіти та самоосвіти. Тут головною метою є сприяння особистісному росту студентів і викладачів: розвиток моральних цінностей, креативності, гідності тощо. У рамках такого підходу наголос робиться на вирішенні реальних лікарських ситуацій чи моделюючих наближено до життя. Основною рисою такого підходу є сотворчість - співробітництво у контексті щирого, правдивого спілкування студента і викладача. [1]

2. Аксіологічний підхід полягає у спрямованості педагогічної діяльності на гуманістичний розвиток особистості. Пріоритетним завданням професійної освіти аксіологічний підхід висуває розкриття цінностей, як сутнісних сил особистості, її інтелектуального, морального, творчого потенціалу, що має вираз у здібності вільно орієнтуватися в складних соціальних та професійних ситуаціях.

Дуже вадливим є формування у майбутнього лікаря власної стійкої системи соціальних та професійних цінностей та ціннісних орієнтацій, які складають основу мотивації поведінки та відображають внутрішню основу відносин особистості з реальністю.

3. Сутнісний підхід – це систематичний, синергетичний перехід, який означає, що всі викладачі природних, гуманітарних і технічних наук мають діяти в одному напрямі розвитку здібностей студентів на основі формування сутнісних системних знань з встановленням міжпредметних зв'язків та цілісних уявлень.

4. Акмеологічний (з гр. «асте» - вершина) підхід забезпечує орієнтацію майбутніх лікарів на постійне самовдосконалення, нарощування здатності до саморегуляції, самоорганізації та самореалізації. Акмеологічний підхід спрямований на забезпечення постійного розвитку творчого потенціалу людини, виявлення закономірностей і умов досягнення майбутнім лікарем вершин самореалізації як фахівця та громадянина.

5. Компетентнісний підхід забезпечує усвідомлення майбутнім фахівцям своїх спонукань, прагнень, ціннісних орієнтацій, мотивів, уявлень про свої соціально – професійні ролі; аналіз та оцінку особистісних якостей, знань, умінь, навичок, та систематичне регулювання на цій основі саморозвитку і діяльності.

При реалізації цього підходу відбувається трансформація мети і змісту освіти у суб'єктивні надбання, які можна об'єктивно виміряти. Компетентнісний підхід полягає в прищепленні та розвитку у студентів ключових

компетенцій, які визначають їх успішну адаптацію у суспільстві, таких як здатність до співпраці у групі, ініціативність, комунікативні здібності, вміння вчитися, оцінювати, логічно мислити, відбирати та використовувати інформацію.[2]

Компетентнісна модель є моделлю майбутньої ефективної діяльності, соціальної взаємодії та адаптуєності до життєвих та професійних викликів.

Професійна компетентність сучасними науковцями визначається як сполучення наукової (розуміння теоретичних засад професії), інструментальної (оволодіння базовими професійними навичками), інтегративної (здатність сполучати теорію і практику), контекстуальної (розуміння соціального, економічного, культурного середовища, в якому реалізується професійна діяльність), адаптивної (вміння передбачати зміни, важливі для професійної діяльності, і бути готовими до них), комунікативної (вміння ефективно використовувати засоби комунікації) компетентності.

6. Креативний - розвиваючий підхід до організації навчання у медичних закладах України формує продуктивне та творче ставлення до діяльності, якості та здібності творчої особистості, науково-творчі вміння, вміння і навички.

Так низка підходів до організації вищої медичної освіти в Україні дозволяє оптимізувати навчальний процес у вищих учбових закладах, націлити викладачів на кінцевий результат, вдосконалити виховну роботу, підвищити психологічну і комунікативну компетентність майбутніх лікарів. Крім того, гуманізацію, як основне завдання вищої медичної освіти, потрібно розуміти як стратегічний інноваційний напрямок у функціонуванні та розвитку медичних вишів України, направлений на підготовку нового покоління фахівців, здатних урахувувати в своїй діяльності не лише медико - біологічні, але й соціальні та духовні детермінанти здоров'я людини.

Література:

1. Norman G. Editorial – What's the active ingredient in active learning? // *Advances in Health Sciences Education*. – 2004. - № 9. – P.1-3.

2. Бібік Н.М. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз застосування // *Н.М.Бібік* // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. Бібліотека з основної політики / під. заг. ред. О.В. Овчарук.- К.І.С., 2004. – 112с.

ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ ІНТЕРАКТИВНИХ ЛЕКЦІЙ

А. І. Шевченко, О. П. Колеснік

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Лекції у переважній більшості медичних вищих навчальних закладів у наш час найчастіше обмежуються використанням мультимедійних презентацій. Останні значно підвищують наочність викладання дисципліни, але студенти, як і раніше залишаються пасивними слухачами, що негативно впливає на якість їх теоретичної підготовки, а інформація, отримана у такий спосіб швидко забувається.

Значне скорочення кількості годин, виділених на лекційні заняття з онкології у типовому навчальному плані, спонукає на пошук засобів підвищення рівня оволодіння

студентами теоретичним матеріалом за обмежений час. Одним із реальних шляхів, спрямованих на реалізацію цієї мети, можна вважати впровадження інтерактивних лекцій.

Основна частина. На кафедрі онкології та онкохірургії Запорізького державного медичного університету були підготовлені і проведені студентам 5-го курсу декілька інтерактивних лекцій. Перший досвід показав, що вони дозволяють викладачеві сконцентрувати увагу слухачів на аудиторній діяльності, а студентам – обговорити і запам'ятати отриману інформацію, уточнити незрозумілі

моменти з лекційного матеріалу і отримати задоволення від процесу навчання. На відміну від традиційних лекцій, де інформація отримується пасивно і швидко забувається, інформація, яка отримується студентами на інтерактивних лекціях, активно обробляється і може бути легко вилученою з пам'яті через тривалий час. Позитивним моментом є також можливість легкої перевірки рівня засвоєння матеріалу аудиторією тестуванням безпосередньо під час лекції. Отже, результат такої подачі лекційного матеріалу цілком відповідає відомому вислову: «Скажи мені – і я забуду, покажи мені – і я запам'ятаю, дай мені це зробити – і це зі мною на все життя!».

Крім позитивних сторін інтерактивного викладання лекційного матеріалу є і певні тимчасові організаційні недоліки при їх проведенні, а саме: необхідність залучення додаткового персоналу для технічного і програмного обслуговування відповідного обладнання. Лекції у такому форматі більш доцільно проводити у стаціонарно обладнаних аудиторіях.

Висновки: Використання інтерактивних лекцій пред'являє більш високі вимоги до рівня підготовки ви-

кладача і його кваліфікації, який повинен не тільки володіти традиційними методиками викладання, а й уміти модернізувати їх відповідно до специфіки студентів, використовуючи сучасні досягнення педагогічної науки і техніки.

Впровадження інтерактивного навчання потребує відповідного організаційного і сучасного технічного забезпечення.

Література:

1. Махінова М. В. Інтерактивний підхід при читанні лекцій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.rusnauka.com/31_PRNT_2010/Pedagogica/73210.doc.htm.

2. Нагорний В. В., Нагорна Н. О., Сінченко Д. М. Інтерактивна лекція як сучасна форма викладання дисципліни у вищій школі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dSPACE.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/4077/1/92_2016_187-189.pdf

3. Фіцула М.М.; "Педагогіка: Наукова допомога для студентів вищих педагогічних учбових закладів"; К., "Академія", 2002 р.

УДК 612.014.48:[618.391+616-053.32]-092.6:504.5:611.781:577.118

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТОКСИЧНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ВОЛОССІ ЖІНОК ТА ЇХ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

І. І. Школьна, В.Е. Маркевич

Сумський державний університет

Важкі метали (Сг, Cd, Pb, Ni і т.д.) вважаються шкідливими, так як є токсичними, не піддаються біохімічному розпаду, мають тривалий період напіврозпаду в ґрунті і накопичуються живими організмами шляхом надходження з їжею чи повітрям (Singh R. et al., 2011). Так як волосся можна використовувати в якості маркера довгострокового впливу токсичних мікроелементів (МЕ), то особливого значення набуває вивчення їх впливу на організм плода та новонародженого.

Метою дослідження було вивчення вмісту токсичних МЕ (Сг, Cd, Pb, Ni) у волоссі породіль та їх дітей, які народились із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР).

Уміст МЕ було досліджено у волоссі 10 жінок та їх доношених дітей, які народилися зі ЗВУР (група I). До групи порівняння увійшло 10 матерів та їх здорових доношених новонароджених (група II). Рівень МЕ визначали за допомогою атомно-абсорбційного спектрофотометра С-115 МІ.

Уміст Сг у волоссі дітей досліджуваної групи становив $0,44 \pm 0,04$ мкг/г, що в 1,45 рази менше, ніж в групі порівняння ($p=0,0024$). Рівень Cd у волоссі новонароджених групи I складав $0,018 \pm 0,005$ мкг/г і був в 1,5 рази більший, ніж у дітей групи II ($p>0,05$). Щодо Pb, то його уміст у волоссі дітей досліджуваної групи був $0,061 \pm 0,009$ мкг/г, що в 2,9 рази більше, ніж у групі порівняння ($p=0,0004$). Середній рівень Ni не відрізнявся в обох групах і складав $0,021 \pm 0,004$ мкг/г та $0,02 \pm 0,001$ мкг/г у I та II відповідно ($p>0,05$).

Середній уміст хрому в волоссі матерів групи I становив $0,82 \pm 0,06$ мкг/г, та майже не відрізнявся від рівня МЕ у групі II ($0,81 \pm 0,06$ мкг/г). Середні показники вмісту кадмію в волоссі матерів досліджуваної групи також не мали достовірної різниці і склали $0,023 \pm 0,005$ мкг/г та $0,024 \pm 0,003$ мкг/г у групах I та II відповідно ($p>0,05$). Рівень Pb у волоссі жінок групи I становив $0,09 \pm 0,011$ мкг/г, що в 2,4 рази більше, ніж у породіль групи порівняння ($p=0,0009$). Щодо нікелю, то його вміст у волоссі жінок групи I був $0,026 \pm 0,005$ мкг/г, що в 1,3 рази менше, ніж у групі жінок, котрі народили здорових доношених новонароджених ($p>0,05$).

Висновки: 1. Досліджено, що рівень свинцю у волоссі матерів, котрі народили доношених новонароджених зі ЗВУР був в 2,4 рази вищий, ніж у тих, які народили здорових доношених дітей. Це можливо пояснюється надмірним надходженням вищезгаданого МЕ до організму жінки через їжу, воду чи забруднене свинцем повітря.

2. У волоссі дітей досліджуваної групи знаходили більш низькі показники вмісту хрому, що можливо пояснюється порушенням транспортної та депонуючої функцій плаценти, недостатність функціонування якої є однією з причин ЗВУР плода. Також спостерігали збільшення вмісту свинцю у волоссі дітей, які народилися зі ЗВУР. Це пов'язано з більш високими рівнями вищезгаданого МЕ у волоссі їх матерів. Адже, як доведено, Pb здатен, шляхом пасивної дифузії, транспортується від матері до плода через плаценту.