

# **МАТЕРІАЛИ ДОПОВІДЕЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І-ІV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ МОЗ УКРАЇНИ”, 29 ВЕРЕСНЯ - 1 ЖОВТНЯ 1999 РОКУ**

---

---

## **ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ**

**Р.В.Богатирьова, Ю.В.Вороненко, І.С.Вітенко**

*Міністерство охорони здоров'я України*

Підготовка медичних і фармацевтичних кадрів у ВМЗО займає провідне місце у діяльності Міністерства охорони здоров'я України. Від вирішення кадрової проблеми залежить рівень надання медичної допомоги та її якості.

За останні роки вища медична та фармацевтична школа України, незважаючи на сучасні економічні негаразди в суспільстві, зробила важливий крок вперед на шляху подальшого реформування.

Підготовку медичних кадрів ведуть понад 1500 докторів наук та близько 6000 кандидатів наук. Забезпеченість вищих навчальних закладів докторами наук складає 15%, кандидатами – 59%. Це найвищий показник якості професорсько-викладацького складу серед інших Міністерств.

Поміж тим, на основі рішень ВАК України, у викладачів-медиків з'являються проблеми як із захистом наукових робіт, так і з отриманням вчених звань доцента та професора. Поставлені вимоги до пошукачів стають серйозною перешкодою, враховуючи матеріальний стан викладачів. Справа не лише в кількості публікацій, а й в інших прийнятих вимогах. Так, підготовлена авторська (одноосібно) монографія прирівнюється до звичайної статті, опублікованої в журналі.

Звання професора, яке дається, як правило, майстру слова, методисту, присвоюється лише тим, хто готує кандидатів та докторів наук. Очевидне бюрократичне неузгодження

між Міносвіти та ДАКом України треба зняти. Якщо і залишити їх, то ці вимоги слід пред'явити до всіх, хто вже має звання і ступені. Це і буде соціальна справедливість.

Важливою формою прояву педагогічної активності професорсько-викладацького складу є висвітлення ними досвіду в матеріалах науково-методичної конференції, яка проводиться щорічно на базах ВМЗО. Так, тільки за останні п'ять років під егідою МОЗ України та Центрального методичного кабінету проведено 8 науково-методичних конференцій з проблем реформи вищої медичної та фармацевтичної освіти в Україні. Матеріали доповідей кожної конференції публікуються на високому організаційному та науковому рівнях. В останні роки пройшли методичні конференції на базі Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава), в Одеському і Харківському медичних університетах та Харківській академії післядипломної освіти. Поміж тим, активність викладачів ВМЗО МОЗ України суттєво відрізняється. За три роки у матеріалах чотирьох конференцій найбільше опубліковано матеріалів із Дніпропетровської медичної академії – 215, Української медичної стоматологічної академії – 209, Національного медичного університету – 177, Харківського медичного університету – 140 науково-методичних праць.

Недостатня кількість викладачів подає матеріали для публікації та участі в конферен-

ціях із Запорізького (37), Кримського (13) медичних університетів та Національної фармацевтичної академії (36).

Особливу пасивність проявляють викладачі Запорізького інституту вдосконалення лікарів (11).

Публікуються матеріали високим друком і зацікавленість в опублікуванні результатів науково-педагогічних та методичних досліджень повинні бути в усіх навчальних закладах. Разом з тим, ЦМК з ВМО МОЗ України очевидно слід провести через ВАК України видання збірників, як публікацій, що зараховуються науковою працею при захисті дисертації та присвоєнні вчених ступенів та звань.

Науково обгрунтоване вирішення проблем медичної та фармацевтичної освіти на сучасному етапі потребує створення єдиної системи управління. На даний час вона майже повністю сформована у системі Міністерства охорони здоров'я України. Так, навчально-методична та видавнича робота ВМ(Ф)ЗО України координується та забезпечується Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти та Методичним кабінетом з підготовки молодших спеціалістів МОЗ України. Контролюючі функції покладені на Центр тестування МОЗ України. Наукове обгрунтування та розробка нормативної бази змісту медичної освіти покладені на лабораторії додипломної (Донецький медичний університет) і післядипломної підготовки лікарів (КМАПО). У зв'язку з цим та враховуючи рішення науково-методичної конференції від 13 листопада 1998 р. про "Актуальні проблеми післядипломної медичної та фармацевтичної освіти в Україні" (м. Харків), наказом МОЗ України № 185 від 27.07.99 р., функції науково-методичного керівництва та аналізу роботи лабораторії покладені на Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України.

Сьогодні завершується відкриття наукової лабораторії з проблем фармацевтичної освіти на базі Національної фармацевтичної академії (м. Харків).

Немає сумніву, що це буде сприяти позитивному вирішенню багатьох освітніх проблем медицини та фармації.

З метою подальшого удосконалення системи медичної та фармацевтичної освіти в Україні

та підвищення якості підготовки спеціалістів наказом МОЗ України № 317 від 9.11.98 р. були визначені 148 опорних кафедр із кількості провідних, які повинні поширювати кращий досвід організації навчально-методичної роботи, поліпшувати теоретичну та практичну підготовку студентів, лікарів-інтернів, магістрів, клінічних ординаторів, аспірантів, професорсько-викладацького складу. Загальне керівництво та контроль за діяльністю опорних кафедр покладено на ЦМК з ВМО. Проведений нами аналіз їх діяльності за 1999 р. свідчить про те, що не всі кафедри бажають виконувати функцію опорної. Так, з 148 опорних кафедр 103 подали плани та звіти про роботу до кабінету. Не подали звіти та плани Одеський ДМУ (кафедра фізичного виховання, здоров'я та валеології), Донецький ДМУ (кафедра педіатрії післядипломної освіти), КМАПО (поданий лише 1 звіт-план кафедри швидкої та невідкладної допомоги із 31 опорної кафедри), ХМАПО (є 2 звіти із 19 опорних кафедр), НМУ (подано 37 планів-звітів із 44 кафедр).

Аналізуючи роботу опорних кафедр, можна зазначити, що у 1998-1999 навчальному році було проведено 3 наради-семінари, зокрема на базі кафедри української мови в м. Івано-Франківську, на кафедрі акушерства і гінекології в м. Донецьку, на кафедрі медичної біології, генетики та паразитології в м. Чернівці.

Згідно з положенням, на опорні кафедри покладена робота з рецензування рукописів книг, програм, методичних посібників з метою виявлення їх цінності та актуальності. Можна сказати, що опорним кафедрам Національного медичного університету в цьому треба віддати належне. Найбільше рукописів книг проходять рецензування у їх фахівців, особливо у проф. Короткого В.М., проф. Амосової К.М. Також найбільше задіяні у цій роботі фахівці кафедр Львівського ДМУ, Івано-Франківської ДМА, Тернопільської ДМА, Одеського ДМУ.

Щороку ЦМК з ВМО МОЗ України складають оперативний тематичний план видання навчальної та навчально-методичної літератури для ВМ(Ф)ЗО II-IV рівнів акредитації. При його підготовці враховуються пропозиції кожного закладу освіти. Оскільки державне фінансування на видання навчальної літератури відсутнє, самим авторам доводить-

ся вишукувати можливість на їх випуск. Література виходить невеликими тиражами і може задовільнити потребу лише конкретного закладу освіти. Серед книг, які вийшли в світ, є добре підготовлені, з урахуванням сучасних досягнень медицини, підручники та навчальні посібники, які могли б стати фундаментальними для студентів. Разом з тим, на жаль, деякі керівники ВМ(Ф)ЗО примушують готувати підручники і посібники, часто й ті, які дублюють вже видані. Це призводить до написання неякісної навчально-методичної літератури. Звичайно, при принциповому відношенні рецензентів такі роботи не отримують грифу на видання, але не завжди цей процес вдається проконтролювати. На жаль, спонсорів на фінансування видань більше знаходять хірурги, акушери-гінекологи, тобто клініцисти. І тому книг з цих дисциплін поки що видається більше. Складніше з фінансуванням на теоретичних кафедрах. Разом з тим, сподіваємося, що поступово ситуація зміниться на краще, а кількість переросте у якість.

Згідно з даними голів ДЕК, які були призначені наказом МОЗ України № 93 від 21.04.99 р. в кількості 43 чоловік, можна сказати, що на ДВІ не отримали “2” в таких закладах: Харківський ДМУ, Дніпропетровська ДМА, Запорізький ДМУ, Івано-Франківська ДМА, Вінницький ДМУ, Львівський ДМУ.

По кожному ВМЗО голови ДЕК визначали перелік недоліків у рівні сформованості знань та умінь випускників.

Узагальнюючи звіти, можна констатувати, що найпоширенішими серед більшості ВМЗО є недоліки з оволодіння випускниками знаннями та вміннями з таких питань та розділів:

I. За спеціальністю “лікувальна справа”:

– диференційна діагностика і медична допомога при невідкладних станах, особливо під час травм, клінічна діагностика, лікування синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання;

– клінічна лабораторна діагностика;

– фізикальні методи обстеження хворого, об’єм і їх послідовність;

– “читання” та клінічне тлумачення результатів рентгенологічних досліджень, даних електрокардіограми, інтерпретація спеціальних методів обстеження (комп’ютерна томографія);

– діагностика і лікування септичного шоку,

гнійно-септичних захворювань.

II. За спеціальністю “стоматологія”:

– диференційна діагностика гострих запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, надання невідкладної допомоги, методи знеболювання;

– обстеження, диференційна діагностика, сучасні технології лікування різних форм ускладненого карієсу, ортопедичні та пломбувальні матеріали;

– стоматологічна рентгенодіагностика;

– лікування деформацій щелеп та зубних рядів, вибір конструкції і виготовлення протезів, сучасні апаратні методи лікування, технології;

– вікові особливості ортопедичного лікування.

III. За спеціальністю “фармація”:

– оптимальний варіант аналізу багатокомпонентних лікарських форм, ідентифікація та кількісне визначення, контроль якості, випробовування на токсичність, пірогенність, стерильність;

– форми використання лікарських рослин, назви препаратів рослинного походження;

– технологічні та апаратні схеми виробництва лікарських засобів;

– сучасна номенклатура лікарських засобів, класифікація допоміжних речовин, їх роль у технології ліків;

– нормативна, контрольна та обліково-звітна документація у фармакологічному виробництві та аптечній мережі;

– економічна діяльність аптек, фінансовий менеджмент, маркетингові дослідження фармакологічних підприємств.

Таким чином, при аналізі результатів державних випускних іспитів, проведених у 1999 р., виявлені такі недоліки в підготовці випускників:

1. Слабка практична підготовка з питань детоксикації, імунокорекції та фармакотерапії септичних станів у клініці внутрішніх і хірургічних захворювань, бактеріального шоку в акушерсько-гінекологічній практиці.

2. Недостатні знання фтизіатрії з акцентом на шляхи розповсюдження і ранню діагностику туберкульозу.

3. Недостатні знання лікаря при спалахах інфекційних захворювань та харчових отруєннях і вміння організувати запобіжні заходи щодо їх локалізації та ліквідації.

4. Недостатнє формування знань медико-організаційної технології і надання першої

лікарської допомоги при комбінованих травмах виробничого і побутового походження.

5. Недостатні знання особливостей застосування фармакологічних препаратів у ранньому періоді вагітності, під час лактації та на першому році життя.

Зрозуміло, що готовність випускників ВМ(Ф)ЗО до практичної діяльності визначається не лише сформованістю професійних навичок. Особливе значення для розбудови Української держави має те, наскільки лікар може слугувати своєму народові, національній ідеї, ідеї Українського державотворення. І, якщо результати складання державних іспитів студентами ВМ(Ф)ЗО особливої тривоги не викликають, то проблема розвитку, а в деяких регіонах виникнення державної мови, за Конституцією України – української, не може не хвилювати. Так, згідно з чинним законодавством та планом МОЗ України, у 2000 році всі ВНЗО України повинні впровадити в навчальний процес державну мову. Реальний стан речей свідчить, що ця складна проблема у ВМЗО МОЗ України далека від свого впровадження. Мова йде не лише про Луганський, Донецький, Запорізький медуніверситети. Багато ще не вирішено проблем з розвитком державної мови і у ВМЗО центральної частини України (Вінницький медуніверситет, Українська медстоматологічна академія та інші). Не випадково за рішенням науково-методичної конференції, що проходила на базі Української медстоматологічної академії (м. Полтава) 24-27 вересня 1998 р., та згідно з планом роботи ЦМК з ВМО МОЗ України була проведена нарада-семінар завідувачів кафедр українознавства вищих медичних закладів МОЗ України 11-13 травня 1999 р. На нараді була вироблена стратегія подальшого розвитку та відродження державної мови в різних регіонах України, враховуючи специфічні особливості. На жаль, незважаючи на наші нагадування, представники Донецького, Дніпропетровського, Запорізького, Луганського медичних університетів були відсутні. Творча обстановка, яка склалась на нараді, особливо виступи представників Харківського медуніверситету, Харківської медакадемії, Одеського медуніверситету та Української медстоматологічної академії, дозволили виробити заходи щодо подальшої роботи у цьому напрямку.

Звичайно, вирішення проблеми державної

мови в Україні питання надто складне і потребує комплексного підходу. Насамперед, забезпечення ВМ(Ф)ЗО навчальною та навчально-методичною літературою. У цьому напрямку МОЗ України, ЦМК з ВМО та колективами ВМ(Ф)ЗО у минулому навчальному році здійснена велика робота: підготовлено і видано більше 50 програм для студентів; 30 – для лікарів-інтернів та магістрів.

Аналіз цієї проблеми свідчить про активність більшості викладачів ВМ(Ф)ЗО і особливо ректорів, які самі активно працюють над написанням підручників, це: проф. Скрипніков М.С. – Українська медстоматологічна академія, акад. Зіменковський Б.С. – Львівський медуніверситет, проф. Ковальчук Л.Я. – Тернопільська медакадемія, акад. Гончарук Є.Г. – НМУ, акад. Нейко Є.М – Івано-Франківська медакадемія, проф. Пішак В.П. – БМА, проф. Запорожан В.М. – ОМУ, проф. Гирін В.М. – КМАПО.

Разом з тим, на жаль, у значній кількості навчальних посібників, як свідчить проведений аналіз, незалежно від видавництва, ми зустрічаємо багато помилок і не лише стилістичних, а й змістовних.

Зокрема:

- подається недостовірною або застарілою інформація;
- застарілі номенклатури та класифікації;
- вживається неуніфікована термінологія;
- наводяться застарілі та неправильні назви лікарських препаратів, з необґрунтованим дозуванням.

Хотілося б звернути на це вашу увагу як авторів та рецензентів навчальної та методичної літератури.

Підвищення якості навчальної літератури, звичайно, потребує відповідного фінансового забезпечення. На жаль, держава за останні роки не виділила жодної копійки. Борг ЦМК з ВМО МОЗ України з 1996 р. складає: перед видавництвом “Вища школа” – 58079 грн., “Здоров’я” – 20842 грн., загалом – 78921 грн. В даний час видавництво “Вища школа” звернулось з позовом щодо повернення боргу за підручники, які отримав кабінет і передав ВМ(Ф)ЗО України.

Всім відомо, що МОЗ України винайшло шлях, як з вашою допомогою вийти з безвихідного становища. І наказом № 55 від 09.03.98 (п. 2, 2.1) запропонувало, починаючи 01.05.98 р., при ук-



ладанні угод зі студентами, що навчаються за кошти юридичних чи фізичних осіб, вносити у кошторис витрат розділ “на забезпечення навчальною та навчально-методичною літературою” та закладати на це кошти у розмірі не менше 5% щорічних сум від контрактів на весь період їх дії. На жаль, наказ ще до цього часу не запрацював, перешкодило казначейство своїми діями. Президент України Л.Кучма на колегії Міносвіти України обіцяв вирішити цю проблему, але, на жаль, поки що вона не вирішена, що затримує реалізацію зазначеного наказу.

Без централізованого керування процесом видання з використанням єдиного банку міжвузівських коштів нам не обійтись. Містечкові видання залишаються виданням книг для окремих вузів.

Навіть таке цілеспрямоване видання книг, яке проводиться ОДМУ до 100-річчя ОДМУ, підтверджує цю думку.

Звичайно, забезпеченість навчальною літературою ВМ(Ф)ЗО турбує не лише МОЗ України та ЦМК з ВМО МОЗ України. Більш принципово починає враховувати рівень вирішення цієї проблеми ДАК України, особливо при наданні ліцензії або акредитуванні навчальних закладів. Кошти беруться за підготовку фахівців, а достатнього методичного забезпечення ВМЗО немає. Виникає питання, чи виконуються умови ліцензування та акредитації. Фахова рада з медицини ДАК України на це питання також буде звертати увагу при прийнятті своїх рішень. Потрібно зазначити, що лише за 1999 р. пройшли акредитацію 44 медичні навчальні заклади за I рівнем акредитації, 4 отримали ліцензію, 5 – за II рівнем, 3 отримали ліцензію, 1 – за III рівнем і 1 ліцензія. Всього 49 ВМНЗ акредитовано і 7 із них отримали ліцензію. З них акредитовано підготовку фахівців за II рівнем: Луганський медуніверситет, Буковинська медакадемія, Дніпропетровська медакадемія, Івано-Франківська медакадемія та Українська фармакадемія.

Сьогодні, крім методологічних проблем акредитації, існує проблема, яка потребує обговорення та вирішення на рівні керівництва Кабінету Міністрів України. Так, за постановою Кабінету Міністрів № 200 проводиться акредитація і атестація ВНЗО за одним сценарієм. Це подвійне навантаження на навчальні заклади. Атестувати можна людину на ту чи іншу посаду, а не навчальний заклад. Всі ми знаємо, що

атестація – це залишок дореформного етапу розвитку освіти в Україні. В усьому світі існують єдині стандарти – навчальний заклад повинен мати ліцензію на проведення освітньої діяльності й бути акредитованим. І якщо ми взяли курс на реформування освіти, входження в Європейське співтовариство, то повинні враховувати міжнародний досвід, покінчивши при цьому із зайвими бюрократичними надбудовами.

Користуючись нагодою, хочемо повідомити, що у зв'язку з переглядом складів фахових рад, головою фахової ради з медицини ДАК України на своєму засіданні 06.07.99 р. ДАК призначив Богатирьову Р.В. – міністра охорони здоров'я. Внесені також відповідні зміни до складу ради згідно з чинним законодавством.

Важливою формою обміну науковою інформацією та самовираження професорсько-викладацького складу ВМ(Ф)ЗО є наукові журнали, які створені на терені навчальних закладів. Цікаво, що їх кількість значно збільшилася за останні роки. Особливо цікаві як за змістом, так і за формою видаються журнали у Тернопільській медичній академії – 6 видань, Львівському та Кримському медичних університетах – 3, Дніпропетровській медакадемії – 3, Національній фармацевтичній академії, Донецькому медуніверситеті – 3. На жаль, жодного журналу державною мовою у Донецьку не видається. В усіх інших ВМНЗ видається по 1-2 журнали, публікація в яких зараховується ВАК України.

Так об'єктивно склалося, що центральним журналом з проблем медичної освіти став журнал “Медична освіта”, виданий у Тернопільській медичній академії.

На завершення хочемо подати дані про виконання рекомендацій минулої конференції, яка відбулася на базі Української медичної стоматологічної академії (24-27 вересня 1998 р.):

1. МОЗ України своїм листом зверталось до Кабінету Міністрів з проханням звільнити від оподаткування видання підручників державною мовою.

2. Створювалася робоча група щодо розробки навчально-методичних документів.

3. Продовжувалася робота щодо формування закритого банку тестів для забезпечення етапних ліцензійних стандартизованих державних перевідних та випускних іспитів. Створений Центр тестування. У цьому році впрова-

джено ліцензійний інтегрований іспит за спеціальністю “Стоматологія”.

4. Проводилася робота зі створення клінічних баз у складі ВМЗО.

5. Продовжувалася робота щодо забезпечення навчально-методичною документацією підготовки сімейного лікаря.

6. Підготовлений наказ про створення наукової проблемної лабораторії з підготовки фармацевтів (при Національній фармацевтичній академії), готуються документи про створення лабораторії з підготовки стоматологів.

7. Продовжувалася робота з підготовки та видання навчальних програм для студентів та інтернів.

8. Започаткована робота щодо створення уніфікованого словника українських медичних термінів.

9. У травні на базі Івано-Франківської ДМА

проведена конференція “Про розвиток та впровадження державної мови в навчальний процес ВМ(Ф)ЗО МОЗ України”.

Потребують паралельного вирішення наступні проблеми:

1. Розподіл часу між очною та заочною формами навчання інтернів на кафедрах.

2. Питання про чітке визначення статуту недержавних ВМЗО і працевлаштування їх випускників.

3. Визначення статусу осіб, які закінчили магістратуру.

4. Питання про педагогічне навантаження викладачів медичних та фармацевтичних ВМЗО відповідно до світових стандартів.

5. Питання про створення галузевих підприємств для виробництва засобів матеріально-технічного забезпечення навчального процесу.

## **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ**

**Т.І.Чернищенко**

*Управління освіти та медичної науки МОЗ України*

Важливими факторами, що впливають на якість медичної допомоги є професійна підготовка та раціональне використання медичних кадрів. Ці питання набувають особливого значення в сучасному перехідному періоді народного господарства до соціальної економіки, в тому числі й системи охорони здоров'я. В зв'язку з цим, особливо важливого значення набуває проблема змісту та організації підготовки медичних кадрів, оскільки необхідно сформувавши нові стереотипи професійної та соціальної поведінки не тільки лікарів, але й молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів. Ефективне функціонування установ охорони здоров'я можливе за наявності висококваліфікованого медичного персоналу. Відомо, що кваліфікований працівник працює ефективніше та продуктивніше, краще використовує робочий час, швидше опановує прогресивні методи профілактики, діагностики та лікування захворювань.

Насамперед, необхідно зазначити те, що молодші медичні й фармацевтичні спеціалісти – це найбільша ланка фахівців в охороні здоров'я нашої держави.

Більше 502 тисяч медичних сестер, фельдшерів, акушерок, лаборантів, помічників санітарних лікарів, зубних лікарів і техніків, фармацевтів працюють у системі охорони здоров'я, що складає 68,5% від усіх зайнятих працівників нашої галузі. Тому саме молодші медичні й фармацевтичні спеціалісти є невід'ємною частиною і активними учасниками процесів, що відбуваються в охороні здоров'я.

Підготовка молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів в Україні проводиться у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-IV рівнів акредитації.

У 1997 році в Україні було здійснено реорганізацію навчальних закладів. Кабінетом Міністрів України була прийнята постанова від 29.05.97 № 526 “Про вдосконалення мережі вищих медичних та професійно-технічних

навчальних закладів” і, враховуючи низький рівень матеріально-технічної бази та за поданням Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим і обласних держадміністрацій, 9 медичних училищ отримали статус філій.

Проте, як показала практика, в окремих випадках проведення реорганізації навчальних закладів I-IV рівнів акредитації і створення далеко розташованих філій ускладнило процес навчально-виховної роботи, господарської та фінансової діяльності закладів, тому Керченській, Ковельській, Обухівській та Євпаторійській філіям було знову повернуто статус медичних училищ.

У даний час підготовка молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів проводиться в 107 вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації.

Із них мають статуси:

- медичні коледжі – 5 (Вінницький, Кримський, Львівський, Черкаський, Рівненський);
- медичні училища – 95;
- філій медичних училищ – 4 (Костопільська, Первомайська, Кременська, Ватутінська);
- технікуми – 2 (технікум Української фармацевтичної академії та Харківський технікум медичного обладнання);
- фармацевтичне училище – 1 (Житомирське).

Підготовка молодших спеціалістів, окрім вищезазначених 107 вищих медичних навчальних закладів освіти I-II рівнів акредитації та філій, проводиться у вищих медичних закладах освіти III-IV рівнів акредитації (Донецький, Луганський, Львівський, Одеський медичні університети, а також Тернопільська, Буковинська, Дніпропетровська медичні академії, Українська медична стоматологічна академія).

Крім цього, в Україні працюють також приватні заклади освіти I рівня акредитації: “Монада”, “Медик” (м. Львів); Дарницька медична школа (м. Київ), коледж Інституту народної медицини (м. Київ); Ізмаїльське медичне училище (Одеська область).

Підготовка молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів проводиться за 13 спеціальностями:

- сестринська справа;
- лікувальна справа;
- акушерська справа;
- стоматологія;

- стоматологія ортопедична;
- лабораторна діагностика;
- медико-профілактична справа;
- військова справа;
- фармація;
- промислова фармація;
- аналітичний контроль якості хімічних сполук;
- виробництво оптичних та оптикоелектронних виробів;
- конструювання, виробництво і технічне обслуговування;
- електронна техніка.

Зміни, які відбуваються в суспільстві, розбудова державного устрою вимагають і відповідного реагування з боку системи освіти. Тому на замовлення Міністерства оборони України у Вінницькому медичному коледжі розпочато підготовку фахівців за новою спеціальністю: помічник військового лікаря. Крім цього, враховуючи потребу стоматологічних установ у підготовці кадрів, та відповідно до реформування ступеневої стоматологічної освіти в Україні, в цьому навчальному році розпочата підготовка нової спеціальності – асистент лікаря-стоматолога (рівень молодшого спеціаліста). Ця ініціатива Міністерства охорони здоров'я підтримана Асоціацією лікарів-стоматологів України, Українською медичною стоматологічною академією, Одеським науково-дослідним інститутом стоматології, Національним медичним університетом.

Фінансування вищих медичних закладів освіти I-II рівнів акредитації відбувається переважно за рахунок місцевого бюджету (105 медичних училищ, філій і коледжів) і в двох випадках – за рахунок державного фінансування (2 заклади, що входять до структури вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації: хіміко-фармацевтичний технікум Української фармацевтичної академії та медичне училище при Кримському медичному університеті).

Аналіз фінансово-економічної діяльності медичних училищ (коледжів), які фінансуються за рахунок місцевого бюджету показує, що в 1996 році потреба навчальних закладів I-II рівнів акредитації становила 30 млн. 460 тис. гривень, фактично було виділено 20 млн. 365 тис. гривень, що становить 66,9% від потреби. З ура-

хуванням спонсорських благодійних внесків та контрактної форми навчання заклади отримали 23 млн. 826 тис. грн.

У 1998 році при потребі закладів освіти 37 млн. 268 тис. грн. місцевими органами влади було виділено 19 млн. 682 тис. грн., а з урахуванням надходжень від контрактної форми навчання загальна сума асигнувань становила 33 млн. 38 тис. грн.

Обсяги прийому студентів до вищих медичних (фармацевтичного) закладів освіти I-II рівнів акредитації є наступними:

1) 1996 рік – загальний прийом з усіх спеціальностей – 23,7 тис. осіб, із них за бюджетною формою навчання – 14 тис. осіб;

2) 1997 рік – загальний прийом з усіх спеціальностей складав – 21,1 тис. осіб, із них за бюджетною формою навчання – 12,5 тис. осіб;

3) 1998 рік – загальний прийом з усіх спеціальностей становив – 21,13 тис. осіб, із них за бюджетною формою навчання – 11,3 тис. осіб;

4) 1999 рік – план за державною формою становить 11,2 тис. осіб.

Як показує аналіз плану прийому, за три останні роки державне замовлення і загальний прийом зменшуються.

Прийом до вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації ведеться після 9 та після 11 класів школи.

Аналіз плану прийому на базі 9 класів показує, що в 1997 році загальний прийом становив 6957 осіб, із них за бюджетною формою навчання – 3277 чол. (52,9% – контрактна форма); в 1998 році загальний прийом становив 7050 осіб, із них за бюджетною формою – 3456 осіб (51,0% – контрактна форма), в 1999 році план – 3271 особу (бюджетна форма).

Прийом на базі 11 класів: 1997 рік – 14147 осіб, із них 9243 – бюджетна форма навчання (34,7% – контрактна); 1998 рік – 1451 особа – загальний прийом, із них 8067 – бюджетна форма навчання (43,05% – контрактна форма); у 1999 році план склав 7397 осіб за бюджетною формою навчання.

Спостерігається позитивна тенденція зменшення прийому до вищих медичних закладів освіти I-II рівнів акредитації на базі 9 класів, разом з тим зростають обсяги контрактної форми навчання на базі 11 класів.

Контрактна форма навчання активно впроваджується за всіма спеціальностями в медич-

них училищах і коледжах. Вартість навчання одного студента в минулому році складала (середні показники):

- “сестринська справа” – 900 грн;
- “лікувальна справа” – 900 грн;
- “акушерська справа” – 940 грн;
- “стоматологія ортопедична” – 1290 грн;
- “стоматологія” – 1025 грн;
- “лабораторна діагностика” – 960 грн;
- “медико-профілактична справа” – 990 грн;
- “фармація” – 1100 грн.

Як вже було зазначено, підготовка молодших медичних спеціалістів і бакалаврів проводиться і у вищих медичних (фармацевтичному) закладах освіти III-IV рівнів акредитації. Така підготовка ведеться за спеціальністю “медична сестра” та деякими іншими:

– 1996 рік – всього зараховано 327 осіб, із них бюджетна форма навчання – 210 осіб і 117 – контрактна (Дніпропетровська, Тернопільська, Буковинська медичні академії, Донецький, Запорізький, Львівський медичні університети).

– у 1997 році всього зараховано 214 осіб (за контрактною формою навчання), на підготовку медсестер-бакалаврів зараховано 186 осіб, із них 150 – бюджетна форма і 36 – контрактна.

План прийому студентів на I курс за державним замовленням в двох медучилищах у 1999 році до вищих медичних (фармацевтичного) закладів освіти МОЗ України, що фінансуються з державного бюджету (молодші спеціалісти), становить 300 осіб, із них: сестринська справа – 60 осіб (I рівень); сестринська справа – 150 осіб (II рівень); стоматологія ортопедична – 30 осіб; фармація – 30 осіб; промислова фармація – 20 осіб; аналітичний контроль – 10.

Як показує проведений аналіз прийому, головними медичними навчальними закладами з підготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів в Україні є медичні училища і коледжі. Тому зрозуміло, що якість підготовки медичних сестер, фельдшерів, акушерок, лаборантів, фармацевтів та інших молодших спеціалістів залежить, перш за все, від спроможності медичного училища або коледжу здійснювати їх підготовку на сучасному рівні. Визначальними факторами, які дозволяють навчальному закладу здійснювати підготовку, є матеріально-технічна база та кваліфіковані педагогічні кадри.



При загальному контингенті 59825 студентів, які навчаються в медичних училищах і коледжах, навчальний процес здійснюють 5656 викладачів. Із них – 2856 лікарів за фахом та 1693 педагоги.

До навчального процесу в медичних училищах і коледжах (в основному до проведення практичних занять) залучені 247 молодших медичних спеціалістів.

Медична освіта – це одна із небагатьох галузей охорони здоров'я, де вже помітні суттєві зрушення відповідно до сучасних соціально-економічних перетворень у державі. І це стосується не тільки підготовки лікарів, але й молодших медичних спеціалістів, зокрема медичних сестер.

Починаючи з 1993 р., в Україні розпочато реформування медсестринської освіти.

Існуюча раніше система підготовки середніх медичних працівників, і зокрема медичних сестер, передбачала тільки підготовку дипломованих медичних сестер з терміном навчання 2 роки.

Вивчення міжнародного досвіду підготовки медичних сестер, ступеневої медсестринської освіти в розвинених країнах світу, таких як Канада, США, дозволило проаналізувати, порівняти рівень медсестринської освіти і визначити пріоритети її подальшого розвитку. Так, в Україні вперше у Львівському медичному коледжі було розпочато підготовку медичних сестер за програмою бакалаврату.

Починаючи з 1997 р., Міністерством охорони здоров'я було прийнято рішення переходу підготовки медичних сестер від медичної до медсестринської моделі. Цьому, звичайно, передувало вивчення міжнародного досвіду підготовки медичних сестер на прикладі такої країни як Канада. Найбільшою відмінністю медсестринської освіти в Україні було те, що навчання майбутніх медичних сестер відбувалося на основі медичної моделі й увага зосереджувалася на:

- причинах захворювання;
- ознаках і симптомах;
- лікуванні пацієнтів.

Медсестринська ж модель зосереджує увагу на:

- наданні допомоги і догляді;
- медсестринському процесі, тобто на тому, як оцінити загальний стан пацієнта, спланувати свою роботу з ним, впровадити план в дію і оцінити результати своєї роботи.

Медсестринська модель підготовки медичної сестри дозволяє кардинально змінити надання медсестринської допомоги пацієнтам.

Пріоритети в медсестринській освіті:

- у бакалавраті – медсестринська практика;
- у магістратурі – теорія мистецтва та науки в медсестринстві;

– у докторантурі – медсестринські дослідження.

Що значить виділення пріоритетів?

1. Виділення таких пріоритетів дозволяє визначити головну мету підготовки спеціалістів у бакалавраті, магістратурі й докторантурі.

2. Дозволяє визначити пріоритетність підготовки викладацьких кадрів із кількості висококваліфікованих медичних сестер (в усіх розвинених країнах світу викладачами в медсестринських науках є самі медичні сестри). І ці викладачі готуються в магістратурі з медсестринства.

3. Головне спрямування в докторантурі – медсестринські дослідження, завдання яких збагачувати медсестринські теорії і розвивати медсестринську освіту і практику.

Міністерством охорони здоров'я України були розроблені в 1997 р. нові навчальні плани із спеціальності “сестринська справа” і як експеримент спочатку були запроваджені в декількох навчальних медичних закладах. У вересні минулого року ці навчальні плани були введені у всі вищі медичні навчальні заклади, які ведуть підготовку спеціалістів зі спеціальності “сестринська справа”.

Аналіз навчальних планів зі спеціальності “сестринська справа” показує, що відбулися зміни в медсестринській освіті. Так, наприклад, якщо в 1995 р. перелік навчальних планів на рівні дипломованої медичної сестри включав 32 предмети, то в 1998 р. — 37. Відбулися зміни і в розподілі годин. Так, навчальний план у 1982 р. складав 2052 год; у 1991 р. – 2198 год; у 1995 році – 2160 год та 654 год для самостійної роботи; у 1998 р. – 2320 год та 924 год самостійної роботи.

У підготовці дипломованої медичної сестри також є позитивним те, що замінені державні іспити з окремих предметів одним загальним комплексним іспитом з основних клінічних та фундаментальних дисциплін. Комплексний іспит – це одна із досконалих форм міждисциплінарної інтеграції, що сприяє входженню фундаментальних предметів в про-

фесійно-орієнтовані дисципліни.

Головною навчальною дисципліною в новому навчальному плані виступає предмет “Основи сестринської справи”, на який відведено 270 год, що складає 10% від загальної кількості годин. Це, звичайно, не більше ніж в попередньому навчальному плані – 221 год, але перерозподіл їх значно змінився:

- теорія – 40 год замість 21 год;
- практика – 190 год замість 162 год.

Головним також є те, що змінюється зміст кожного розділу навчальної програми.

Так, студентки вже з перших занять починають вивчати основу основ своєї професії – сестринський процес, сестринську філософію, міжособистісне спілкування та сестринський діагноз, вперше знайомляться з поняттям про стандарти сестринського догляду. Змінено принципові підходи до викладання клінічних дисциплін. Замість терапії — медсестринство в терапії; хірургії – медсестринство в хірургії; педіатрії – медсестринство в педіатрії тощо.

Це зміна навчально-методичних підходів до вивчення названих дисциплін, які в попередніх програмах називались як цикл спеціальних дисциплін.

Відмінністю нових навчальних планів і програм є також й те, що майбутню медичну сестру навчають розгляду проблем, що пов’язані із здоров’ям конкретної людини, невідривно від оточуючого середовища: сім’ї, колективу, соціально-економічних проблем, тобто навчають враховувати всі фактори, які впливають на людину і її здоров’я.

Порівняльна характеристика навчальних планів зі спеціальності “сестринська справа” у 1988, 1995 та 1998 роках свідчить про збільшення загальної кількості годин навчальної практики на 200 год, що, безперечно, матиме позитивний вплив на якість підготовки майбутніх фахівців.

Змінено підготовку медичних сестер з програми бакалаврату. Введено нові для медсестринської освіти предмети:

1. Медсестринський процес – 108 год.
2. Історія медицини та медсестринства – 54 год.
3. Психічне здоров’я – 54 год.
4. Ріст і розвиток людини – 189 год.
5. Обстеження та оцінка стану здоров’я людини – 216 год.
6. Клінічне медсестринство — 216 год.

7. Громадське медсестринство – 108 год.

8. Медична та соціальна реабілітація — 54 год.

9. Економіка охорони здоров’я, маркетинг медичних послуг – 81 год.

10. Менеджмент та лідерство в медсестринстві – 108 год.

Створена в Україні ступенева медсестринська освіта включає:

- молодші медичні сестри по догляду за хворими – 3-4 місяці;
- підготовка дипломованої медичної сестри – 2 роки навчання;
- підготовка медичних сестер-бакалаврів – 2 роки (після загальної школи);
- вечірня форма навчання для практикуючих медсестер – 3 роки.

Відповідно до реформування медсестринської освіти навчальні плани розроблені як на рівні підготовки дипломованої медичної сестри:

1) на базі основної школи (9 класів) – 3 роки навчання;

2) на базі загальної школи (11 класів) – 2 роки навчання; так і на рівні підготовки медичної сестри-бакалавра:

- 1) після закінчення медучилища – 2 роки;
- 2) для практикуючих медичних сестер за вечірньою формою навчання – 3 роки.

Вечірня форма підготовки медичних сестер з програми бакалаврату була організована відповідно до рекомендацій, прийнятих у 1995 році на Національній конференції з питань розвитку медсестринства України, яка проходила в Чернівцях.

Першим вищим медичним навчальним закладом IV рівня акредитації, де була відкрита кафедра сестринської справи, стала Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського.

Кафедри сестринської справи, яким надано статус клінічних, відкриті в Українській медичній стоматологічній, Дніпропетровській медичній академіях та Одеському і Львівському медичних університетах.

Важко переоцінити значення відкриття кафедр сестринської справи в медичних академіях та університетах для розвитку медсестринської освіти та й медсестринства загалом. Одним із важливих завдань для нас є те, щоб скоординувати спільну роботу кафедр сестринської справи з цикловими комісіями сестринської справи медичних училищ і коледжів.

У цьому році змінено пріоритети при вступ-

них іспитах на програму бакалаврату: особи, які вже мають закінчену медсестринську освіту на рівні дипломованих спеціалістів і беруть участь у вступних іспитах на програму бакалаврату замість іспиту з біології (за шкільною програмою) складають іспит з “основ сестринської справи”.

У даний час Управління освіти та медичної науки разом з Головним управлінням державної служби і медичних кадрів та Головним управлінням економіки працює над питанням введення штатних посад медичних сестер-бакалаврів в установи охорони здоров'я.

З усіх спеціальностей, в тому числі й зі спеціальності “сестринська справа”, розроблені проекти стандартів освіти, які були розглянуті на Першому Всеукраїнському з'їзді молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів.

В їх обговоренні брали участь викладачі медичних училищ, коледжів, декани факультетів сестринської справи і практикуючі молодші медичні спеціалісти (медсестри, фельдшери, лаборанти, фармацевти, зубні техніки, санітарні фельдшери), всього – 289 чоловік. Стандарти освіти були загалом схвалені та прийняті.

Введення стандартів вищої освіти зі спеціальності “сестринська та лікувальна справа” передбачає:

- створення в училищах і коледжах самостійних циклових комісій “сестринської справи”;
- організацію відділень з догляду за пацієнтом на базі лікувально-профілактичних закладів;
- узаконення стандартів в практичній діяльності медичної сестри для вирішення питання про єдиний підхід у навчанні;
- розробку “Положення про перевідний державний іспит із “сестринської справи”.

Вирішення цих питань при впровадженні в дію стандарту вищої освіти може викликати такі проблеми:

- забезпечення індивідуального робочого місця студента в кабінетах доклінічної практики (фантомний курс навчання);
- забезпечення студентів підручниками з теоретичних основ “сестринської справи” і з медсестринства в клінічних дисциплінах;
- розробку відповідної медсестринської документації в лікувально-профілактичних закладах.

В останні роки значно зросла роль фельдшерів і акушерок, які забезпечують надання первинної медико-санітарної допомоги жіночому насе-

ленню на фельдшерсько-акушерських пунктах. В зв'язку з тим, що в останні роки значно погіршився транспортний зв'язок між населеними пунктами, жінки не завжди мають можливість своєчасно спостерігатися лікарями-акушерами-гінекологами і бути своєчасно госпіталізованими на пологи. Про це свідчить значний рівень пологів, що відбуваються на фельдшерсько-акушерських пунктах. Особливо це стосується Рівненської та Івано-Франківської областей, в яких у 1998 році на фельдшерсько-акушерських пунктах було прийнято найбільше пологів. При цьому має місце тенденція значного зростання кількості випадків пологів на фельдшерсько-акушерських пунктах без наступної госпіталізації до пологових будинків.

Зі спеціальності “акушерська справа” передбачають:

1) обов'язкове виділення годин на VII семестр (акушерство вивчалось в IV, V та VI семестрах, що створювало проміжок між вивченням предмета та державним контролем тривалістю 9 місяців);

2) подальше збільшення годин на вивчення фізіологічного акушерства, яке є основою діяльності акушерки. Вивчення патологічного акушерства зводиться до ознайомлення з патологією, своєчасною діагностикою та наданням невідкладної допомоги;

3) збільшення кількості годин на акушерство і скорочення годин на вивчення гінекології. Скорочення годин на гінекологію зумовлено об'ємом умінь, що вимагаються від випускників і підтверджено практикуючим середнім медичним персоналом;

4) дотримання міжпредметних зв'язків між дисциплінами, які забезпечують вивчення профільних предметів.

При введенні в дію стандартів освіти зі спеціальності “Медико-профілактична справа” необхідно:

1) запровадити предмет “Клінічна патологія з основами професійної патології” замість предметів “Терапія”, “Хірургія”, “Педіатрія з курсом дитячих інфекцій”, “Основи сестринської справи”;

2) ввести предмет “Перша медична допомога з елементами загального догляду за хворими”;

3) враховуючи широке застосування хімічних речовин на виробництві та в побуті, ввести в курс спеціальних дисциплін предмет “Гігієна токсичних речовин”;

4) запровадити курс “Екологічна безпека та безпека життєдіяльності”;

5) надати можливість випускникам спеціальності “медико-профілактична справа” працювати в службі екологічної міліції.

Становище, яке склалося в галузі охорони здоров'я, на жаль, кризове. Це стосується майже всіх напрямків функціонування: медичного обслуговування населення, медикаментозного забезпечення, фінансової підтримки діяльності інфраструктури, її матеріально-технічного забезпечення.

Реформування в нашій державі такої важливої галузі як охорона здоров'я проходить в період кризової ситуації, яка є в економіці України.

Соціально-економічні деформації в суспільстві та інші об'єктивні причини не дозволяють в повному обсязі здійснити державні профілактичні заходи, і як наслідок цього катастрофічно погіршується здоров'я нації.

За останні роки в Україні підвищилася смертність і скоротилася тривалість життя. Якщо на початок 1993 року в Україні було 52 мільйони 244 тисяч населення, то на початок 1999 року – 50 мільйонів 100 тисяч чоловік. Тільки протягом цього півріччя чисельність населення України зменшилася ще приблизно на 170 тисяч чоловік. Головною причиною зменшення населення, як і раніше, є зниження народжуваності на фоні високого рівня смертності.

У 1998 році кількість народжених порівняно з 1993 роком зменшилася на 138,3 тисячі. Нині рівень народжуваності в Україні – найнижчий в Європі та у світі. Крім того, зростає частка бездітних сімей та сімей з однією дитиною. І як результат цього в Україні відбувається процес “старіння” населення. На початку цього року частка осіб працездатного віку становить 23,0%, а чисельність осіб похилого віку перевищує чисельність дітей і підлітків. Нині кожний четвертий житель країни є пенсійного віку, а на селі – майже кожний третій.

Головними причинами смертності є: серцево-судинні захворювання, хвороби органів дихання, інфекційні хвороби та захворювання ендокринної системи.

Особливу тривогу викликає поширення соціально небезпечних хвороб, таких як туберкульоз, СНІД, венеричні захворювання. Так, за п'ятирічний період захворюваність на ту-

беркульоз зросла на 44,8%, на сифіліс за семирічний період – у 23 рази.

Кількість наркологічних захворювань збільшилася за останні роки в 5 разів. Не знижується частота захворюваності на рак. На онкологічні хвороби щорічно хворіє близько 159 тисяч осіб. Захворюваність на рак в післячорнобильський період зросла в Україні у 10 разів. 63% всіх випадків раку щитовидної залози припадає на м. Київ, Київську, Житомирську, Чернігівську та Черкаську області.

Чисельність громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи становить 3 млн. 236 тис. осіб, у тому числі 1 млн. 115 тис. дітей.

Такі тенденції викликають серйозне занепокоєння і змушують нас реагувати і в системі медичної освіти.

Міністерство охорони здоров'я здійснює заходи щодо припинення скорочення ліжкової мережі в Україні. Так, вже припинено скорочення первинної ланки, особливо на селі. Протягом 1999 року закрито лише 3 фельдшерсько-акушерських пункти. Однак, на жаль, як і раніше, половина ФАПів знаходяться в незадовільних умовах (Полтавська, Чернігівська, Волинська, Тернопільська області та АР Крим).

Серед проблем, які стоять перед системою охорони здоров'я, перш за все, є реформування системи первинної та спеціалізованої медичної допомоги з переорієнтацією на лікаря загальної практики (сімейного лікаря), медичну сестру загальної практики (сімейну медичну сестру), медичну сестру-бакалавра, фельдшера, які б пройшли спеціалізацію з сімейної медицини. До речі, навчальні плани і програми циклів спеціалізації та удосконалення як для лікарів, так і фельдшерів та медичних сестер Міністерством охорони здоров'я розроблені й затверджені.

Впровадження сімейної медицини в Україні поки що йде повільними темпами. Так, наприклад, на сьогодні в нашій країні функціонує 200 установ сімейної медицини і 80% з них розташовані у Західному регіоні. Міністерство планує цього року завершити розробку окремої постанови Уряду стосовно комплексних заходів щодо впровадження програми “Сімейна медицина”.

Ці позиції вказують на необхідність у високоосвічених медичних сестрах та акушерках, які беруть відповідальність за свою діяльність, здатні справлятися зі змінами на основі отриманих



знань, є компетентними в роботі у багатодисциплінарному та багатосекторному контексті.

З огляду на значні соціально-економічні та культурні відмінності в різних частинах Європи та різні рівні розвитку медичного догляду в кожній

країні, ця освітня стратегія не тільки своєчасна, але й актуальна. Якщо кожна країна буде сприяти їй як систематичний захід, це буде великим кроком у створенні спеціалістів, що гідні звання медичної сестри та акушерки 21 століття.

## **ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС**

**Л.Я.Ковальчук**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

Стратегічним напрямком вирішення проблеми медичної освіти є створення для студентів належних умов для отримання систематизованої інформації та її засвоєння. На практиці даний процес втілюється розробкою і виданням сучасних підручників, посібників, методичних вказівок, розгортанням читальних залів, проведенням практичних занять переважно біля ліжка хворого тощо.

Однак у бурхливому потоці інформації жоден підручник не зможе повною мірою донести майбутнім лікарям новітню інформацію на основі аналізу сучасної літератури, отриманої як з доступних видань, так і з всесвітньої інформаційної мережі Інтернет.

Не відкидаючи основних принципів навчання у вищій школі, перевірених тисячолітньою практикою, в Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського у процес навчання широко інтегрується комп'ютерна техніка. Враховуючи технічні можливості сучасного комп'ютера як засобу зберігання, обробки і передачі практично всіх видів інформації, для викладачів і студентів з'являється унікальна можливість отримувати будь-які дані з всесвітньої інформаційної мережі Інтернет, займатися так званою телеосвітою, тобто проводити навчання на відстані, прискорювати обмін інформацією, тобто брати участь у телеконференціях і здійснювати листування засобами електронної пошти. Крім цього, за допомогою комп'ютера можна створити електронний підручник, тобто базу даних, яка насичена різними видами систематизованої

інформації, завчасно поповнюється новими даними і доносить їх до користувача. Ще одна перевага застосування комп'ютера – це об'єктивізація контролю знань студентів.

Основними проблемами, які виникають при впровадженні комп'ютерної техніки в навчальний процес, є, по-перше, створення відповідної матеріально-технічної бази; по-друге – низький рівень знань і умінь викладачів і студентів як користувачів персональних комп'ютерів.

На даний час усі кафедри забезпечені необхідним обладнанням. Поряд із цим відбувається створення в усіх навчальних корпусах комп'ютерних центрів – це 8-12 робочих місць, об'єднаних в мережу. На сьогоднішній день діє 7 комп'ютерних центрів: в адміністративному корпусі, морфологічному, медсестринському корпусах: навчальних корпусах № 1 і № 2, а також у консультативно-лікувальному центрі. Для багатьох з них виділений сервер, який забезпечує можливість роботи в мережі Інтернет. У кожному комп'ютерному центрі працює кваліфікований оператор. В його обов'язки входить підтримання персональних комп'ютерів у належному технічному стані, облік відвідувачів, поточні консультації. Комп'ютери, які розміщені в читальних залах, розраховані для роботи з електронною картотекою, електронними підручниками, а також для пошуку в Інтернеті. Слід зазначити, що вся продукція видавництва "Укрмедкнига" в електронному варіанті представлена у наших читальних залах. У кожному комп'ютерному центрі викладачі й студенти мають можливість здійснювати набір індивідуального текстового матеріалу та його безкоштовний

друк на лазерному принтері. Курсанти та лікарі-інтерни можуть здійснювати тренінг за комп'ютерними програмами атестації. В поточному році послугами комп'ютерних центрів скористалося близько 3,5 тисяч відвідувачів.

Майже в усіх теоретичних корпусах створені комп'ютерні центри. На черзі – створення комп'ютерної мережі, яка б об'єднала всі кафедри, комп'ютерні центри і бібліотеку.

З вересня 1998 року в академії розпочала роботу кафедра медичної інформатики з курсом фізики і спецобладнання. За рахунок скорочення викладання ряду дисциплін в середньому на 2-4 год курс інформатики збільшився до 108 год практичних занять і 62 год лекцій. Студенти послідовно вивчають персональний комп'ютер і його зовнішні пристрої як засоби обробки інформації, засвоюють основні положення медичної статистики, математичного моделювання, теорій оптимального керування, автоматичного регулювання і прийняття рішень, опановують прикладні програми як безпосередній інструмент розв'язання практичних завдань медицини і охорони здоров'я. Створена кафедрою навчальна програма складається з шести розділів відповідно до кожного курсу. Їх вивчення завершується диференційованим заліком. Кафедра обладнана необхідною комп'ютерною технікою і програмним забезпеченням. Перший досвід викладання медичної інформатики за створеною програмою засвідчив про високу зацікавленість студентів до предмета, проте виявив необхідність у додаткових зусиллях кафедри у зв'язку із низьким рівнем їх довузівської підготовки.

Декілька слів про використання в академії всесвітньої інформаційної мережі Інтернет. Кожен співробітник і студент має змогу безкоштовно здійснювати пошук необхідної інформації в мережі. В першу чергу це стосується медичної інформації для написання рефератів, історій хвороб, наукових статей, оформлення оглядів літератури до магістерських робіт та дисертацій. Даний процес регулюється науковим відділом академії. Крім цього, створена власна Web-сторінка, в якій висвітлено загальну інформацію про академію, перелік видань видавництва “Укрмедкнига”, зміст науково-практичних журналів академії.

У комп'ютерних центрах створена власна база даних на медичну тематику на основі

інформації з Інтернету, яка систематично поповнюється. Щотижнево видається інформаційний листок “Новини Інтернету” з добірною інформацією про світові науково-медичні бази даних. Ще одна послуга – це можливість листування засобами електронної пошти. Практично кожен співробітник і студент можуть створити власну поштову скриньку, відправляти і отримувати повідомлення без оплати за послуги.

Наступним аспектом впровадження комп'ютерних технологій в навчальний процес є створення електронних підручників. Це є завданням усіх без винятку кафедр нашої академії. В даний час на кожній з них електронний підручник знаходиться на тому чи іншому ступені готовності. До кінця 1999 року всі вони повинні поступити для монтажу на компакт-диск у видавництво “Укрмедкнига”.

Сьогодні вперше в Україні створено 6 електронних підручників: “Шпитальна хірургія”, “Лапароскопічна хірургія”, “Педіатрія”, “Інфекційні хвороби”, “Урологія” та “Анестезіологія”.

Електронні підручники, або мультимедійні компакт-диски, мають вступ, у якому представлений його укладачі, зміст книги, основний текст, набір ілюстрацій: таблиці, діаграми, рисунки, фотографії, відеофрагменти, практично все, що може наочно подати викладений у підручнику матеріал. Крім цього, є спеціальна контролююча програма, яка містить набір тестів до кожного розділу, самостійно виставляє оцінку, підказує правильну відповідь. Під час читання тексту можна вмикати ту чи іншу ілюстрацію.

Такі підручники насичені ілюстративним матеріалом практично з усіх нозологічних одиниць, вивчення яких передбачається навчальною програмою. Всім відомо, що деякі патологічні процеси трапляються у клініці, навіть обласного масштабу, дуже рідко. Проте, завдяки електронному підручнику кожен студент має змогу не тільки прочитати, але й побачити різноманітні методи обстеження, хід операцій тощо. Можна багаторазово переглядати ті фрагменти, які є особливо цікавими або важкими для усвідомлення. Не потрібно нікого переконувати в тому, що даний підхід сприяє кращому запам'ятовуванню матеріалу і прискоренню

оволодіння практичними навичками. Все це не може не зацікавити студентів, і ми сподіваємось на їхню віддачу в плані підвищення успішності навчання.

Для розробки електронних підручників в академії створено спеціальну студію компакт-дисків.

Перспективним напрямком впровадження сучасних технологій у навчальний процес ми вбачаємо телеосвіту, або як її ще називають — освіту на відстані. Сучасні засоби телекомунікації дозволяють проводити відеолекції, семінари, наукові конференції і дискусії, обмін інформацією організаційно-методичного характеру тощо. Іншими словами, використовуючи телекомунікаційні системи, студент-медик або дипломований спеціаліст, який знаходиться у відносній інформаційній ізоляції, може “відвідувати” лекції і практичні заняття відомих вчених, брати участь у клінічних телеконференціях тощо. Розвиток телекомунікацій робить систему післядипломної освіти практично постійною. Одноразово внесені кошти в телекомунікації могли б себе швидко виправдати за рахунок підвищення ефективності освіти при відсутності потреби виїжджати курсантам у провідні навчальні заклади держави.

Організація медичних консультацій на відстані – важливий аспект цієї проблеми. На сьогодні в нас існує домовленість з інститутом серцево-судинної хірургії щодо консультування хворих з використанням телекомунікаційних технологій. Для студентів V курсу в навчальний процес впроваджено курс основ телемедицини.

*Застосування комп'ютерів для об'єктивізації знань студентів.* Даний напрямок, оче-

видно, був одним з перших, який впроваджувався в навчальний процес у більшості вузів при появі на кафедрах персональних комп'ютерів. В цьому напрямку наша академія має ряд напрацювань. В першу чергу — кафедра шпитальної хірургії є базовою щодо створення контролюючих тестів з хірургії. По-друге, нами розроблена програма для формування випадкового набору питань під час державних іспитів. Вона використовується вже 5 років і зарекомендувала себе тільки з кращого боку.

*Перспективи впровадження комп'ютерних технологій у навчальний процес.* Звичайно, жоден комп'ютер не замінить живого спілкування викладача і студента. Проте, можливості інформаційних технологій є настільки великими, що ми просто зобов'язані студентам надати можливість навчитися працювати з комп'ютером, а також створити умови для отримання інформації з різноманітних джерел: Інтернету, мультимедійних підручників, відеолекцій з провідними вченими тощо. Плануємо розробити і сформувані єдину загальноакадемічну комп'ютерну мережу. Завдяки їй з кожної кафедри чи комп'ютерного центру можна буде користуватися як послугами Інтернету, так і академічною базою даних, куди увійдуть розроблені електронні підручники, електронні варіанти періодичних видань, картотека, питання адміністративного характеру тощо. Це вимагає значних капіталовкладень, проте ми будемо працювати послідовно, з певністю, що невдовзі життя у державі піде на краще і буде ставитися питання про створення єдиного в Україні інформаційного телемедичного простору.

## **ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНИХ СИСТЕМ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ**

**А.А.Гудима, А.Я.Господарський**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

Широке впровадження інформаційних технологій в охорону здоров'я і медичну освіту наприкінці нинішнього століття спричинило появу

нової прикладної дисципліни — телемедицини.

Предметом телемедицини є передача медичної інформації між віддаленими один від одного пунктами, де можуть знаходитися пацієнти, лікарі, викладачі та студенти-меди-

ки з метою консультування, безпосереднього лікування і навчання.

Застосування методів телемедицини у навчальному процесі ми означаємо як телеосвіту.

Система телеосвіти полягає у використанні інформаційних і телекомунікаційних технологій для забезпечення доступу студентів-медиків чи дипломованих спеціалістів до будь-яких джерел інформації, розміщених на відстані.

В основі технологій отримання інформації, які використовуються в телемедицині і телеосвіті, лежать обчислювальні мережі.

Обчислювальна мережа — спосіб об'єднання комп'ютерів, розміщених на різній відстані, з метою взаємного обміну інформацією.

Мета даної роботи: висвітлити основні можливості сучасних обчислювальних мереж і напрямки їхнього впровадження в систему телеосвіти.

Основним критерієм при прийнятті рішень щодо організації телекомунікацій і їх впровадження в навчальний процес є питання про типи завдань, які при цьому можуть бути виконаними. В цілому телекомунікаційні засоби дозволяють виконувати обмін файлами, обмін факсимільними повідомленнями, обмін алфавітно-цифровою інформацією, голосовий і відеоконференцзв'язок в режимі реального часу.

Передача наведених видів інформації може поширюватися на різну відстань. Від неї залежить складність організації обчислювальної мережі та її вартість. Залежно від відстані, на якій розміщені комп'ютери, обчислювальні мережі поділяються на:

- локальні обчислювальні мережі (Local Area Network), які дозволяють об'єднувати комп'ютери в обмеженому просторі;
- кампусні мережі (Campus Area Network), які об'єднують комп'ютери у близькорозміщених будівлях;
- мережі міського масштабу (Metropolitan Area Network);
- широкомасштабні мережі (Wide Area Network);
- глобальна мережа (Global Area Network).

У системі телеосвіти локальні обчислювальні мережі — це мережі комп'ютерних лабораторій, мережі кафедр, міжкафедральні мережі в межах одного навчального корпусу. Кампусні мережі об'єднують кафедри, розміщені в близькорозташованих будівлях. Мере-

жа міського масштабу об'єднує комп'ютери одного або декількох навчальних закладів. Комп'ютерна мережа на рівні держави відноситься до широкомасштабної. І, нарешті, глобальна мережа — це мережа, яка формує світовий інформаційний телемедичний простір.

Розглянемо різні види обчислювальних мереж, їх можливості й доцільність застосування в системі телеосвіти.

Найпростішою і найдешевшою є локальна комп'ютерна мережа, яка об'єднує комп'ютери, що розташовані в одній кімнаті.

Технічно така мережа може бути одноранговою, в якій всі об'єднані комп'ютери мають рівні права і однакові технічні ресурси, або мережею з виділеним сервером, у якій всі об'єднані робочі комп'ютери (по-іншому їх називають робочими станціями) користуються ресурсами одного багатопотужнішого комп'ютера-сервера.

Для прокладання локальної мережі використовують тонкий коаксіальний кабель або виту пару.

Коаксіальний кабель — це центральна екранована сигнальна жила, оточена ізоляцією. До одного відрізка кабелю, або як його ще називають сегмента, безпосередньо під'єднують багато комп'ютерів. Такий спосіб під'єднання називається шинним. Основний недолік коаксіального кабелю — низька швидкість пропускання 10 Мбіт/с.

Вита пара — це скручена пара провідників, які утворюють одну сигнальну лінію. При її використанні кожен сегмент з'єднує тільки два пристрої. При цьому обов'язковою є наявність спеціальних пристроїв-розподільників, так званих хабів. Швидкість пропускання витої пари може сягати до 100 Мбіт/с.

Такі мережі забезпечують документообіг, сумісний доступ до файлів і в навчальному процесі можуть бути використані для:

1) комп'ютерного тестового контролю з оцінюванням студентів і протоколюванням результатів на виділеному комп'ютері (такий контроль є максимально об'єктивним; можна сподіватися, що при розповсюдженні комп'ютерних лабораторій в більшості навчальних закладів тестування за системою "Крок" буде відбуватися тільки на комп'ютері);

2) тренінгу за навчальними програмами з різних дисциплін;

3) сумісного доступу до електронних підручників;



4) виконання індивідуальних завдань на персональному комп'ютері з подальшим друком набраних матеріалів на принтері (при цьому один принтер може використовуватися декількома комп'ютерами).

При наявності виділеного сервера для доступу до Інтернету з кожного комп'ютера лабораторії можна здійснювати інформаційний пошук, або відсилати повідомлення електронною поштою.

Наступним видом локальної комп'ютерної мережі є мережа кафедр.

Така мережа реалізує всі можливості комп'ютерної лабораторії. Основною її перевагою є змога донесення широкого спектра інформації безпосередньо в кожен навчальну кімнату. Мова йде про представлення будь-якого ілюстративного матеріалу, необхідного викладачу для проведення заняття.

За умови під'єднання сервера кафедри до Інтернету можливості такої мережі суттєво розширюються.

Наступним видом локальної мережі є мережа навчального корпусу, яка об'єднує сервери кожної кафедри. При її формуванні можна створити однорангову мережу за зірковою топологією з використанням хаба-комутатора, або використати виділений сервер навчального корпусу, через який можна здійснювати зв'язок з іншими корпусами. Мережа навчального корпусу:

- забезпечує можливість обміну інформацією, розміщеною в банках даних центральних серверів кафедр;

- завершує підготовку до під'єднання в мережу вищого рівня.

Аналогічно створюється і кампусна мережа у випадку розміщення кафедр у близькорозташованих будівлях.

Мережа навчального закладу забезпечує зв'язок серверів кафедр або навчальних корпусів між собою і з центральним сервером вузу. Функції центрального сервера полягають у забезпеченні зв'язку з мережами вищого рівня — національною і глобальною. Основною проблемою, яка виникає при форму-

ванні мережі навчального закладу є вибір способу зв'язку. Для цього можна використати звичайні телефонні лінії міської телефонної станції. Надійніший зв'язок забезпечують виділені телефонні лінії, оптимальним є прокладання окремих кабельних ліній чи радіозв'язок. Останні засоби прокладання зв'язку на сьогодні є надто дорогими і малодоступними. Тому ми пропонуємо створення мережі навчального закладу проводити поетапно.

На першому етапі доцільніше використати звичайні телефонні лінії, на другому — виділені лінії, а пізніше, при необхідності, прокласти кабель.

Мережа вузу забезпечує доступ до електронної картотеки і електронних підручників бібліотеки; доступ до баз даних кафедр; передачу повідомлень між кафедрами і адміністрацією; проведення міжкафедральних телеконференцій, відеолекцій, практичних занять тощо; завершує підготовку до під'єднання в мережу вищого рівня.

Наступний рівень телекомунікацій передбачає створення національного інформаційного телемедичного простору, завдяки йому може здійснюватися комп'ютерний зв'язок між усіма закладами Міністерства охорони здоров'я України. Його доцільність у системі телеосвіти, на наш погляд, полягає у можливості:

- доступу до всіх видів інформації, розміщених на домашніх сторінках закладів МОЗ України, об'єднаних в мережу;

- проведення віддаленого навчання (лекцій, практичних занять, семінарів тощо) із залученням провідних фахівців;

- проведення міжвузівських телеконференцій;

- обміну повідомленнями між вузами і МОЗ України.

Звичайно, це наша перспектива, проте саме на такому рівні може здійснюватися власне телеосвіта — освіта на відстані. Єдиним обмеженням цього є вартісне обладнання. Тому створення телемедичного простору держави доцільно проводити поетапно, з поступовим залученням все більшої кількості навчальних закладів.

## **ПРОГРАМНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ ЗМІСТУ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ**

**М.Б.Шегедин**

*Львівський державний медичний коледж*

Науково-технічні досягнення, стрімкий розвиток нових медичних технологій і засобів діяльності зумовлюють зміну концептуальних підходів до охорони здоров'я як системи і сестринської справи як складової її частини. Вони в свою чергу вимагають формування відкритих і гнучких навчальних програм професійної освіти, спрямованих на перспективу. Стає нагальною й проблема їх координації зі змістом майбутньої праці й кваліфікації. Сьогоднішні навчальні програми повинні бути автономними, з одного боку, та інтегрованими між собою, з іншого, і їх сукупність повинна відповідати сучасним державним стандартам професійної освіти.

Реформа – це прогресивне перетворення в будь-якій сфері суспільного життя, що не знищує основ відповідної соціальної структури. Ключовим у реформуванні медсестринської освіти є визначення змісту професійного навчання майбутніх фахівців різних кваліфікаційних рівнів. Цей процес залежить не стільки від зовнішніх організаційних заходів, скільки від глибинних внутрішніх змін. Це об'єктивно вимагає створення державних стандартів медсестринської освіти та сестринської справи, які враховували б досягнення науково-технічного прогресу, нові інформаційно-технологічні вимоги, світовий і вітчизняний досвід, результати різнопланових досліджень, перспективи соціально-економічного розвитку держави у європейському та світовому контекстах.

Проведений нами аналіз змісту навчальних планів спеціальності “Сестринська справа” I рівня підготовки 1972, 1983, 1989, 1993 років показав, що організаційні підходи щодо формування переліку дисциплін за ці роки практично не змінювались. Основні професійно орієнтовані (клінічні) дисципліни формувалися та формулювалися порівняно з лікарськими. Послідовність вивчення їх не була обґрунтована і, фактично, співпадала з періодом вивчення фундаментальних (загальномедичних) дисциплін, що методично неправильно.

Реформування змісту сестринської справи і медсестринської освіти, проведене на підставі

міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ у 1997-1998 роках, призвело до суттєвого оновлення блоку професійно-орієнтованих дисциплін у навчальному плані підготовки медичних сестер обох рівнів. У переліку навчальних дисциплін у програмі підготовки з базового медсестринства (I рівня) з'явилися нові: основи сестринської справи, медсестринство в терапії, медсестринство в хірургії, основи психології та міжособистісне спілкування та ціла низка інших з акцентом на медсестринстві в певній галузі медицини. При розробці сучасного покоління стандартів освіти за цією спеціальністю доцільно передбачити, як окрему дисципліну, санологію, яка забезпечить підготовку медичних сестер для роботи в громаді з позицій збереження та зміцнення здоров'я. При складанні модулів, які забезпечують навчання медичних сестер, необхідно включити розділ “Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), роль медичних сестер в її реалізації” як складову частину навчальних програм з “Медсестринство в ...” (маються на увазі галузі медицини).

Аналіз навчальних планів підготовки медичних сестер-бакалаврів за 1993 та 1998 роки показав аналогічну суттєву зміну в підходах до формування переліку та змісту навчальних дисциплін професійно орієнтованого циклу. В майбутньому, враховуючи специфіку роботи медичної сестри-бакалавра з пацієнтами (клієнтами) та родинним оточенням, не менш важливою є підготовка медичних сестер як соціальних працівників.

Проведені зміни в переліку дисциплін та відведенні тієї чи іншої кількості годин для їх вивчення (за аналізом навчальних планів різних років) призвели до зменшення кількості годин аудиторних занять на вивчення таких дисциплін, як основи сестринської справи, медсестринство в терапії, медсестринство в хірургії, медсестринство в акушерстві (I рівень акредитації) та головних дисциплін клінічного профілю (II рівень акредитації).

Запровадження елективних курсів з вузьких медсестринських або загальних медичних дисциплін вигідно доповнюють загальну картину предметного забезпечення спеціальності.

Проведені кількісні зміни (кількість годин) щодо

вивчення обов'язкових дисциплін спеціальності "Сестринська справа" за обома рівнями підготовки необхідно компенсувати суттєвою переробкою змісту програм дисциплін професійно орієнтованого циклу. Аналіз програм з клінічних дисциплін за навчальними планами попередніх років, проведений експертами, показав, що їх основним недоліком було те, що вони дублювали програми підготовки лікарів. У них медсестринська сутність діяльності ставилася на останнє місце, у зв'язку з чим викладачі-лікарі з таких позицій і підходили до викладання. Формулювання програми, яке починалося з етіології, патогенезу, клініки, діагностики та принципів лікування при певних нозологічних одиницях, призводило до того, що в підготовці медичних сестер на ці питання, власне, і акцентувалась увага тоді, як проблеми пацієнтів, науково обгрунтований підхід до спостереження, догляду та опіки над ними переважно залишались недостатньо розкритими.

Нове покоління програм покликане виправити це суттєве упущення та перенести акценти на зміст діяльності медсестри в плані спостереження над пацієнтом, виявлення його проблем, складання плану та реалізації догляду з наступною оцінкою результатів та корекцією дій при певних семптомокомплексах (синдромах) і нозологічних одиницях. Такий, власне, підхід витриманий нами при підготовці низки програм навчальних дисциплін, які затверджені МОЗ України та використовуються у навчальному процесі медичними закладами освіти, а саме: медсестринство в офтальмології, медсестринство в сімейній медицині, медсестринство в психіатрії, медсестринська етика та деонтологія, основи фармакології з рецептурою та інші (всього 12 програм). Крім того, на підставі типових навчальних програм, розроблених робочими групами інших навчальних закладів, нами створені робочі програми з допустимою 15-відсотковою зміною їх змісту: медсестринство в терапії, медсестринство в хірургії, медсестринство в педіатрії, медсестринство при інфекційних хворобах, медсестринство в неврології, основи сестринської справи, які, на нашу думку, краще відображають нові підходи і вимоги до підготовки медичних сестер.

Апробація протягом останніх двох років цих та інших програм, розроблених робочими групами провідних медичних закладів освіти України, в майбутньому потребує наступного аналізу експертів та внесення відповідних коректив у їх зміст.

Наступним кроком запровадження дисципліни в навчальний процес є створення його навчально-методичного забезпечення. Починаючи з 1997 року, коли колектив коледжу в експерименті розпочав підготовку медичних сестер за новими навчальними планами, нами напрацьований значний методичний матеріал для забезпечення лекційного курсу, практичних занять та інших видів практики, розроблені методичні вказівки як для викладачів, так і для студентів. До таких матеріалів відносяться конспекти лекцій, особливо з професійно орієнтованих дисциплін, з яких немає донині окремих навчальних підручників та посібників; методичні рекомендації для студентів з підготовки до практичних занять та виконання самостійної роботи; інструкції до практичних занять з усіх дисциплін, де вони передбачені; пакети контрольних завдань для проведення модульних контролів та інших видів підсумкового контролю.

Дворічний досвід роботи за новими навчальними планами підготовки медичних сестер-молодших спеціалістів та бакалаврів оцінений експертами-викладачами як позитивний і потребує подальшого удосконалення.

Цей досвід дає нам можливість зробити наступні висновки та пропозиції:

1. У практичній охороні здоров'я насамперед потрібно прийняти свою модель медсестри (тобто віддати перевагу якійсь з існуючих зарубіжних або розробити свою), узаконити медсестринський процес і медсестринську документацію. Це треба покласти на медсестринську асоціацію і навчальні заклади.

2. Майбутніх медичних сестер ми вчимо лише "що" і "як" робити з хворими людьми, а що робити з людьми різного віку і статі, щоб зберегти і зміцнити їх здоров'я, полягає в одній фразі: "Вести здоровий спосіб життя", – не дуже уявляючи, який він для кожного індивіда.

Необхідно повернутись до концепції Ф.Найтінгейл і передбачити в програмах навчальних дисциплін наступні підходи:

|  |   |
|--|---|
| догляд за хворими:   | догляд за здоровими:  |
| підтримувати людину, яка страждає від хвороби, зробити її життя повноцінним та комфортним, допомогти пристосуватись до нових умов або побороти їх. | підтримувати у здоровій людини стан, при якому хвороба не може настати (застосування сучасних профілактичних технологій). |

3. Викладачі основ сестринської справи пішли вперед і значно випередили викладачів клінічних дисциплін. Вони викладають медсестринську теорію, медсестринські моделі, медсестринський процес, тоді як викладачі медсестринства в терапії, хірургії, педіатрії вважають, що традиційне і консервативне викладання за принципом етіологія - патогенез - клініка - діагностика - принципи лікування - догляд при тих чи інших захворюваннях – доречна і доцільна. Тому процес навчання медсестер за сучасними міжнародними стандартами переривається і не має свого логічного продовження. Необхідно перенести акценти з нозологічних одиниць і їх класичної лікарської характеристики на симптоми (суб'єктивні й об'єктивні), які можуть бути виявлені за допомогою засобів медсестринського обстеження (опитування пацієнтів, лікарів, родичів, інших медпрацівників, огляд пацієнтів, пальпація, визначення пульсу, артеріального тиску, температури тіла, підрахунок кількості дихальних рухів та оцінка дихання, оцінка фізіологічних випорожнень тощо), наявність яких створює для пацієнта певні проблеми і обов'язком медсестри є їх усунення або зменшення.

Нозологічні одиниці розглядаються як конкретні приклади, при яких виникають ті чи інші проблеми пацієнта. Лікарі складають план типової діагностики і лікування хвороби, а медична сестра має об'єктом конкретного пацієнта з його здоров'ям, психікою, соціальними, родинними проблемами тощо.

#### 4. Обов'язки медичної сестри:

- помічник лікаря з виконання його призначень щодо обстеження та лікування;
- доглядальниця;
- захисник прав пацієнта;
- психолог, який коригує поведінку пацієнта.

5. У плані та методиці проведення практичних занять з професійно орієнтованих дисциплін, крім традиційних етапів, доцільно передбачити чотири нових складових частини:

- профілактичні заходи щодо попередження розвитку захворювань, що вивчаються (збереження здоров'я пацієнта);
- навчання пацієнта і членів родини самодогляду та допомоги;
- робота з анотаціями сучасних ліків з акценту-

ванням на показаннях, протипоказах, дозуванні, шляхах та правилах введення, можливих ускладнень та їх попередження;

- медсестринська курація пацієнтів (з дотриманням всіх етапів медсестринського процесу), закріплення за конкретними студентами протягом їх перебування в стаціонарі.

6. У медичних навчальних закладах доцільно провести цикли занять з викладачами-клініцистами з питань медсестринських теорій, медсестринських моделей, медсестринського процесу, щоб переорієнтувати їх викладацькі підходи на концепцію медсестринства: пацієнт – джерело його проблем – медсестринські втручання (вибір, виконання) – оцінка якості й результатів догляду (з можливою корекцією) – роль медсестри в поліпшенні стану здоров'я пацієнта або його вилікування (недопущення виникнення хвороби).

7. У медичних училищах підвищення кваліфікації та на курсах підвищення кваліфікації медсестер запровадити курс підготовки із сучасного медсестринства, попередньо підготувавши для цього відповідних викладачів.

8. Такі ж лекції і заняття необхідно проводити з працюючими медсестрами в лікувально-профілактичних установах силами викладачів медучилищ та коледжів, щоб дійти до спільних принципів у діяльності практикуючої медсестри та нового покоління медсестер, які вже цього року прийдуть у практичну охорону здоров'я.

9. Враховуючи, що медучилища і коледжі відносяться, згідно з Законом України “Про освіту”, до вищих навчальних закладів, слід змінити підходи до комплектації навчальних кабінетів, особливо з професійно орієнтованих дисциплін. Так, як це є у ВЗО III-IV рівнів акредитації, треба вітати створення кабінетів доклінічної практики (КДП) на базах лікарень, а не в теоретичних корпусах навчальних закладів. Таке розміщення кабінетів сприяє безперервному навчальному процесу зі спеціальних дисциплін, починаючи з фантомного курсу і продовжуючи безпосередньо біля ліжка хворого. Необхідно відмовитись від надуманого терміна “навчальна кімната”, який нічого не додає нам, і замінити його терміном КДП відповідного профілю.



## ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

**А.Д.Візир, В.О.Шаврин**

*Запорізький державний медичний університет*

За доволі короткий період свого існування очно-заочна інтернатура як форма проведення первинної спеціалізації лікарів у нашій країні, зарекомендувала себе як досконаліша і ефективніша порівняно з попередньою заочною формою. Організація навчального процесу весь цей час безперервно удосконалювалась, було впроваджено багато позитивних рішень, направлених на його оптимізацію і підвищення якості післядипломної підготовки спеціалістів. Велика робота в цьому напрямку проведена Головним управлінням навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я, провідними вищими навчальними закладами післядипломної освіти і академічними вузами країни, провідними кафедрами.

Разом з тим, очно-заочна форма інтернатури має ряд суттєвих недоліків, які важко усунути, обумовлених проблемами, ініційованими несприятливим економічним становищем у країні.

Основні з них – це вимушене скорочення тривалості навчання в інтернатурі й погіршення матеріально-технічного стану клінічних баз.

Навчальні програми з усіх медичних спеціальностей насичені дуже великою кількістю теоретичного матеріалу для лікарів-початківців, який їм потрібно засвоювати за короткий час. Очевидно, що найбільшу частину цього матеріалу інтерни повинні засвоювати в постійному спілкуванні з досвідченим, всесторонньо теоретично підготовленим викладачем – на лекціях, семінарах, практичних заняттях, навчальних клінічних і клінічно-патологоанатомічних конференціях, тематичних розглядах тощо, що і передбачено відповідними програмами. За рахунок такого спілкування досягається глибше розуміння інтерном суті навчального матеріалу, стійке його запам'ятовування і ефективне використання в практичній роботі. Значно менша частина необхідних теоретичних знань може бути засвоєна інтерном шляхом самостійного вивчення літератури, але й у цьому випадку ефективність засвоєння повинна закріплюватися відповідними контрольними заходами. Таким чином, очний період навчання, як правило, виявляється дуже

насичений аудиторною теоретичною роботою, а на засвоєння інтернами фундаментальних практичних навичків залишається значно менше навчального часу і основна робота в цьому напрямку переноситься на заочний період, на бази стажування, де, на жаль, існує ряд своїх проблем, які потребують вирішення.

На основі вищесказаного можна зробити висновки про необхідність акцентування уваги на тому, що, якими б не були строки навчання в інтернатурі, послаблювати увагу до спеціальної теоретичної підготовки лікарів-початківців в жодному випадку не можна, вона повинна здійснюватися в повному об'ємі, відповідно до вибраної спеціальності, а саме на початковій стадії формування професійного світогляду, причому, не шляхом самопідготовки, а під керівництвом досвідченого в педагогічному відношенні керівника. Недоліки і недопрацювання неодмінно виявляють негативний вплив на подальше удосконалення професіоналізму молодих спеціалістів.

Разом з тим, спеціальна практична підготовка лікарів-початківців – основне і найвідповідальніше завдання їх навчання. Безсумнівно, їй повинні приділяти максимально уваги в очному періоді (але не за рахунок теоретичної підготовки, а в безпосередньому зв'язку з останньою), але основна навчальна робота в цьому напрямку припадає на заочний період, де вона, відповідно з діючими вимогами, здійснюється під керівництвом найбільш досвідчених і висококваліфікованих лікарів. Таке положення має певні позитивні якості, але в багатьох випадках виявляється недостатньо продуктивним. Регулярні перевірки роботи інтернів на базах стажування, що проводяться деканом ФПО, доводять, що, зважаючи на обставини об'єктивного і суб'єктивного характеру, базові керівники не завжди забезпечують необхідними умовами для виконання в повному об'ємі індивідуальних планів проходження інтернатури. Адміністрації базових лікувальних закладів не мають певної зацікавленості в різнобічному навчанні інтернів, у придбанні ними повного комплексу практичних на-

вичків, що передбачені програмою. В умовах кадрового дефіциту, який, не дивлячись на вжиті заходи з боку Міністерства охорони здоров'я, не минув не тільки позауніверситетські лікувальні заклади, що служать базами стажування, але й університетські бази, помітна посилена тенденція використання інтернів для виконання одноманітної роботи, яка майже не сприяє удосконаленню професійної підготовки.

У цих умовах найбільш прийнятним рішенням, на наш погляд, є проведення заочного стажування на клінічних базах університету, що знаходяться під постійною курацією і контролем співробітників профільних кафедр. Поряд із досягненням безперервного контролю над виконанням індивідуальних планів інтернів таке рішення забезпечує й інші переваги, що суттєво підвищують ефективність заочного навчання, а саме:

– можливість призначення на весь період (очний і заочний) безпосередніх керівників інтернатури із середовища доцентів і професорів вузу, що створює оптимальні умови для певної послідовності в навчанні, забезпечує високий ступінь відповідальності за ефективність його здійснення;

– можливість використання в процесі набут-

тя практичних навичків найбільш сучасного обладнання і апаратури;

– високий об'єм і різноманітність практичних маніпуляцій, характерний для великих університетських клінічних баз.

У Запорізькому медичному університеті такий підхід послідовно реалізується протягом останніх декількох років. Здобутий досвід показує його достатньо високу ефективність для подолання перешкод, обумовлених скороченими строками інтернатури й іншими негативними факторами економічного характеру. Разом із тим, потрібно зазначити, що важливою умовою його успішного здійснення є чітко відмежовані функції професорсько-викладацького складу, який забезпечує роботу з інтернами від функції викладачів, які здійснюють навчальний процес зі студентами. Найкращим рішенням є створення окремих профільних кафедр, які б займалися виключно навчанням інтернів протягом інтернатури.

Ми також вважаємо, що первинну спеціалізацію лікарів доцільно проводити в інтернатурі тих вузів, в яких вони проходили переддипломне навчання. Це може забезпечити певну перевагу навчання, яка вкрай необхідна для завершення медичної освіти.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ КОМП'ЮТЕРНОГО ЕКЗАМЕНУ В МЕДИЧНОМУ ВУЗІ**

**В.М.Казаков, А.М.Талалаєнко, В.М.Березов, Ю.Є.Лях**

*Донецький державний медичний університет*

Значні економічні труднощі, які долає Україна за останні 10 років, на щастя, не вплинули на потреби суспільства щодо підвищення професійної майстерності та бажання отримати вищу освіту. Кількість студентів за останній рік у всіх вузах збільшилась до 1200 тис., а це на 20% перевищує показник 1996 року. Державне замовлення (та фінансування) склало менше половини цієї кількості. В цих умовах особливої актуальності набуває система контролю за якістю підготовки спеціаліста на всіх етапах навчання. Державний іспит зобов'язаний відповісти на запитання: чи проявив себе випускник як спеціаліст сучасного рівня, чи потрібні суспільству його знання.

Протягом майже 15 років у Донецькому державному медичному університеті накопичувався досвід організації тестового екзамену. Перший етап – перехід на письмовий екзамен з конструюванням відповідей. При всіх позитивних якостях цього варіанту екзамену виявлялись труднощі з оцінювання самої відповіді. Наявність еталону не полегшило ситуації, дуже великими були розбіжності фактів у представлених письмових відповідях. Елементи суб'єктивізму можна було чітко прослідкувати майже у всіх випадках оцінки письмового завдання.

Другий етап полягав у підготовці тестових завдань з вибірковою відповіддю. Подібна формалізація дозволяла забезпечити економію

часу під час перевірки завдань, сприяла більшій об'єктивізації контролю знань. І найголовніше, підготовка великої кількості завдань такого типу дозволяла здійснити комп'ютеризацію іспиту. Мотивацією такого кроку була не мода, а об'єктивна реальність. Практика доводить, що до кінця навчання в університеті на випускному курсі все ще залишається досить велика група студентів, які не мають достатніх знань для наступної самостійної роботи лікарем. Держава, суспільство повинні створити важки, які б дозволили змінити існуючу систему перевірки якості підготовки лікаря у плані більшої об'єктивізації оцінки, посилення вимог до рівня знань. Опираючись на результати завершального контролю можна буде змінити (інтенсифікувати) і систему повсякденної підготовки наступних поколінь лікарів.

Як реально здійснювався перехід з теоретичної частини державного іспиту в комп'ютеризовану?

Першим кроком, як зазначалось вище, було створення великого набору тестових завдань (на першому етапі 250-300 ситуаційних задач) за всіма розділами внутрішніх хвороб (кардіологія, пульмонологія тощо), невідкладних станів, професійних хвороб, інфекційних захворювань – всього 9 великих розділів. Загальна кількість завдань приблизно відповідала об'єму самої дисципліни в розділі “Внутрішні хвороби” та кількості навчальних годин (розрахунки приблизні). До завдань формулювалось 10-11 запитань з 5 варіантами відповідей, з яких необхідно було вибрати вірну (інколи 2 відповіді). Таким чином, студент повинен був відповідати на 90-100 запитань з усіх розділів основної і суміжних дисциплін, оскільки комп'ютер формував екзаменаційний набір із 9 завдань (по 1 задачі з розділу). Спробуємо порівняти кількість заданих студентові запитань під час традиційного опитування (білетна система) і висновок буде однозначним – іспит на комп'ютері виявляється складнішим. З урахуванням кількості розглянутих варіантів відповідей, студент виконував 450-500 операцій.

Другою проблемою, що виникає під час переходу на комп'ютерний іспит, є якість самих тестів та складність запитань. Ми вважаємо, що зміст завдань, клінічна ситуація повинні впливати з навчальної програми. Зрозуміло, що студенту можуть бути поставлені

завдання з діагностики та лікування захворювань, що не завжди розглядаються на практичних заняттях, але повинні вивчатися самостійно. Рідкісні форми патології, відомі більше для фахівця вузького профілю, не включались.

Запитання до тестового завдання включали загальнотерапевтичні проблеми (близько 20%), методи дослідження (20%), диференційна діагностика (40%). Остання частина запитань торкалась клінічної фармакології і фармакотерапії, немедикаментозних методів лікування. Подібний розділ дозволяє досягнути основної мети – виявити вміння діагностувати і лікувати. Скласти ідеальний варіант завдання вкрай важко. Щоб з'ясувати можливість використання тестових завдань для комп'ютерного іспиту, не менше 30% задач перевірялось на 30 студентах для контролю поточної підготовки. Матеріали обробляли за допомогою статистичних методів. Запитання і завдання, на які відповідало 90-100% студентів (явно легкі) або не змогли відповісти більше 20% студентів (особливо складні), відкидалися і змінювались. У процесі подібного скринінгу і взаємної перевірки викладачами підготовлених завдань також виявлялись неконкретно сформульовані або неоднозначно витлумачені питання. Їх змінювали або відкидали.

Третя проблема – постійна необхідність оновлення тестів: щорічно додається 10-15% нових завдань. Незважаючи на конфіденційність екзаменаційних завдань, “студентський телеграф” швидко розповсюджує інформацію щодо самих тестів, відповідей. Викладачі інколи роблять це і самі. Але під час проведення самого іспиту ми не змогли зафіксувати зростання середнього балу через декілька днів від початку іспиту. У даному випадку важливе значення має програмне забезпечення роботи комп'ютера. Кожного разу формується новий набір завдань, нумерація правильних відповідей також змінюється.

Час, що відводиться на виконання екзаменаційного завдання, розраховується з нормативу 1,5 хв на запитання. Спочатку було вирішено виділити 150 хв, але наступного року час іспиту було скорочено до 120 хв. А основна маса студентів справлялась з усіма завданнями за 90-100 хв. По завершенні виділеного часу комп'ютер відключався, іспит завершувався. У рідкісних випадках (наприк-

лад, збій комп'ютера) згідно з рішенням голови екзаменаційної комісії студенту надавали додатковий час (20-30 хв).

Наступна особливість комп'ютерного іспиту: необхідно визначити рівень мінімальної позитивної оцінки. Орієнтири, що рекомендуються педагогікою при формалізації відповіді, загальновідомі: відповів на 70-79% завдань – отримав “задовільно”, на 80-90% – “добре”, більше 90% – “відмінно”. На практиці питання вирішувались дещо інакше. У перший день екзаменовано не менше 100 студентів. Бувала гистограма відповідей за допомогою комп'ютера і 3% найгірших відповідей склали верхній поріг незадовільної оцінки. У динаміці за 4 роки, коли проводився комп'ютерний іспит, цей поріг наблизився впритул до рекомендованих педагогікою 70% (62% - 64% - 67% - 69%). Якщо в перший рік проведення такого роду екзамену не зуміли справитися із завданнями більше 5% студентів, то в майбутньому ця цифра неухильно знижувалась (до 1,5%). Якщо раніше традиційно поганим тоном вважалося не видати студенту диплом лікаря, коли він уже дійшов до випускного курсу, то нова методологія іспиту поселила відчуття необхідності старанніше готуватися до занять. Кафедра зі свого боку всіляко сприяла подібній зміні настрою у студентському середовищі.

Студент повинен знати, що від нього будуть вимагати на екзамені, незрозумілі питання висвітлювались протягом навчального року під час практичних і лекційних занять. Адже з ними він може зустрітись на заключному контролі. Регулярно перевірялася поточна успішність за допомогою набору контрольних завдань, що дозволяло зняти психологічний тягар зі студента.

Які переваги випробуваної протягом 4 років комп'ютеризованої системи іспиту? По-перше, формується стандартизована система контролю для всіх без винятку випускників: закон повинен бути однаковим для всіх. По-друге, усі розділи дисципліни представлені в індивіду-

альному наборі завдань для студента, який готується в присутності особи, яка екзаменується. Це дозволяє більш поглиблено перевіряти підготовку майбутнього лікаря з дуже швидкою відповіддю: чи готовий студент до майбутньої роботи? По-третє, результати державного іспиту підтверджують високий ступінь надійності й відтворення результатів. Коefіцієнт кореляції між оцінкою за рік (VI курс) і середнім балом іспиту дорівнював  $r=+ 0,84$ . Створювана нині загальнодержавна система лише пропонує можливий перехід з письмового на комп'ютерний тестовий іспит.

Потрібно зупинитись і на недоліках. Деякі з них зумовлені чисто технічними питаннями. Підготовлена для комп'ютера програма потребує, як і самі тексти, постійного удосконалення. Частина машинного парку може виходити з ладу, тому потрібно мати в резерві 15-20% комп'ютерів. Ціна подібного іспиту, природно, вища, ніж традиційна усна бесіда. Що стосується переходу всіх вузів України на загальний стандартизований тестовий іспит, то у фінансовому плані він може бути не дешевшим за комп'ютерну форму.

Нарешті, вороги машинної або навіть тестової форми іспиту стверджують, що живий контакт з майбутнім лікарем, бесіда дає більше, ніж діалог студента з машиною. Доцільно зауважити, що подібна форма перевірки теоретичних знань студента – тільки перший ступінь іспиту. А на практичній його частині можна виявити і навички обстеження хворого і вміння правильно аналізувати здобуті результати і здійснити підбір шляхів лікування. Хто заперечує вести бесіду зі студентом? У році, що закінчився, декілька студентів-випускників не змогли витримати такий практичний екзамен.

Незаперечні переваги комп'ютеризованого іспиту примушують нас відстоювати необхідність його застосування, що лежить і в основі ідеї майбутнього переходу на тестовий екзамен із застосуванням набору національного центру тестування.



## СУЧАСНІ НАВЧАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

**В.Н.Лехан, Е.В.Борвинко, О.П.Максименко**

*Дніпропетровська державна медична академія*

Суттєві зміни, які відбуваються сьогодні на Україні, перехід народного господарства до ринкових відносин призводять до реформування усіх галузей, зокрема охорони здоров'я. Удосконалення методів керівництва в галузі управління є однією з найважливіших, а на сучасному етапі економічного розвитку, вирішальних умов ефективності діяльності будь-яких організацій, в тому числі й закладів охорони здоров'я. До управління галуззю повинні прийти професійно грамотні фахівці, які здатні приймати нестандартні компетентні рішення. Вимоги сучасного часу до системи професійної перепідготовки організаторів охорони здоров'я потребують орієнтації кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я на пошук і використання нових навчальних технологій та методичних прийомів, які залучають слухачів до активного навчально-пізнавального процесу.

На кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, поряд з традиційними формами навчання, приділяється велика увага впровадженню сучасних навчальних технологій, однією з яких є метод навчання, який опирається на принципи і закономірності роботи малих груп в умовах імітації конкретних виробничих ситуацій.

Результативне використання методу малих груп потребує значної психологічної перебування педагогічного персоналу і змін у підготовці до занять. Адже на підготовчу роботу приділяється не менш 90% попередніх витрат часу, пов'язаного з плануванням і організацією навчального процесу за цим методом.

Схема навчання педагогічного персоналу включає:

1. Інформування педагогічного персоналу про сутності нового методу навчання на методичних кафедральних нарадах.

2. Визначення базисного рівня знань та вмінь педагогічного персоналу.

3. Забезпечення необхідними навчально-методичними матеріалами.

4. Етап експериментального навчання з визначенням рівня знань і вмінь викладачів.

5. Оцінка ефективності використання методу, яка опирається на результати анкетування курсантів.

При використанні методу навчання малими групами на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я заняття проводяться за різними тематиками, наприклад, аналіз діяльності медичних закладів, складання річних звітів тощо.

Слухачі аналізують і обговорюють статистичні показники та інформаційні потоки діяльності поліклініки, стаціонару та спеціалізованих видів медичної допомоги. Опіраючись на ці результати, колективне мислення, курсанти мають можливість створити "Бізнес-план" розвитку медичного закладу, спільно запропонувати заходи для удосконалення організаційно-виробничої структури закладів, форм та технологій організації діяльності, ефективності інформаційного забезпечення.

Групова діяльність, що виникає під час навчання, значно підвищує мотивацію та пізнавальну активність курсантів, сприяє ефективному навчанню колективних методів розробки рішень й інших процедур управління органами та закладами охорони здоров'я.

При традиційних методах організації навчання (лекції, семінари) ефективність навчального процесу і мотивація слухачів недостатня. Тому важливою метою застосування нової технології є активізація пізнавальної діяльності та мотивація курсантів під час навчання. Опитування курсантів показує, що гнучкість та доступність цього методу дозволяє використовувати його в різних часових та тематичних варіантах. Враховуючи погляд курсантів, на кафедрі постійно розширюється тематика занять з використанням цього методу, щоб охопити найбільше коло питань у підготовці організаторів охорони здоров'я.

У сучасних умовах процес підготовки організаторів охорони здоров'я неможливий без використання електронно-обчислювальної техніки. Кафедра соціальної медицини, організації та

управління охороною здоров'я ДДМА має певний досвід з використання ПЕОМ у навчальному процесі на циклах післядипломної підготовки керівних кадрів охорони здоров'я. Заняття з курсантами проводить кваліфікований фахівець у галузі інформатики за навчальними програмами, затвердженими МОЗ України та розробленими кафедрою. На практичних та семінарських заняттях розглядаються питання, пов'язані з основними принципами роботи на ПЕОМ у діалоговому режимі, з використанням комп'ютерних програм і систем у медицині та охороні здоров'я. Практичні навички відпрацьовуються на персональних комп'ютерах РС-386, 486 з використанням пакетів прикладних програм "Інструктор", "АСКОРС", "Талон", "АСУ-стаціонар" тощо. Окремі заняття проводяться на базі медичних закладів з функціонуючими автоматизованими системами управління.

Пошук шляхів активізації людського фактора і врахування соціально-психологічних особливостей персоналу є важливим у сучасних умовах. На кафедрі в програмах підвищення кваліфікації керівників медичних закладів психології управління приділяється значна увага. Проводиться цикл тематичного удосконалення "Психологічні аспекти управління в охороні здоров'я", в програму якого включені питання з оволодіння курсантами навичками ділового спілкування. Практика ринкових взаємовідносин показує, що успіх ділових стосунків (начальник-підлеглий, виробнича нарада, виробничий конфлікт, ведення переговорів, маркетингова діяльність тощо) значною мірою залежить від

спілкування, визначення комунікативних перешкод у себе і співрозмовника, оволодіння технікою їх подолання. Необхідність включення в програму навчання питань з ділового спілкування зумовлена результатами проведеного нами соціально-психологічного дослідження (200 осіб керівного персоналу медичних закладів), яке показало, що у більшості керівників виявляється ряд обмежень психологічного характеру, які перешкоджають ефективному управлінню.

Навчання ефективного міжособистісного ділового спілкування керівників охорони здоров'я різних рівнів управління включає такі компоненти:

а) психологічну діагностику курсантів; б) вивчення аудіальної і візуальної психодіагностики партнера із спілкування (пізнання партнера); в) формування уявлень у слухача про сприймання партнером із спілкування (розвиток механізму самопізнання); г) тренінг спілкування з використанням аудіо- і відеотренінгів (розвиток механізму самоподачі людини у процесі спілкування); д) контроль результатів.

Курсанти усвідомлюють потребу у формуванні навичок ефективного ділового спілкування і проявляють великий інтерес й активність у процесі психологічного навчання.

Сучасні технології післядипломної підготовки керівників охорони здоров'я сприяють підвищенню їх професіоналізму, допомагають адаптації керівників до нестабільної соціально-економічної ситуації у країні та ефективному вирішенню управлінських проблем.

## **ПІДГОТОВКА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – ОДИН З НАПРЯМКІВ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

**В.Ю.Штомпель**

*Українська медична стоматологічна академія, Полтава*

У реорганізації системи охорони здоров'я нашої країни першочергове значення необхідно надати відновленню первинної медичної допомоги з введенням у цей процес лікаря загальної практики. Про це свідчить і світовий досвід реформування медицини.

Образ сімейного лікаря – чуйного, уважного, знаючого, готового і вдень, і вночі прийти

на допомогу хворому добре відомий нам з творів класичної літератури. А чи можливо відродити його знову? Адже йдеться не лише про зручності для людей, особливо літніх, а й про зовсім нову якість медичної допомоги. Зараз настав час виправляти допущені впродовж десятиліть помилки. Бо сьогодні четверта частина населення все ще лікується в стаціонарах. Але ж саме в амбулаторно-

поліклінічній службі та ланка, яка може витягнути весь ланцюг – це сімейна медицина. Вона дає можливість наблизитися до пацієнта. Сімейний лікар одержує інформацію, яка не завжди доступна традиційному дільничному терапевту: знання умов побуту, способу життя, звичок, факторів спадковості й навіть взаємин у сім'ї, що теж важливо.

Але тотальний перехід до сімейного лікування сьогодні ще передчасний, хоча б з тієї причини, що ми не маємо підготовлених спеціалістів загальної практики, а шляхом простої заміни дільничного лікаря сімейним досягти цього неможливо. Є тільки один шлях – ґрунтовна додипломна і післядипломна підготовка сімейних лікарів, щоб вони досконало знали як терапію, так і акушерство, хірургію, педіатрію. Та ще за умови суворого відбору абітурієнтів з використанням тестової системи. Бо далеко не кожний, навіть психологічно, сприймає таку роботу, що потребує особливого дару милосердя, особливого розуміння професійної честі.

З іншого боку, час визначитися з програмами навчання. Сімейна медицина вимагає високого рівня підготовки лікарів, бо вони повинні не тільки вміти проводити диференційну діагностику, але й володіти методами лікування різних захворювань, а також їх профілактики.

Отже, підготовці сімейного лікаря, який здатний надати первинну багатопрофільну допомогу як дорослому, так і дитячому населенню на догоспітальному етапі й тим самим вирішити 90% усіх проблем своїх пацієнтів, потрібно приділяти першочергове значення. Це зумовлює один з найважливіших напрямків реформування вищої медичної освіти – випуск лікарів загальної практики – сімейної медицини.

А в умовах сьогоднішньої головної особою, яка інтегрує розв'язання усіх проблем хворих з найпоширенішими захворюваннями є все ще дільничний лікар – терапевт.

З метою вивчення проблеми позагоспітальної допомоги населенню в нашій академії створена кафедра поліклінічної терапії, де студенти детально знайомляться з особливостями амбулаторного ведення хворих. Поряд з оволодінням методами нагляду за хворими, у разі активного перебігу хвороби, студенти набувають навичок профілактичної роботи. У процесі практичного заняття зі студентами IV-VI курсів підкреслюється значення первинної

профілактики хронічних неінфекційних захворювань (ХНЗ). Особлива увага приділяється обліку факторів ризику ХНЗ, розробці стандартизованих підходів до їх корекції, проведенню просвітньої роботи, спрямованої на формування у пацієнта здорового способу життя.

Не завжди, всупереч старанням медичних працівників, вдається запобігти захворюванню. Тоді основним завданням лікаря першого рівня медичної допомоги стає своєчасна діагностика хвороби і розробка індивідуальної стратегії ведення хворого з використанням усіх можливостей структур охорони здоров'я: кваліфіковане лікування загострень у відповідних умовах (загальнотерапевтичних або спеціалізованих стаціонарах, даному стаціонарі, стаціонарі вдома, амбулаторних); під час ремісії – проведення планових курсів реабілітації, заходів вторинної та третинної профілактики у відділеннях та кабінетах відновного лікування поліклінік, санаторіях, профіляторіях, спеціалізованих реабілітаційних поліклініках та в домашніх умовах.

Питання про необхідність направлення хворого до спеціалістів II та III рівнів медичної допомоги повинен вирішувати дільничний терапевт, який постійно лікує хворого. Призначаючи лікувально-реабілітаційні заходи, лікар повинен забезпечувати їх інтегрований характер, високу якість, зважаючи на прийнятні методи для конкретного хворого.

Навичками амбулаторної діяльності в належному обсязі студенти можуть оволодіти при безпосередній участі в роботі поліклініки. Для цього створено відповідні умови. Клінічні бази кафедри організовано в добре обладнаних сучасною діагностичною апаратурою, з широко впровадженими в практику новими методиками лікування хворих, достатньо укомплектованих поліклінічних відділеннях міста. Самостійна робота в кабінетах та підрозділах служби, а для неї відводиться від 30 до 50 % навчального часу, дає можливість усвідомити, наскільки важливою є роль дільничного лікаря у збереженні здоров'я та працездатності людей, які перебувають під його наглядом.

Студенти вчаться проводити первинну профілактику гострих інфекційних захворювань, виділяти фактори, які сприяють розвитку ХНЗ. Беручи участь у роботі лікаря відділення профілактики, у проведенні профілактичних оглядів

населення, студенти набувають навичок виділення контингенту осіб з факторами ризику щодо можливості розвитку тих чи інших ХНЗ, які потребують постійного нагляду.

Важливе значення має вміння скласти план лікувально-профілактичних заходів для певної диспансерної групи. Його студенти засвоюють у процесі практичних занять. Аналіз роботи відділення профілактики, що проводиться разом із викладачем, демонструє важливість превентивної роботи, від якої значною мірою залежить доля контингенту ризику: чи матиме захворювання подальший розвиток чи ні.

Не менш важливе значення для дільничного та сімейного лікаря має вміння проводити заходи з вторинної профілактики хронічних захворювань внутрішніх органів і надавання кваліфікованої допомоги у разі їх загострення.

Працюючи в кабінетах поліклініки з лікарем або викладачем, студенти набувають навичок постійного нагляду за хворим як під час ремісії, так і при загостренні хвороби. Важливе значення приділяється питанням відбору хворих для стаціонарного лікування в умовах денного стаціонару, стаціонару вдома. Студенти самостійно складають план лікувально-реабілітаційних заходів для диспансерних хворих, заповнюють їх контрольні карти, оформляють

етапні епікризи. У процесі практичних занять акцентується увага на принципах довготривалої терапії хворих та ускладненнях при її проведенні. Особлива увага приділяється питанням надання допомоги у разі невідкладних станів, студенти чергують на пунктах невідкладної допомоги базових поліклінік.

Оволодіння знаннями та практичними навичками з предмета поліклінічної терапії можна вважати етапом підготовки сімейного лікаря – лікаря загальної практики. Але, звичайно, тільки етапом. Ми запрошували до себе групу сімейних лікарів з Америки. Впродовж деякого періоду вони працювали на клінічній базі нашої кафедри, проводили профілактичну і лікувально-діагностичну роботу. Після закінчення їх візиту було організовано прес-конференцію, яка дала змогу детальніше познайомитися з досвідом сімейної медицини Сполучених Штатів. Вона дійсно має ґрунтовну підготовку.

А нам треба зінтегруватися з кафедрами хірургії, акушерства, педіатрії, інтернатури, соціальної медицини, гігієни, медичними психологами. І тільки створення координаційної програми підготовки лікаря загальної практики – сімейної медицини дасть можливість здійснити реформи системи вищої медичної освіти у цьому перспективному напрямку.

## **ПЕРСПЕКТИВИ ПОЛІПШЕННЯ ФОРМУВАННЯ ІНОМОВНОЇ ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНОМУ ВУЗІ**

**Г.К.Волкова**

*Запорізький державний медичний університет*

Сучасні соціально-політичні умови розвитку України, що забезпечують вхід країни до світової співдружності, є могутнім стимулом та двигуном внутрішньої мотивації молоді до вивчення іноземних мов. Сьогодні немає потреби доводити важливість предмета та переконувати студентів про необхідність володіння іноземною мовою. Сьогодні всі хочуть бути спеціалістами, які володіють якнайменше однією іноземною мовою.

Вітчизняна та зарубіжна методики навчання

іноземних мов мають достатній практичний досвід ефективного викладання. В арсеналі педагогів є навчальні посібники, окремі друковані, аудитивні й аудіо-візуальні матеріали, які здебільшого дозволяють досягати високих результатів. Граматико- та лексико-перекладні методи навчання відійшли у минуле, звільнивши дорогу свідомо-практичному і комунікативному підходам. Сьогодні все більше завоюють серця викладачів активні та інтенсивні методи розвитку іномовної комунікативної компетенції учнів.

Власний досвід та спостереження за навчаль-



ним процесом у середній школі, мовному та немовному вузах свідчать про те, що всі із зазначених підходів у навчанні іноземної мови мають право на життя. Їхній вибір зумовлюють два види факторів: об'єктивні та суб'єктивні – що мають взаємозалежний та взаємозумовлений характер і тому становлять певну єдність. Їх більша частина – категорія непостійна, яка на деякому часовому етапі відрізняється певною стабільністю. Це може бути оснащення навчальної аудиторії, кількість навчальних матеріалів, темперамент та професіоналізм вчителя, здібності учнів тощо.

Найбільш стійкою величиною для викладачів і студентів завжди залишається основний підручник, на матеріалі якого організовується навчання в той чи інший період за певних умов. Саме тому методисти і вчителі шукають та створюють підручники, супроводжуючі навчальні матеріали. Хороший навчально-методичний комплекс (НМК) повинен передбачити та враховувати всі умови навчання. При своїй стабільності він повинен бути варіабельним. Над створенням такого НМК з англійської мови для студентів медичного вузу працює колектив викладачів кафедри іноземних мов Запорізького державного медичного університету.

Основу методичної концепції НМК складають загальнодидактичні та загальнометодичні принципи. При роботі автори спираються на досягнення представників активного, комунікативного та свідомо практичного підходів до навчання іноземних мов.

При створенні комплексу ми враховуємо нормативні документи, створені Міністерством охорони здоров'я України (Програма з англійської мови для студентів I-II курсів медичних вузів. – К., 1992 та Навчальний план підготовки лікарів у вищих державних медичних закладах України. – К., 1996).

Слід зазначити, що програма та плани 1994, 1996 років не відтворюють значною мірою в достатньо чіткій формі мету, завдання та зміст курсу іноземних мов, характер та рівень розвитку мовної підготовки тощо, що не могло не позначитися на якості підручників. У цій статті ми не бачимо необхідності аналізувати посібники авторів Є.Є.Юдиної та Л.В.Потяженко, А.М.Маслової та ін., Т.Н.Івіної та ін., які рекомендовано як підручники основного

курсу з англійської мови для студентів медичного та фармацевтичного факультетів. Ми поставили за мету поділитися своїм розумінням методичної сторони процесу навчання англійської мови майбутніх спеціалістів охорони здоров'я України.

Навчальним планом передбачена іномовна підготовка майбутніх дипломованих спеціалістів системи охорони здоров'я України протягом перших двох років (I-IV семестри) обсягом 324 год, з яких 180 – аудиторних і 144 – для самостійної роботи. Крім того, предмет іноземна мова може бути обраний студентами III-V курсів як дисципліна за вибором. На жаль, діючих кількісних та якісних ознак факультативного курсу план та програма не визначають. Останнє є предметом спеціальних методичних досліджень і обґрунтувань і, поки що, не є предметом нашої уваги.

За результатами останніх досліджень відомих сучасних методистів (С.Ю.Ніколаєвої, В.А.Бухбіндера, Ю.І.Пасова, Г.О.Китайгородської) кількість часу та насиченість, що визначені планом, є достатніми для формування та розвитку життєво необхідної комунікативної компетентності студентів. Перед майбутніми спеціалістами-лікарями та провізорами стоїть завдання оволодіння іноземною мовою не тільки в комунікативних, але й в професійних цілях. Сьогодні спеціалісти-медики і фармацевти нашої країни переважно у практичній діяльності мають певною мірою обмежені можливості використання знань мови. Основними сферами використання виступають читання літератури за фахом, реферування та анотація спеціальних та загальномедичних текстів, підготовка доповідей, складання резюме за матеріалами власних наукових досліджень. На основі сказаного можна зробити висновок: викладачі поряд з роботою над розвитком у студентів загальнокомунікативних здібностей повинні формувати і розвивати у них навички та вміння, які будуть реалізовуватись в майбутньому у професіональній сфері життя. Звідси, мета курсу іноземної мови у медичному вузі – формування та розвиток у студентів загальногуманітарної комунікативної компетентності й професійно зорієнтованих рецептивних і репродуктивних умінь.

Не секрет, що дуже часто рівень шкільної іномовної підготовки студентів-медиків і фармацевтів не є достатнім для розвитку визначених

продуктивних умінь у строки, зазначені планом, тим більше, що вони дуже завантажені новими для них професійно значущими дисциплінами. Для таких студентів, як і для тих, які в ліцеї і гімназії одержали високий рівень іномовної підготовки, дуже важливо оволодіти професійно релевантними навичками. Серед них, як свідчить життя, домінують уміння перекладу, переглядового та пошукового читання, анування та реферування, підготовленого усного мовлення.

Для вирішення поставленої мети дуже важливо усвідомити структуру та зміст курсу іноземної мови. Відповідно до періодів навчання (чотири семестри) можна запропонувати чотири етапи, зміст і тематична спрямованість яких містяться у семантиці назв: загальногуманітарний, загальномедичний, спеціально медичний, фармацевтичний і вузькопрофесійний. За цією структурою планується складання УМК з англійської мови для студентів медичного вузу.

Перша частина – це невеликий загальногуманітарний курс. На матеріалі вправ студенти коригують слухові, вимовні, орфографічні навички, техніку читання. Комунікативна компетентність студентів, яка була сформована на уроках у школі, отримує подальший розвиток у рамках загальної тематики: рідна країна та англійські країни. На матеріалі спеціально підібраних адаптованих країнознавчих текстів та у процесі виконання системи післятекстових вправ студенти будуть активізувати продуктивні лексико-граматичні та фонетичні навички, розвивати рецептивні та продуктивні комунікативні вміння.

Матеріалом другої частини НМК є тематичні тексти про студентів, їхнє оточення, плани на майбутнє, загальні питання організації системи охорони здоров'я у нашій країні та за її межами, деякі проблеми здорового способу життя, відомості про видатних медиків і фармацевтів тощо. Післятекстові вправи мають на меті формування професійно орієнтованого комунікативного ядра іномовної компетентності студентів.

Частина описових текстів за тематикою, що визначена програмою у 1 та 2 частинах супроводжується паралельним перекладом, що, за нашими сподіваннями, має полегшити роботу студента над усним підготовленим мовленням. Крім того, це надасть можливість викладачам у роботі над темою використовувати елементи інтенсивної методики АРМУ (автор Г.О.Китай-

городська). Добір та складання тематичних текстів здійснювалися на основі принципів комунікативної доцільності, новизни, лексико-граматичної і змістовної доступності, виховної та загальноосвітньої цінності.

Всі розділи двох частин мають систему домо-вленневих, умовно-мовленневих і мовленневих вправ, які спрямовані на розвиток умінь аналітичного і синтетичного читання, підготовленого і непідготовленого усного мовлення. Їх якість і кількість достатні для того, щоб здійснювати індивідуальний підхід у навчанні.

Перша і друга частини зможуть знайти використання на практичних заняттях з англійської мови з першокурсниками медичного і фармацевтичного факультетів.

Третя і четверта частини будуть створені студентам другого курсу окремо для медичного і фармацевтичного факультетів. До них увійдуть загальні та фахові тексти, адаптовані й оригінальні. Тексти будуть розміщені послідовно залежно від обсягу та лінгвістичних складностей. Кожний із розділів буде включати лексико-граматичний коментар та післятекстові вправи з навчання різних видів читання, перекладу, анування, реферування, складання резюме, розвитку потенціального лексичного та граматичного запасу тощо. Саме на другому курсі, коли студенти мають деякі знання із спеціальних наук і зацікавлені у поглибленні та розширенні професійного кругозору, цілком доцільно пропонувати їм матеріал про досягнення вітчизняної та зарубіжної наукової та практичної медицини і фармації, обговорювати відповідні проблеми.

Окрім вказаних матеріалів, до НМК увійдуть декілька допоміжних посібників, використання яких не передбачає фіксоване місце у процесі навчання:

– збірка текстів з художніх творів англійських та американських письменників з медичної тематики та вправ до них для позакласного читання;

– збірка оригінальних медичних і фармацевтичних текстів із періодичних наукових видань англійською мовою, які зможуть бути використаними для навчання анування, реферування тощо;

– збірка загальномедичних текстів українською мовою для навчання складання рефератів та резюме англійською мовою з відповідними поясненнями та рекомендаціями;

– збірка англomовних проспектів та інструкцій до ліків з методичними рекомендаціями щодо читання таких документів;

– посібник з практичної граматики англійської мови, до складу якого увійдуть узагальнюючі таблиці й вправи з трьох розділів: іменні частини мови, дієслово, синтаксис. З першими двома розділами посібника студенти працюють на II курсі обох факультетів;

– посібник з практичної фонетики англійської мови, який буде складатись із фонетичних вправ на матеріалі окремих слів, висловів та прислів'їв, текстів. Ним викладачі та студенти зможуть користуватись протягом всього курсу вивчення

англійської мови та поза його межами.

Лексичний матеріал останніх двох посібників не буде перевищувати мінімум для середньої школи.

Працюючи над УМК з англійської мови, автори переконані в тому, що навчання доцільно організовувати на альтернативній основі. У практику повинні бути рекомендовані декілька НМК. Тоді кафедра, і, навіть, окремий викладач зможуть з урахуванням своїх об'єктивних та суб'єктивних умов віддати перевагу одному з них або працювати з декількома паралельно чи послідовно і добиватись високих результатів у навчанні.

## ФОРМИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ

**Г.В.Дзяк, Т.О.Перцева, І.І.Візгалова**

*Дніпропетровська державна медична академія*

Однією з найважливіших складових успіху у вирішенні головного завдання вищого медичного закладу, яким є підвищення якості підготовки лікарів – це відповідний рівень майстерності педагогічного складу. Конкурсна система добору кадрів дозволяє вибрати кращих з претендентів, які здобувають добру славу вузу.

Прогрес розвитку суспільства і світової наукової думки обумовлює необхідність постійного самовдосконалення кожного лікаря.

Викладач клінічної кафедри медичного вузу повинен бути обізнаний у фахових питаннях на рівні майстерного володіння. Крім того, не викликає сумніву необхідність знань у галузі дидактики, педагогічної психології як з перших кроків до педагогічної майстерності. Педагог, як і лікар, працює в системі “людина – людина”.

### **Вимоги до викладача ВНЗ:**

1. Висока фахова (лікарська) кваліфікація.
2. Педагогічна майстерність.
3. Достатні знання з психології.

Загальна педагогіка, яка розглядає питання міжособистісних стосунків, допомагає раціональній організації навчального процесу.

Однією з провідних сучасних тенденцій організації навчання студентів є його індиві-

дуалізація. Саме такий підхід спроможний сформувати такі риси лікаря-фахівця, як активність, самостійність, аналітичні здібності. Безумовно, велике значення в формуванні цих рис належить зусиллям з боку самого студента. Але роль викладача залишається керівною. Завдання викладача не обмежується поданням навчального матеріалу. Він повинен не тільки організувати навчальний процес, а й визначити особистість кожного студента, його загальний рівень підготовки, теоретичні базисні знання, загальномедичну ерудицію тощо. Саме викладач покликаний спонукати студента не лише засвоїти навчальний матеріал, а й розкрити свої здібності, розвинути їх.

Вже на етапі відбору абітурієнтів, особливо на контрактних умовах навчання, доцільна оцінка не тільки рівня підготовки, а й вміння продуктивно засвоювати знання. Оскільки в середній школі учні часто не отримують узагальнених навчальних засобів з формування вмінь і навичок, деякі студенти схильні до стихійного засвоєння занять, їх словниковий запас та фонд розумових операцій обмежені. В ДДМА працює психологічна лабораторія, в якій проводяться психологічні дослідження студентів I курсу з метою визначення їхніх інтелектуальних можливостей. На підставі цих даних прогнозується успішність навчання у

вузі та визначається ефективна дидактична стратегія для якісного засвоєння знань студентами різного рівня підготовки. Окремі індивідуальні дефекти коригуються психологами та педагогами лабораторії, а також спільною роботою її співробітників з викладачами кафедр.

Ось приклад розвитку мнемонічних та розумових умінь студентів: застосування методики розвитку активного професійного словника, вміння будувати наукові положення у студентів III курсу на клінічних кафедрах вже через півроку призвели до набуття кращого рівня деталізації скарг хворого, лаконічності та логічності записів при оформленні історії хвороби, ніж у контрольній групі, полегшили професійний контакт між студентами і викладачами.

Беручи до уваги необхідність подальшого удосконалення національної концепції безперервної додипломної та післядипломної освіти, ми вже сьогодні знаємо, що ця освіта в галузі охорони здоров'я існує, пристосовується до нових соціально-економічних умов, знаходить нові форми роботи і виконує завдання, які стоять перед нею.

**Етапи, форми післядипломного навчання:**

- інтернатура, магістратура;
- цикли спеціалізації;
- цикли тематичного удосконалення;
- цикли підвищення кваліфікації;
- передатестаційні цикли;
- цикли інформації та стажування.

Викладачі медичних вузів користуються можливостями існуючої системи післядипломної освіти на рівні із спеціалістами системи охорони здоров'я. Значна частина викладачів приходить до вузу, маючи досвід практичної роботи в закладах охорони здоров'я і першу чи вищу фахові категорії. Викладачі клінічних кафедр також залучені у систему фахової переатестації.

В ДДМА існує можливість тематичного удосконалення, передатестаційної підготовки та спеціалізації на ФПО з 24 спеціальностей. Крім цього, академія разом з управлінням здоров'я обласної державної адміністрації щорічно організовує проведення в Дніпропетровську виїзних циклів ФПО з інших вузів України та країн СНД.

Підвищення педагогічної майстерності – не менш важливе завдання для викладача вузу. Якщо порівнювати можливості двох напрямків підвищення кваліфікації – фахової лікарської та фахової педагогічної, то може-

мо стверджувати, що стійкої системи до- та післядипломної педагогічної підготовки викладачів медичних вузів не існує. Хіба можливо назвати додипломним етапом педагогічної підготовки той курс основ педагогіки, що вже встигли на I курсі навчання у вузі прослухати молоді викладачі?

Перед курсом основ медичної психології поставлене завдання ознайомити майбутніх лікарів з психологічними закономірностями психічних розладів, які можуть бути підґрунтям хвороб чи змінювати їх перебіг. Це не повною мірою відповідає потребам викладачів; необхідна обізнаність у загальній, педагогічній психології.

Необхідність підвищення своєї педагогічної майстерності відчуває більшість викладачів. Однак, на жаль, не всі. Так, за результатами анкетування викладачів нашого вузу рівень самооцінки професійної педагогічної майстерності у деяких молодих викладачів надмірний (майже 3% опитуваних оцінили рівень своїх педагогічних знань, і навіть навичок та вмінь, як “чудовий” і ще 8% – як “високий”). Люди з великим досвідом викладацької роботи, в тому числі професори і доценти скромніші – майже 90% оцінили себе як педагога лише на “задовільно” (табл. 1).

Основними формами підвищення педагогічної підготовки залишається самовдосконалення, кафедральний та вузівський рівні.

Щодо відповідей про труднощі у викладацькій роботі, то молоді викладачі, мабуть, недооцінюють їх при створенні методичних посібників, лекцій, тестових завдань, а педагоги зі стажем краще навчились складати звіти.

Серед основних 4-х видів роботи викладача медичного вузу (викладацька, лікувальна, наукова, методична) найбільш важливою більшість опитуваних вважає викладацьку. А ось місце методичної роботи більшість молодих викладачів визначає як останнє, четверте. Педагоги з більшим стажем роботи вважають цей вид роботи більш значущим.

**Рівні підвищення педагогічної кваліфікації :**

1. Самовдосконалення.
2. Кафедральний.
3. Загальновузівський.
4. Республіканський.
5. Міжнародний.

Найбільше спрямована на мету підготовки викладача медичного вузу *аспірантура*. Саме на



Таблиця 1. Результати анкетування викладачів-учасників психолого-педагогічного семінару (ДДМА, 1999)

| № п/п | Питання анкети   | Викладачі з педагогічним стажем до 5 років | Викладачі з педагогічним стажем 5-29 років |
|-------|--|--|--|
| 1     | Форми педагогічної підготовки опитуваних:                  |  |  |
|       | а) додипломна – курс “Основи психології”;                  | 75,0%                                      | 22,1%                                      |
|       | б) ФПК;  | 22,2%                                      | 77,6%                                      |
|       | в) обмін досвідом на кафедрі;                              | 91,7%                                      | 88,9%                                      |
|       | г) самовдосконалення.                                      | 88,9%                                      | 66,3%                                      |
| 2     | Самооцінка рівня педагогічних знань, навичок, умінь:       |  |  |
|       | а) “чудовий”;  | 2,8%                                       | -  |
|       | б) “високий”;  | 8,3%                                       | 11,1%                                      |
|       | в) “задовільний”;  | 66,7%                                      | 88,9%                                      |
|       | г) “недостатній”.  | 22,2%                                      | -  |
| 3     | Найбільш складними сторонами викладацької роботи вважають: |  |  |
|       | а) складання методичних посібників;                        | 30,6%                                      | 22,1%                                      |
|       | б) розробка текстових завдань;                             | 13,9%                                      | 33,4%                                      |
|       | в) створення лекцій;                                       | 25,0%                                      | 30,6%                                      |
|       | г) педагогічне спілкування;                                | 11,1%                                      | 11,1%                                      |
|       | д) виховна робота в групі;                                 | 33,3%                                      | 33,0%                                      |
|       | е) складання звітів з навчально-виховної роботи            | 55,6%                                      | 20,6%                                      |

цьому етапі передбачається первинна педагогічна спеціалізація. Але далеко не всі викладачі приходять до вузу через аспірантуру. Згідно з нака-

зом МОЗ України № 92 від 29. 04. 93 р., первинне підвищення педагогічної кваліфікації (а це не підвищення, а первинна підготовка) викладачі проходять на семінарах вузу.

Підвищення педагогічної кваліфікації – постійний процес, в якому існує багато форм і можливостей.

*Самовдосконалення* – це набуття власного досвіду за допомогою методу “спроб та помилок”. Значна роль спеціальної літератури. Однак щодо літератури з питань педагогіки та психології з урахуванням особливостей медичних навчальних закладів, то їх – недостатньо.

Другий рівень – *кафедральний* – базується на використанні колективного досвіду. В академії застосовуються різні форми взаємодосконалення: відкриті лекції та семінари, колективна робота над навчально-методичними розробками, “педагогічні читання” тощо.

*Загальновузівський* рівень забезпечується роботою ЦМК, предметних комісій, навчально-методичного кабінету, комітетів з підготовки тестових завдань для ліцензійних іспитів. Використовуються такі форми, як науково-методичні конференції, психолого-педагогічні семінари, короткострокові та постійно діючі проведення монотематичних “круглих столів”.

У вузі триває пошук нових форм та вдосконалення існуючих, зокрема за рахунок розширення міжвузівських та міжнародних зв’язків. Останнє втілюється через стажування з питань вдосконалення навчального процесу, участь у міжнародних семінарах, в тому числі на базі ДДМА, запрошення іноземних професорів для читання лекцій, обговорення питань організації навчального процесу в країнах світу, методики викладання та інновацій.

Наслідком знайомства з організацією та проведенням навчального процесу в країнах світу стало використання новітніх технологій контролю знань, спроби поглиблення інтегрованих зв’язків між фундаментальними та клінічними дисциплінами шляхом проведення елективних курсів “Введення в здоров’я і хвороби людини”, раціональне застосування в навчальному процесі “платних команд”, покликаних підвищити вагу самостійного надбання студентами, інтернами, магістрами, аспірантами практичних фахових навичок.

Хотілося б, щоб усі викладачі академії були талановитими лікарями та педагогами. Це

було б підґрунтям для появи яскравих учнів. Але талановитими не стільки народжуються, скільки формуються. На сучасному етапі існує необхідність створення національної концепції безперервної фахової підготовки педа-

гогів вищих медичних навчальних закладів з розробкою на наукових засадах структурно-функціональної організації системи освіти педагогів, їх законодавчого забезпечення, розробки нормативних документів.

## **ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ МОВИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС В ОДЕСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

**В.М.Запорожан**

*Одеський державний медичний університет*

Згідно з Законом “Про мову” і у зв’язку з виконанням доручення Президента України № 1-14/823 від 5 грудня 1996 р., за результатами наради з питання про стан виконання законодавства про мови в Україні від 22 листопада 1996 р., в Одеському державному медичному університеті проведена досить об’ємна й різнопланова робота, схема і механізми якої передбачені власними університетськими планами заходів, затверджені ректором 16.09.1991 р., 29.01.1997 р., 19.11.1999 р.; ними керуються усі підрозділи університету.

*Україномовна підготовка та перепідготовка професорсько-викладацького складу*

Реалізація державної мовної політики в Україні привернула особливу увагу ректорату до україномовної підготовки та перепідготовки професорсько-викладацького складу. Мова, зрозуміло, йде передусім про курси української мови, хоча чимало викладачів, особливо ті, хто вважає українську мову своєю рідною, поліпшують свій мовний рівень самостійно і не потребують безкоштовних курсів.

Розпочавши свою роботу наприкінці ще 1994 року (8 груп – 125 осіб; залік отримали 71 чол.), курси української мови стали основною умовою отримання знань, умінь та практичних навичок з мови. Робота у цьому напрямку стала вже традиційною. Так, у 1998-1999 навчальному році в університеті працювало 6 груп професорсько-викладацького складу, які об’єднували у собі 94 особи.

У цьому навчальному році ректорат універ-

ситету разом з кафедрою українознавства та культурології передбачає ввести триступеневу (трирічну) програму роботи цих курсів. Коротко про її зміст:

– перший рік навчання (50 год) – початковий рівень (робоча програма орієнтуватиметься на отримання слухачами, які володіють недостатньо українською мовою, перших відомостей про мову, елементарних умінь та навичок спілкування на побутовому рівні, найпростіших навичок перекладу тощо) – прогностичний відсоток слухачів від загальної кількості професорсько-викладацького складу складає приблизно 10%;

– другий рік навчання (50 год) – проміжний або середній рівень (професорсько-викладацькі групи з вивчення державної мови формуватимуться на основі співбесіди - тестування; робоча програма орієнтуватиметься на забезпечення слухачів курсів ґрунтовними знаннями передусім з граматики та правопису, активне спілкування на науковому рівні) – прогностичний відсоток слухачів від загальної кількості професорсько-викладацького складу складає приблизно 50%;

– третій рік навчання (50 год) – найвищий рівень (робота у цих групах завершуватиметься заліком; робоча програма орієнтуватиметься на остаточне закріплення норм літературної вимови, перекладу, правопису) – прогностичний відсоток складає приблизно 40%. Як бачимо, фактично приблизно 90% осіб професорсько-викладацького складу на початок 1999-2000 навчального року підготовлені до викладання державною мовою; порівняймо: за станом на 01.1998 р. такий відсоток був значно нижчим (75%).

Отже, практично усі 100% осіб професорсько-викладацького складу пройдуть україномовну підготовку та перепідготовку й отримають відповідний документ про закінчення, який матиме чинність лише у межах ОДМУ.

При укладанні контрактів з особами, які відносяться до професорсько-викладацького складу, адміністрацією враховується рівень володіння ними державною мовою. Активність професорсько-викладацького складу в оволодінні українською мовою мотивується не лише усвідомленням необхідності проводити лекції та практичні заняття державною мовою, але й університетською програмою видавничої діяльності. А вже до 100-річчя університету кожна кафедра, а їх у нас 54, з ініціативи та пропозиції ректора, зобов'язалася підготувати україномовний підручник чи навчальний посібник, монографію чи звіт методичних розробок тощо. Хочу зазначити, що за цілковитої широкій підтримки директора Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти п. Вітенка І.С. ця програма цілеспрямовано реалізується, і вже тільки у 1999 р. вийшли у світ 7 видань і ще 8 готуються до друку. Така активна співпраця Центрального методичного кабінету з Одеським державним медичним університетом є вагомою запорукою на ниві впровадження державної мови у навчальний процес.

#### *Державна мова і навчальний процес.*

Мова навчального процесу, досить суттєво коригується регіональною мовною ситуацією. Як показав аналіз вступних іспитів з мови, а його щорічно проводить кафедра українознавства та культурології, абітурієнт півдня України має значно кращі знання з граматики та правописних норм української мови, аніж вміє нею володіти вербально. Отож, викладання спеціалізованих лекційних курсів українською мовою обов'язково і неминуче зіткнеться з російськомовними практичними й семінарськими заняттями, адже студент і нині ще продовжує оперувати суто російськомовними мисленнєвими категоріями та синтаксичними структурами. Тому й не дивно, що анкетування студентів, скажімо стоматологічного факультету, на початку I семестру 1998-1999 навчального року показало, що тільки 11,7% студентів бажають навчатися українською мовою. Наприкінці II семестру цей відсоток значно зріс завдяки неухильній університетській політиці

впровадження державної мови (лекції, практичні заняття, виховна робота, видання посібників тільки українською мовою).

Долаючи такий об'єктивний супротив, адміністрація університету чимало робить для активізації безпосереднього впровадження державної мови у навчальний процес. Так, у 1998-1999 навчальному році майже чверть студентів навчалися українською мовою (24,9%). Адміністрація університету бачить лише один шлях до значного, якщо не 100-відсоткового, залучення студентів до опанування медичними знаннями саме державною мовою. Дозвольте висунути такі конкретні пропозиції:

1. Відновити для студентів медичного університету предмет "Українська мова" обсягом 80 год з іспитом, який ставив би за мету навчити студентів розмовної української мови. Це дасть змогу остаточно впровадити державну мову в навчальний процес.

2. Предмет "Ділова українська мова" перенести на II курс.

3. Передбачити у навчальних планах Міністерства елективний курс для студентів V-VI курсів.

4. Дозволити здійснення перерозподілу годин з "Ділової української мови" на користь саме практичних занять, ввівши до робочої програми цього курсу вивчення не лише загальнозживаних документів, а й суто медичних.

5. Укласти і затвердити регламентуючі документи щодо вивчення ділової української мови на усіх рівнях післядипломної освіти лікарів.

6. Ввести обов'язковий спеціальний курс української мови для аспірантів, магістрів, бакалаврів зі складанням кандидатського іспиту.

Наголошую, потреба у цих змінах, доповненнях та уточненнях є вкрай необхідною, оскільки саме вони – вагома запорука активного життя української мови в університеті.

*Забезпечення навчального процесу україномовними навчально-методичними документами, підручниками*

Згідно з рішенням вченої ради університету, з метою надання допомоги кафедрам у розробці та підготовці навчально-методичної документації та посібників викладачі кафедри українознавства свого часу були закріплені за відповідними кафедрами.

Для підвищення якості й науково-методичного рівня навчально-методичної і наукової

літератури, яка готується співробітниками кафедр, створена рецензійна видавнича рада університету, яка рекомендувала і нині продовжує рекомендувати до видання праці, що мають позитивні відгуки рецензентів зі спеціальності і обов'язково написані українською мовою.

Зрозуміло, що ці заходи, як і наша співпраця з ЦМК з вищої освіти, дали позитивні результати. Потрібно зазначити, що станом на 1.09.1999 р. усі кафедри завершили остаточне оформлення та укладання навчально-методичної документації українською мовою.

Декілька слів про забезпеченість студентів підручниками. Бібліотека університету замовляє й систематично отримує україномовні підручники та навчальні посібники. Тільки за останні три роки (1997-1999) до бібліотеки надійшло 35 назв підручників з педіатрії, оториноларингології, хірургії, соціальної медицини тощо. Повністю забезпечені україномовними підручниками вже 12 дисциплін. Ці підручники – результат роботи професорсько-викладацького складу ОДМУ. Забезпечення інших кафедр власними посібниками українською мовою продовжується. Вже замовлено і в кінці року мають надійти підручники з внутрішніх, дитячих, інфекційних хвороб, акушерства, гінекології, променевої діагностики, латинської мови, політології тощо.

В останні роки зусилля ректорату, деканатів і завідувачів кафедр були спрямовані на забезпечення студентів навчально-методичною літературою українською мовою шляхом видання її за рахунок позабюджетних джерел фінансування. Так, у 1997 році було видано 8 навчальних посібників, 2 монографії, 2 збірки наукових праць, 4 методичні рекомендації. Активно видавалися україномовні підручники і посібники: у 1998 році – 19 назв, у 1999 – 27.

Готуючись до 100-річчя Одеського державного медичного університету, ще в 1997 році був створений і ухвалений план видання серії підручників та навчальних посібників. Можу впевнено сказати, що до 1 вересня 2000 року усі ці видання побачать світ.

*Впровадження державної мови у діловодство, інформаційне забезпечення усіх сфер діяльності університету*

– Усі підрозділи університету спілкуються із зовнішніми організаціями виключно українською мовою.

– Інформаційно-довідкові видання, такі як “Комплекс заходів щодо організації навчального процесу” і “Плани роботи рад, деканатів, предметних методичних комісій, громадських організацій медичного університету”, теж поширюються лише в україномовному варіанті.

– Університетська газета “Пульс”, що виходить з травня 1997 року містить лише україномовні матеріали.

– “Одеський медичний журнал”, який виходить з 1997 року українською мовою отримав досить високий рейтинг серед науковців-медиків.

*Державна мова як мова роботи приймальної комісії*

Відповідно до “Закону про мови”, вся документація приймальної комісії, починаючи з 1991 року, ведеться українською мовою. З 1992 року заяви, екзаменаційні білети, плани роботи, протоколи засідань приймальної комісії, правила прийому ведуться лише державною мовою. Останні два роки все листування з міністерствами, відповіді на листи абітурієнтів, а також вся інформація приймальної комісії ведуться державною мовою. Всі члени приймальної комісії, члени екзаменаційних комісій, члени технічного секретаріату вільно володіють українською мовою.

У бібліотеці університету є в достатній кількості довідкова і навчальна література українською мовою для підготовки до вступу в університет. Викладання на підготовчому відділенні та підготовчих курсах, консультації абітурієнтів проводяться українською мовою. Таким чином, протягом двох років усі підрозділи приймальної комісії користуються державною мовою. Зрозуміло, що з введенням іспитового випробування “Диктант з української мови” відбулася переорієнтація, передусім, на досягнення ґрунтовних знань з мови, що, власне, є найвагомим завданням і призначенням підготовчого відділення і підготовчих курсів.

*Державна мова і культурно-освітній процес*

Немає потреби у переліку назв тих культурно-освітніх заходів, які, безсумнівно, стимулювали неухильне наближення нашого університетського студентства до національної культури і мови. Велике значення на цьому терені, як, власне, і у питаннях впровадження



державної мови відіграє кафедра українознавства – наш ідеологічний і культурний центр. Так, у 1998-1999 навчальному році кафедра українознавства провела культурно-освітні зустрічі з п. Глушенюк Тамарою Арефіївною – майстринею-писанкаркою, з п. Дмитром Шуптою – поетом-медиком, з п. Валентином Морозом та п. Володимиром Гараніним – відомими українськими поетами. Студенти відвідували культурологічний лекторій при Українському Чорноморському інституті ім. Юрія Липи. Проведено ряд україномовних тематичних заходів і серед них – конкурс на краще виконання поетичного твору.

Адміністрація університету робить усе

можливе, аби українське слово якнайчастіше звучало в студентській аудиторії. 29 вересня 1999 р. підписано договір про співробітництво нашого університету з Одеським українським музично-драматичним театром та творчою групою провідних його акторів. Вони взяли на себе зобов'язання запропонувати студентам сім виступів-концертів.

Отже, певна робота на ниві впровадження державної мови в навчальний, культурно-освітній процес в Одеському державному медичному університеті проводиться. Є труднощі, проблеми, але є й перемоги – а це найголовніше.

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ**

**Л.Я.Бабиніна, Д.І.Головань, Т.В.Дядічева, Г.С.Яцула**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*

З початку існування інтернатури в академії значну увагу приділяють контролю за організацією навчання лікарів-інтернів на базах стажування. Разом з Управліннями охорони здоров'я закріплених областей проведено паспортизацію всіх баз стажування, підбрано і затверджено склад керівників інтернів на базах стажування, відповідно з Положенням про інтернатуру постійно ведеться робота щодо його корекції. На даний час більше 68% керівників – лікарі вищої категорії зі стажем практичної роботи за спеціальністю від 20 до 30 і більше років. Серед них 7 заслужених лікарів, 8 кандидатів медичних наук. Велика увага приділяється підвищенню кваліфікації керівників інтернів. Вони отримують позачергові путівки на цикли ТУ, інформаційні цикли, ПАЦ. Якщо в 1996 році було 90 керівників (із загальної кількості близько 500), які не пройшли підвищення кваліфікації протягом 5 років, у 1997 році – 53, то в поточному році кількість їх знизилася до 22.

Керівництво інтернатури у складі проректора і завідувача відділом інтернатури раз на рік виїжджає в області, проводить інструктивно-ме-

тодичні наради з керівниками інтернатури, контролює бази стажування, проводить роботу з підбору нових баз стажування, особливо для підготовки сімейних лікарів (зокрема вивчена можливість використання для цього міських лікарень міст Прилуки Чернігівської області й Умані Черкаської області). Щодо контролю баз стажування з боку профільних кафедр, то в останні роки через економічні негаразди ця робота уповільнилася і відбувається в основному під час проведення виїзних циклів, конференцій, консультативних виїздів за викликами лікувальних закладів. Але кафедри шукають нові форми роботи з керівниками, а саме – проведення показових клінічних розборів і показових семінарів, виступи керівників інтернатури академії на циклі для головних спеціалістів-педіатрів, круглий стіл з питань підготовки інтернів з курсантами кафедри анестезіології, які переважно є керівниками інтернів тощо.

Щорічно перед атестацією проводиться анкетування лікарів-інтернів. Якщо раніше метою анкетування була оцінка інтернами організації і якості самого процесу навчання, то з 1998 р. розроблено нову анкету, в основі якої лежить самооцінка знань і вмінь, яких вони набули під час навчання в інтернатурі.

© Л.Я.Бабиніна, Д.І.Головань, Т.В.Дядічева, Г.С.Яцула, 2000

За підсумками анкетування більше 1000 лікарів-інтернів 3,5% з них незадоволені підготовкою на базах стажування, більшість інтернів задоволена і частково задоволена. Але поряд з тим тільки 72% лікарів добре володіють методами діагностики і обстеження, тільки 15% майже не помиляються при постановці діагнозу при самостійній курації хворих, тільки у 19% план лікування хворих співпадає з планом керівника, 5% інтернів завжди помиляються при діагностиці, майже у 4% план лікування не співпадає з планом викладача, 10% потребують допомоги при самостійній курації хворих, більше 1% відчувають труднощі у спілкуванні з хворим або його родичами.

Тільки 54% інтернів хірургічного профілю спроможні самостійно виконувати оперативні втручання згідно з програмою навчання в інтернатурі, тільки деякі з операцій – 43%, не можуть виконати зовсім 3% лікарів-інтернів. При цьому теоретичні знання цих інтернів знаходяться на досить високому рівні (за результатами комп'ютерного тестування).

На основі сказаного постає питання про необхідність зосередження уваги на практичних навичках і уміннях лікарів-інтернів, тобто потрібно перенести основний тягар на бази стажування, які покликані в першу чергу навчити лікарів-інтернів необхідних умінь для їх само-

стійної лікарської діяльності. На жаль, не всі вони відповідають необхідним вимогам.

Іноді для підготовки інтернів використовуються малопотужні лікувальні заклади з недостатньою кількістю тематичних хворих, недостатнім матеріальним оснащенням, недостатнім забезпеченням навчальними посібниками і періодичною літературою. Через скорочення штатів на базах стажування знизилася планова оперативна активність, що позначилося на кількості виконаних інтернами самостійних оперативних втручань. На деяких базах стажування на одного керівника припадає 5-6 інтернів, що неприпустимо для хірургічних спеціальностей. Голови атестаційних комісій вказують на незадовільну підготовку на базах стажування лікарів-інтернів за спеціальністю “загальна практика – сімейна медицина” через відсутність баз стажування керівників такого профілю. Незважаючи на те, що безпосередні керівники інтернів на базах стажування мають не нижче першої кваліфікаційної категорії, вони не обізнані з психолого-педагогічними питаннями інтернатури, частина з них потребує підвищення кваліфікації з актуальних питань і новітніх досягнень діагностики і лікування.

Проведений аналіз свідчить про те, що основним напрямком покращання практичної підготовки лікарів в інтернатурі є подальше удосконалення організації навчання їх на базах стажування.

## **ВИМОГИ І КРИТЕРІЇ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**Н.М.Олійник, Л.В.Гута, Н.В.Михайлечко, Б.М.Бегош,  
І.М.Маланчук, В.С.Шадріна, В.І.Коптюх, Л.Є.Лимар,  
В.В.Сопель, О.І.Хлібовська**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

Кваліфікаційна характеристика лікарів-курсантів за фахом “Акушерство і гінекологія” враховується при прогнозуванні потреб у фахівцях і плануванні підготовки кадрів, в організації навчального процесу в закладах післядипломної освіти і в рекомендаціях лікарів на певні

посади. Кваліфікаційний сертифікат лікаря, який видається ФПО, є документом, яким керуються органи практичної охорони здоров'я при спрямуванні лікарів на практичну роботу.

При поступленні на курси передатестаційного циклу кафедра акушерства і гінекології післядипломної освіти з'ясовує ряд даних про лікаря-курсанта: місце роботи, стаж практич-

ної діяльності, рекомендації керівників лікувальних установ (головного лікаря, обласного акушера-гінеколога). Проводиться комп'ютерний базисний контроль знань, проміжний тестовий контроль. Рівень підвищення кваліфікації лікарів-курсантів за час навчання на кафедрі визначаємо шляхом проведення заключного комп'ютерного контролю, теоретичної співбесіди; оволодіння практичними навичками перевіряється на фантомах. У 99% рекомендації, які дає кафедра курсантам на категорію, співпадають з рекомендаціями головних лікарів. При рекомендації категорії лікарю-курсанту кафедра дотримується ряду критеріїв та вимог, які дають можливість визначити кваліфікацію і професійну здатність лікаря акушера-гінеколога.

#### **Загальні вимоги до лікаря спеціаліста акушера-гінеколога.**

Лікар акушер-гінеколог, закінчивши вуз та навчання в інтернатурі на профільних кафедрах, і працюючи в практичній охороні здоров'я, повинен мати високий рівень професійної підготовки, широку ерудицію і культуру, добрі людські й моральні якості. Фахівець повинен поєднувати фундаментальну теоретичну і практичну підготовку, постійно поповнювати свої знання, розширювати світогляд та національну свідомість. Акушеру-гінекологу, який знаходиться біля витоків людського життя, повинні бути притаманні моральні категорії добра, справедливості, гуманності, обов'язку, честі, сумління, милосердя.

#### **Акушер-гінеколог повинен знати:**

– основи загальнотеоретичних дисциплін в тому обсязі, який необхідний для вирішення професійних завдань, пов'язаних з лікуванням і профілактикою акушерсько-гінекологічної патології;

– питання деонтології, лікарської етики і професійної таємниці;

– анатомо-фізіологічні, вікові й статеві особливості здорової і хворої жінки, знати причини виникнення патологічного процесу в організмі, механізм його розвитку, клінічні прояви, лікування і профілактику захворювання;

– фармакологічну дію лікарських засобів на

організм вагітної та невагітної жінки, покази до проведення фізіотерапевтичних і бальнеологічних процедур; реабілітаційну терапію;

– основні етапи і методику проведення планових та ургентних операцій, методи знеболювання і реанімації;

– сучасні вітчизняні й зарубіжні концепції теоретичного і практичного акушерства та гінекології;

– структуру та організацію роботи всіх підрозділів акушерсько-гінекологічної служби, санітарно-епідеміологічний режим пологового будинку.

#### **Акушер-гінеколог повинен вміти:**

– ретельно зібрати анамнез у хворих, виявити преморбідний фон, причини та клініку захворювання, вміти правильно поставити діагноз, призначити адекватне і комплексне лікування;

– проводити фізіологічні й патологічні пологи, вміти надати необхідну допомогу при пологах і при всіх екстремальних станах, що загрожують життю матері й дитини; скоригувати план ведення пологів; усунути ускладнення, що можуть виникнути;

– вміти проводити перинатальну охорону плода, реанімацію новонароджених, які народилися в асфіксії;

– вести правильно післяпологовий і післяопераційний період, запобігти розвитку гнійно-септичних захворювань у породіль, ретельно дотримуватися санепідежіму у пологовому будинку;

– вміти виконувати необхідний об'єм акушерських та гінекологічних операцій згідно з кваліфікаційною категорією;

– вміти грамотно вести всю медичну документацію, проводити аналіз та експертну оцінку роботи в підрозділах.

Перелік знань та умінь лікаря акушера-гінеколога не вичерпується тільки описаними вимогами, вони є значно ширшими та об'єктивнішими. Рекомендуючи на закінчення передатестаційного циклу ту чи іншу кваліфікаційну категорію акушеру-гінекологу, ми враховуємо знання та вміння лікаря, виконання ним об'єму оперативних втручань, його теоретичну підготовку та оволодіння практичними навичками.

## **ІНТЕГРАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ З СУМІЖНИМИ НАВЧАЛЬНИМИ ДИСЦИПЛІНАМИ**

**Т.О.Нікіфорова, Ю.Д.Гоц, О.Я.Пришляк, Б.М.Дикий**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Сучасна епідеміологічна ситуація на Україні вимагає ефективнішого використання епідеміологічних знань в галузі профілактики захворювань. Підготовка лікарів-клініцистів на медичному факультеті в основному базується на вивченні організмowego та суборганізмowego рівня життя. Проте, на лікарів-клініцистів накладаються й певні профілактичні функції. Це потребує від них навичок популяційного мислення, яке формується в процесі вивчення епідеміології як загальномедичної науки. Зараз сформульовані принципи і розроблені методичні прийоми популяційного вивчення всіх хвороб як інфекційних, так і неінфекційних. Принципово важливим є включення в навчальний процес формулювань кінцевої мети навчання студентів з епідеміології, а також мети навчання за кожним розділом програми. Кінцевою метою вивчення епідеміології на медичних факультетах є оволодіння теоретичними знаннями та практичними навичками, які забезпечують виявлення причини, умови і механізму формування захворюваності, аналіз її розподілу по території серед різних груп населення і в часі, розробку засобів профілактики захворювань. Її може бути досягнуто на основі інтеграції знань і вмінь, які отримують студенти на різних кафедрах медичного закладу. Викладання епідеміології повинно проводитись на основі предметних зв'язків навчальних програм і складання "ланцюга мети" з такими кафедрами як біологія, мікробіологія з вірусологією та імунологією, загальна гігієна та медична екологія, соціальна медицина з організацією охорони здоров'я, інфекційні та дитячі інфекційні хвороби, мед- та біостатистика.

Завдання епідеміології тісно пов'язані із завданнями соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Особливе значення має оволодіння студентами епідеміологічними методами для проведення епідеміологічного аналізу, вивчення захворюваності та інших показників, які характеризують здоров'я населення (смертність, інвалідизація,

працевтрати, економічні збитки, втрачені роки життя). Студенти повинні навчитися розраховувати інтенсивні та екстенсивні показники захворюваності, середні арифметичні та їх довірчі межі, достовірність різниці, побудувати динамічний ряд та вирівняти його по прямій методом найменших квадратів, побудувати лінійну та стовпчикову діаграми. Уміння застосувати ці методи і прийоми для оцінки проблем, виявлення причин і факторів епідеміологічного процесу, ефективності протиепідемічних заходів вони набувають на курсі епідеміології. Основною базою знань з епідеміології та інфекційних хвороб залишається мікробіологія з вірусологією та імунологією. Для розуміння взаємовідношень популяцій в паразитарній системі велику увагу слід приділяти засвоєнню знань про мінливість властивостей багатьох збудників, їх пристосування в навколишньому середовищі, про гетерогенність популяцій збудників за антигенною та токсигенною структурою. Розвиток кафедр та курсів клінічної імунології не тільки поглиблює знання студентів про імунітет, на організмовому та суборганізмовому рівні, але й дозволяє розуміти поняття "колективний імунітет", "імунітет населення", механізми і шляхи "ліквідації деяких інфекцій". При цьому слід враховувати вплив екологічних чинників, стихійних лих, надзвичайних подій, спосіб життя людей, харчування, застосування наркотичних середників та інших факторів.

Інтегрований тестовий контроль на курсі епідеміології часто виявляє недостатні знання студентів з лабораторних методів діагностики інфекційних хвороб, що утруднює в подальшому інтерпретацію лабораторних даних та визначення комплексу необхідних лабораторних досліджень при обстеженні епідосередку. Традиційні зв'язки епідеміології з клінікою інфекційних хвороб. Проте, треба звернути увагу на деонтологічні особливості проведення окремих профілактичних та протиепідемічних заходів (збір епіданамнезу, обстеження та ізоляція хворих, контактних осіб). Велике значення має інформаційний зв'язок кафедри епідеміології із закладами протиепідемічної служби. Своєчасне

© Т.О.Нікіфорова, Ю.Д.Гоц, О.Я.Пришляк, Б.М.Дикий, 2000



отримання організаційних і методичних документів, статистичних даних про захворюваність, відомостей про нові засоби профілактики дозволяють досягнути високого рівня викладання предмета.

Удосконалення підготовки кадрів в напрямку виховання епідеміологічно орієнтованих дільничних лікарів, керівників охорони здоров'я, працівників протиепідемічної служби повинно

забезпечити ефективніше використання епідеміологічних знань в галузі профілактики захворювань. Шляхи досягнення цього полягають у тіснішій інтеграції навчальних програм, застосуванні інтегрованих тестових завдань для перевірки вихідного рівня знань на початку курсу епідеміології, ситуаційних задач з вирішенням профілактичних питань, проведенні окремих практичних занять на базі СВС.

## **РОЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ КУРСІВ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ТА ГІСТОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ СТІЙКИХ ПРОФЕСІЙНИХ ПОНЯТЬ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ**

**Г.К.Волкова, Т.С.Громоковська, Т.В.Тітєвська**

*Запорізький державний медичний університет*

Латинська мова є основою більшості медичних термінів, що використовуються в міжнародній практиці та в Україні. Вивчення навчального предмета "Гістологія та основи ембріології" повинно бути пов'язано з курсом латинської мови для формування у майбутніх фахівців навичок системного підходу та цілісності уявлень про об'єкт своєї діяльності.

Інтеграція курсів латинської мови та гістології повинна сприяти досягненню кінцевої мети навчання – підготовці лікарів, які в своїй практичній та науковій діяльності зможуть вільно орієнтуватися і грамотно користуватися латинською медичною термінологією.

З метою вдосконалення вивчення гістологічної номенклатури та її кращого засвоєння під час занять з латинської мови, всі гістологічні терміни курсу "Гістологія та основи ембріології" розподілені на групи за їх мовними ознаками.

I група гістологічних термінів представлена українськими (російськими) словами, що визначають гістологічні поняття: ядро, трубочка, шока, рогівка тощо.

II група – це латинські за походженням терміни, що означають гістологічні утворення. В свою чергу, терміни цієї групи ми розподілили на підгрупи за граматичними ознаками:

а) терміни, що представлені одним іменником у формі називного відмінка однини чи мно-

жини (crista – гребінь, cytoplasma – цитоплазма, nucleoli – ядерця тощо);

б) терміни, побудовані за допомогою неузгодженого означення – іменника в називному відмінку та іменника в родовому відмінку, що визначає перший (annulus pori – отвір пори, caput spermatozoidi – голівка сперматозоїда тощо);

в) терміни, що складаються з іменника та прикметника, це так зване узгоджене означення (reticulum endoplasmaticum – ендоплазматична сітка, stratum basale – базальний шар тощо);

г) терміни, що мають в своєму складі декілька іменників та прикметників (побудовані за допомогою узгодженого та неузгодженого означень).

III група гістологічних термінів – це українські терміни, отримані шляхом прямої транслітерації відповідних латинських термінів (тератологія – teratologia, піноцитоз – pinocytosis, пронефрос – pronephros тощо).

Цю групу термінів ми теж поділили на 3 підгрупи за засобами словоутворення:

а) терміни, побудовані за допомогою префіксів (сімпласт, епібласт, екзогенний, гетохроматин тощо);

б) терміни, що складені за допомогою суфіксів (цитолема, фібрила, органела, гастрюляція тощо);

в) терміни, що є складеними словами (овоцит, цитоцентр, ембріогенез, гістогенез тощо).

На практичних заняттях з латинської мови доцільно проводити роботу з гістологічними термінами III групи, тобто розглядати термін з точ-

ки зору його структури. Основним завданням викладача латинської мови є формування у студента вміння знаходити структурні одиниці складеного гістологічного терміна. Для цього термін вивчається не як семантична одиниця гістологічної номенклатури, а вивчаються окремі його компоненти (префікси, корені, суфікси). Знання значення одного структурного компонента допомагає орієнтуватися в означенні

цілої групи гістологічних термінів (корінь цит – клітина, префікс енд – в, суфікс ізм – процес тощо). Ці знання відіграють значну роль у семантизації груп гістологічних термінів.

Опрацювання гістологічних термінів у мовних групах сприяє кращому засвоєнню наукових понять з курсу гістології, де робота з вивчення спеціальності поєднується з мовною практикою семантизації.

## **ІНТЕГРАЦІЯ НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН ПРИ ВИКЛАДАННІ КУРСУ АПТЕЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ (АТЛ)**

**О.І.Тихонов, В.О.Соболева**

*Національна фармацевтична академія України, м. Харків*

Основною тенденцією вищої школи є підвищення фундаментальності медичної та фармацевтичної освіти, інтеграція викладання дисциплін по горизонталі та вертикалі, комплекс навчального, виховного та наукового процесів, розширення профілю фахівця тощо.

Міждисциплінарність розглядається як один із методів аналізу складних явищ, в яких одночасно відбуваються процеси, що досліджуються різними науковими дисциплінами. Відповідно до завдання підготовки студентів вирішення міждисциплінарних проблем потребує сумісної участі різних факультетів і кафедр, яким необхідно розвивати свої предмети і водночас враховувати та деякою мірою пристосовуватися до змісту і методів інших дисциплін. Відомо, що комбінація різних дисциплін може значно покращити процес навчання.

Поряд з дисциплінарним пропонується системний підхід, який застосовувався в наукових дослідженнях й у вищій школі вже кілька десятиріч, але в даний час він використовується свідоміше.

Міжпредметні зв'язки за навчально-виховною дією поділяються на:

- попередні – коли потрібно згадати вже вивчений знайомий матеріал суміжних предметів;
- супровідні – коли зв'язуються в одне ціле поняття, розділи або теми суміжних предметів, які вивчаються майже одночасно;
- перспективні – коли при розкритті сутності того чи іншого поняття теми або розділу

обов'язково потрібне залучення та осмислення матеріалу суміжного предмета, який ще буде вивчатися.

Міжпредметні зв'язки допомагають досягти глибшого розуміння навчального матеріалу, дають можливість підвищити не тільки активність студентів, але й їх свідоме ставлення до навчання.

Міжпредметні зв'язки повинні діяти з урахуванням змісту суміжних наук, передбачати узгодженість навчальних програм і роботи викладачів різних дисциплін.

Враховуючи це, вся робота кафедри спрямована на глибоке засвоєння студентами теоретичних основ технології ліків та оволодіння практичними навичками, необхідними для подальшої професійної діяльності.

Колектив кафедри підготував до видання типову навчальну програму з АТЛ відповідно з діючим варіантом навчального плану. У зв'язку із введенням нових дисциплін, кількість годин з АТЛ дещо зменшилась порівняно з минулим, тому особливого значення набуває підвищення якості лекцій і лабораторних занять шляхом постійного оновлення матеріалу та відбору змісту з урахуванням останніх досягнень науки, науково обґрунтований розподіл матеріалу на кожне заняття, використання сучасних ТЗН, тестових та ситуаційних завдань, які максимально наближають навчальний процес до аптечного виробництва.

Поряд з цим великого значення надається інтеграції навчальних дисциплін, головна мета

якої – усунення дублювання матеріалу базисних дисциплін на профільних кафедрах, не забуваючи канонів педагогіки: повторення – основа засвоєння матеріалу, що насамперед стосується практичних навичок. При координуванні програм повинні враховуватись завдання як базисних дисциплін, так і профільних, що вимагало створення великої кількості нових навчально-методичних розробок.

У вищій фармацевтичній освіті хімічні та біологічні науки є фундаментом, на якому тримається вся фармація.

Для чіткої орієнтації на заняттях з АТЛ на певний вид професійної діяльності студенту потрібно мати базисні знання з фізики, латинської мови, фізіології, мікробіології, неорганічної, органічної, фізколоїдної, біологічної хімії, отримані на I-II курсах.

Без мінімуму обов'язкових знань з хімії та біології неможливо розглядати питання взаємозв'язку хімічної будови препаратів з біологічною активністю ліків на молекулярному рівні та ряд інших питань теоретичної і практичної фармації. Тому, починаючи з 1-о заняття, в методичних рекомендаціях для студентів як вхідний контроль знань наводяться тестові та ситуаційні завдання, що базуються на знанні багатьох раніше освоєних дисциплін: латинської мови – рецепт, хімічна номенклатура; філософії – основні закони та категорії діалектики; органічної, неорганічної, аналітичної, фізколоїдної хімії – властивості лікарських речовин різної природи та хімічної структури, які потрібні як для вибору раціональної технології лікарських форм, так і для допоміжних речовин і таро-закупорювального матеріалу; біохімії, мікробіології, гігієни, фізіології, патології, фармакології – біотрансформація ліків, їх взаємодія, метаболізм лікарських речовин, комбіноване введення ліків, їх негативна дія, фармакологічні несумісності, види антагонізму, асептика і антисептика, дезінфекція, стерилізація, антибіотики, механізм їх дії тощо.

Крім цього, для оволодіння методами приготування лікарських засобів та контролю їх якості необхідні знання про властивості лікарських речовин та рослинної сировини, їх хімічний склад та різноманітні процеси, які можуть відбуватися у лікарських формах (гідроліз, окислення-відновлення, нейтралізація, полімеризація тощо), які набува-

ються на кафедрах фармацевтичної хімії та фармакогнозії. Розробка структурно-логічних схем усіх навчальних дисциплін дозволили у новому навчальному плані дотриматися оптимальної послідовності у викладанні, що дає можливість студентам глибше оволодівати матеріалом з АТЛ на базі фундаментальних знань з інших предметів.

Однак, не менш важливе значення має інтеграція між профільними дисциплінами, які викладаються на III, IV та V курсах. Так, аптечна технологія ліків є основою для заводської технології; деякий матеріал використовують кафедри медичного та фармацевтичного товарознавства, організації та економіки фармації (основи технології лікарських форм, які виготовляються як аптеками, так і промисловістю; засоби малої механізації роботи в аптеках та інші прилади і апарати; правила прийому рецептів та відпуску ліків із аптеки, види контролю якості ліків аптечного виробництва тощо). З метою перевірки глибини засвоєння вивченого матеріалу при переході від одного предмета до іншого студентам пропонуються завдання вхідного, поточного, вихідного контролю з кожної дисципліни, що забезпечує логічну послідовність у викладанні.

Те ж саме стосується предметів, що викладаються на V курсі, а також подальших спеціалізацій. Наприклад, основою до освоєння такої дисципліни як біофармація є аптечна та заводська технологія ліків (основні фармацевтичні фактори, вплив допоміжних речовин, технологічних процесів та інших чинників на біологічну доступність лікарських форм); мікробіологія, фармакологія, фармакотерапія (доля лікарських речовин в організмі, фармакодинаміка, фармакокінетика, метаболізм лікарських речовин та їх біологічна доступність, методи визначення біодоступності та терапевтичної нееквівалентності тощо). Тому як підсумок раніше придбаних знань питання про значення та необхідність біофармацевтичних досліджень при розробці складу та технології нових лікарських препаратів не викликають у студентів сумнівів, а експериментальне підтвердження впливу різноманітних фармацевтичних і біологічних чинників на терапевтичну ефективність лікарських препаратів методами "in vitro" та "in vivo" зацікавлено сприймається студентами і спонукає їх до продовження наукових досліджень, виконання диплом-

них робіт, магістратури, аспірантури тощо.

При викладанні курсу спеціалізації “Гомеопатія у фармації” також має місце інтеграція між такими профільними та базисними дисциплінами як аптечна технологія ліків, аналітична і фармацевтична хімія, фармакогнозія, організація та економіка фармації у тій частині питань, яка об’єднує алопатію та гомеопатію, на фоні чого яскравіше виділяються відмінності у принципах лікування, призначення та приготу-

вання гомеопатичних лікарських засобів.

Таким чином, вищесказане дозволяє констатувати, що при обмеженості у часі викладання, великій кількості предметів та значному обсязі інформації інтеграція між дисциплінами як по вертикалі, так і по горизонталі обумовлює досконаліше вивчення кожної з них, а також сприяє формуванню у студентів цілісного погляду на фармацію, дозволяючи готувати високоякісних фахівців своєї справи.

## **ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ФТИЗИАТРІЇ У МЕДИЧНОМУ ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ**

**М.М.Савула, Є.Й.Бліхар, І.Т.П’ятночка, Л.А.Грищук,  
Н.С.Кравченко**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Туберкульоз уражає практично всі органи і системи людини. Тому основи знань з фтизіатрії потрібні лікарям будь-якого профілю, особливо терапевтам, педіатрам, сімейним лікарям. Для повноцінного донесення цих знань до слухачів необхідне всестороннє упорядкування та погодження процесу навчання на його різних рівнях.

Починаючи вивчення фтизіатрії, студенти повинні мати певний вихідний об’єм знань і вмій з нормальної і патологічної анатомії, нормальної і патологічної фізіології, мікробіології, фармакології, пропедевтики внутрішніх захворювань, рентгенології. Відомості, важливі для практичної фтизіатрії, узгоджувалися з цими кафедрами після відвідування відповідних лекцій і практичних занять. Вони лягли в основу пакета контролюючих тестів вихідного рівня знань, який перевіряється і коригується на певному занятті зі студентами IV курсу.

Участь колективу курсу у створенні міжкафедральних програм, присвячених різним проблемам (впливу алкоголю, тютюну, наркотичних речовин на організм людини, СНІДу), забезпечує вивчення питань фтизіатрії, що стосуються різних лікарських спеціальностей.

Важливими є перспективи інтеграції з багатьма кафедрами інституту в плані диференційної діагностики туберкульозу з іншими за-

хворюваннями (запальними, онкологічними, професійними, системними захворюваннями сполучної тканини). Не менш вагома проблема поєднання туберкульозу з іншими захворюваннями і станами. Цим питанням були присвячені конференції субординаторів з демонстрацією хворих, які проводилися спільно з відповідними кафедрами.

У науковому плані інтеграція здійснювалася шляхом виконання спільної наукової теми з кафедрою онкології, результатом якої було розроблення і впровадження в практику комплексної методики диференційної діагностики між туберкульозом і раком легень, з популяризацією її серед лікарів, інтернів і студентів академії.

Враховуючи, що з проблемою туберкульозу, його виявленням, діагностикою і профілактикою мають справу медичні працівники різних рівнів, за ініціативою курсу впроваджене проходження на базі тубдиспансеру практики слухачами медсестринського факультету, під час якої викладачі курсу знайомлять їх з санітарно-епідеміологічним режимом, особливостями стерилізації інструментів в протитуберкульозному закладі, приготуванням дезінфікуючих розчинів, правилами забору матеріалу для бактеріологічного дослідження. Крім того, студенти практично оволодівають методами виконання туберкульозної проби, наданням першої невідкладної допомоги при легеневих кровотечах і кровохарканнях тощо. Лекції з туберкульозу і практичні заняття проводяться



також слухачам факультету післядипломної освіти: лікарям-інтернам (терапевтам, педіатрам, сімейним лікарям) і курсантам-педіатрам.

Узгодження в методичному плані досягається шляхом ознайомлення з методикою проведення практичних занять і читання лекцій на різних кафедрах академії, а також в інших вузах, при навчанні викладачів на ФПК на базі Київської медичної академії післядипломної освіти. З метою уніфікації викладання захворювань органів дихання заплановано обговорення спільно з терапевтичними кафедрами методики викладання сучасних класифікацій і стратегій лікування захворювань органів дихання (пневмонії, хронічного обструктивного бронхіту, бронхіальної астми, туберкульозу легень) згідно із міжнародними узгодженнями, адаптованими до особливостей організації вітчизняної пульмонології і фтизіатрії, що були представлені на II з'їзді фтизіатрів і пульмонологів (Київ, 1998). Важливе також узгодження в межах терапевтичних кафедр академії питань висвітлення механізмів виникнення та інтерпретації дихальних шумів згідно із сучасними науковими досягненнями. Це відповідає ідеї поступової інтеграції фтизіатрії і пульмонології. Вже тепер у деяких областях створені могутні фтизіопульмонологічні центри, виникає необхідність підготовки спеціаліста нової класифікаційної характеристики – фтизіопульмолога. З цього випливають і особливості підготовки студентів, інтернів та лікарів на різних рівнях медичної освіти, необхідність організації кафедр фтизіатрії і пульмонології. У практичному плані така інтеграція відбувається на базі організованої фтизіатричної служби, проте гальмується економічними труднощами і зростанням епідеміологічних показників з туберкульозу.

В Україні і в світі, починаючи з 1990 р., неухильно збільшується захворюваність і смертність від туберкульозу. Погіршується ефективність лікування в зв'язку з розвитком хіміорезистентності, а кількість діагностичних помилок, незважаючи на впровадження нових інструментальних, радіологічних й імунологіч-

них методів дослідження зростає. Пізня діагностика туберкульозу є причиною того, що 16% хворих помирають до року спостереження, часто туберкульоз діагностують лише при аутопсії. Прогнози експертів ВООЗ на майбутнє невтішні. Особливо небезпечне інфікування мікобактеріями туберкульозу, і навіть умовно-патогенними (атиповими) мікобактеріями, ВІЛ-інфікованих осіб, кількість яких неухильно збільшується. В зв'язку з цим на Всеукраїнських конференціях, II з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України піднімалося питання про необхідність посилення підготовки лікарів з фтизіатрії, впровадження окремого державного іспиту "Інфекційні хвороби і туберкульоз". Академія медичних наук України, проаналізувавши проблему туберкульозу в Україні, в 1998 році звернулася до Міністерства охорони здоров'я з рекомендацією збільшити кількість навчальних годин для вивчення питань фтизіатрії, зокрема на випускному курсі вищого медичного навчального закладу.

Незважаючи на це, підготовка студентів з туберкульозу неухильно погіршується. Кількість навчальних годин, виділених для практичних занять з фтизіатрії зменшилася з 48 до 42 год, а тепер – до 36 год. У субординатурі час, виділений на вивчення туберкульозу, скорочений з 4-х до 1-го тижня, а тепер офіційно взагалі ліквідований, хоча, завдяки розумінню ректорів вузів, у всіх вищих навчальних медичних закладах України збережений цикл туберкульозу на VI курсі.

Лекції і практичні заняття в минулі роки передбачалися під час підготовки лікарів-терапевтів на курсах ФПО, тепер вони взагалі не заплановані. Відмінені також практичні заняття з туберкульозу для курсантів-педіатрів, збережено лише одну лекцію.

Враховуючи епідемію туберкульозу в Україні, яка є серйозною загрозою для здоров'я нації і навіть перешкодою для успішного входження України у Європейське співтовариство, ці питання повинні бути негайно переглянутими.

## ПРО ДЕЯКІ ХИБИ У СТВОРЕННІ УКРАЇНСЬКИХ ВІДПОВІДНИКІВ ДО ЛАТИНСЬКИХ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ

**Г.О.Краковецька**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Латинська мова (з елементами старогрецької) має особливу, відмінну від інших мов долю і міжнародне значення. Саме ця мова стала основою, фундаментом не тільки романської групи мов, але й збагатилася своїм словниковим складом (лексикою) інші групи мов. Латина ось уже більше двох тисяч років займає найпочесніше місце серед інших живих і “мертвих” мов світу.

Це явище можна пояснити такими чинниками:

1. Початки наук, записані грецькою мовою, були перекладені на латину, на мову “світової держави” і зберігалися багато століть.

2. Латинська мова функціонувала як розмовна і наукова, як мова релігії та офіційних документів на значній території Європи (і не тільки Європи).

3. Після занепаду Римської імперії (5 ст. н. е.) латина упродовж багатьох століть залишалася мовою науки, школи, церкви.

4. Ця мова “мертва”, вона усталилася граматично і лексично, тому є найзручнішою для створення нових найменувань. Цьому сприяє семантичне багатство слів.

Значення античних мов та багатой античної культури для розвитку загального світогляду та фахового термінологічного рівня не можна переоцінити. Підтвердженням цього аргументу, крім інших факторів, можуть бути вислови найславніших людей світу:

“Non tam praeclarum est scire Latine, quam turpe est nescire” (Cicero) – “Не так прекрасно знати латину, як ганебно не знати її”.

“За незначним винятком сліпих сил природи, нічого в цьому світі не має сили, якщо воно не має коренів і початків у Греції (Sir Henry Maine 1822-1888 – Оксфорд, Англія).

В.Г.Белінський писав до С.П.Боткіна: “Да, греческий и латинский языки должны быть краеугольным камнем всякого образования, фундаментом школ”.

“Без знания греческого и латыни нет образования” (Л.Толстой).

“А завершити цей список висловів можна

так: “In via est in medicina via sine lingua Latina” – “Непрохідний в медицині шлях без латинської мови”. Перевага античних мов не принижує значення інших, живих мов, тому що вона “мертва” і не належить зараз певному народові, вона живе і розвивається в міжнародній термінологічній системі.

Мова – це засіб акумуляції людського досвіду і знань та передачі їх наступним поколінням. Латинська лексика із значною кількістю грецьких терміноелементів у латинській графіці виконує називницьку функцію у професійній сфері чи не всіх галузей науки: медицини, фармації, біології, патології, дипломатії, юриспруденції, філології, історії, технічних наук. Це явище закріпилося багато століть тому і традиційно зберігається у наш час, тому що це єдина усталена і саме цим зручна форма професійного спілкування. З розвитком науки, техніки, культури термінологічна система збагачується новою фаховою лексикою, створюваною з невичерпаного джерела міжнародних грецько-латинських терміноелементів, проте недостатня мовленнєва професійна культура, деякою мірою викликана недостатньою кількістю годин, виділених на вивчення латинської мови і основ медичної термінології в медичних вузах, призводить до прогалин у професійній та загальноосвітній підготовці майбутніх медиків.

В останні роки виникла гостра потреба у національній навчальній та науковій літературі з міжнародною латинською та національною термінологічною наповненістю. З першим латинським варіантом термінів труднощів менше, ніж з другим, національним. Це явище пояснюється тим, що латинська термінологія, що йде з епохи античності, за значний часовий проміжок усталилася і офіційно закріпилася у міжнародних номенклатурах (анатомічній, гістологічній, фармацевтичній, клінічній тощо), проте українські відповідники з відомих причин створили певною мірою білу пляму у цій галузі.

Ознайомлення з термінологічними словниками, виданими за останні роки, виявило чимало відхилень від тих критеріїв, яким повинен відповідати

термін. На жаль, робота зі створення українських термінологічних словників в окремих випадках не досягла бажаного результату за якістю створення українських відповідників.

Важливе правило термінологічної системи – відсутність синонімії – часто порушується. Синонімічний ряд окремих термінів зростає за рахунок введення архаїзмів, діалектизмів, розмовних найменувань, варваризмів, жаргонних та регіональних слів. Так, до російського “сибирская язва” даються такі українські відповідники – телій, сибірка, жабур, антракс; до “бедро” – стегно, клуб, кульша; до “заразний” – чіпкий, причіпливий, заразливий, контагіозний. Синонімія вказує на лексичне багатство мови, проте у термінологічну систему, зокрема у термінологічний словник слід вносити слово, яке значеннєво найповніше відображає поняття, бажано моносимічне, без емоційного забарвлення. При необхідності можна використати доречні іншомовні запозичення, які збагачують мову і при цьому не зменшують її вагомості. Упорядкування наукової термінології є важливим завданням медиків і лінгвістів-термінологів.

Виявлено непоодинокі випадки, коли лексема не відображає істинного положення речей. Так, “пупорізка”, як український відповідник до “акушерка”, за своєю суттю помилковий. Акушерка – це дипломований фахівець, а пупорізка чи повитуха – це людина зосім іншої професійної категорії. Помилковим є український відповідник “лють”, “шал”, “шаленство” до російського “бешенство” – rabies. У даному випадку найкращий варіант перекладу – “сказ”, інші ж слова цього ряду прийняті у загальномовному, а не термінологічному контексті.

Терміни – це слова, обмежені своїм особливим призначенням. Цілком зрозуміло, що деякі загальномовні чи просторічні слова, занесені у словники, не можуть бути прийнятими в медичній документації чи офіційному мовленні. Наприклад: “побігачка”, “свистуха” – для позначення проносу; “блювачка”, “ригачка” – до терміна

“блювота”; “голомозість” – до “облисіння”; “вавка” – до “ранка”; “укол” – до “впорскування” чи “ін’єкція”; “штрикалка” чи “порскалка” – до “шприц”. Хочеться принагідно сказати, що зібраний народний, просторічний матеріал багатий і цікавий, тут широке поле діяльності для лексикографів, проте він не вкладається в рамки “термін”.

Важливий критерій, якому повинно відповідати професійне слово – відсутність громіздкості. Не варто міняти міжнародні усталені терміни: “тендовагініт” – на “тужневтулищезапал”; “гастроентероколіт” – на “шлункокишковоободовозапал”; “венесекцію” – на “синьожилорозтин”; “синовіальну рідину” – на “суглобوماстило”. Українські кальки латинських термінів не завжди є кращим способом творення відповідника. Український аналог можна створити описово, наприклад: “міокардит” – не “серцем’язозапал”, а “запалення серцевого м’яза”.

Не вписуються у термінологічну систему “безнюхість”, “нюхобрак” до anosmia, краще описовий провідник “відсутність відчуття запаху”. Загальноприйнятий міжнародний термін “синдром” не варто міняти на “ознакосклад”.

При відсутності прийнятого національного відповідника, який би відповідав критеріям, що ставляться до термінологічної лексики, слід використати грецько-латинський варіант міжнародної спадщини чи іншомовний, усталений у термінологічній системі: шок (франц. choc), шпатель (нім. Spatel), штаб (нім. Stamm), система (грец. systema), синдром (грец. syndromum) тощо.

Таким чином, враховуючи сказане, підсумуємо: українські аналоги повинні відповідати усім нормам міжнародної термінології – бути моносемічними, чітко виражати названий об’єкт, не відзначатися громіздкістю та експресивністю, без синонімів або з різким їх обмеженням. У разі, коли такі вимоги не можуть бути виконані, слід передати термін описово або залишити зафіксованим у міжнародній термінологічній системі.

## ПОГЛИБЛЕННЯ ІНТЕГРАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В АКАДЕМІЇ

**І.Р.Мисула, К.О.Пашко, Г.Д.Бузько, Г.І.Ткаченко**

*Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського*

У Тернопільській державній медичній академії керівництво і професорсько-викладацький склад значну увагу приділяють подальшому розвитку і вдосконаленню підготовки спеціалістів. Про це свідчить проведення у травні 1999 р. навчально-методичної конференції “Проблеми інтеграції у вищому навчальному закладі”, під час якої розглядалися і шляхи поглиблення інтеграції навчального процесу.

Гармонійне поєднання основних компонентів діяльності вищого медичного закладу освіти – навчального, наукового та виховного процесів – складає основу інтеграції, від якої значною мірою залежить виконання двох основних функцій підготовки спеціаліста в нашій академії:

а) навчити та професійно підготувати студента відповідно до вимог кваліфікаційних характеристик фахівця;

б) виховати його як висококультурну, національно свідому, здатну до розвитку і постійного самовдосконалення особистість.

Основи інтеграції навчального процесу закладаються у відповідних планах. Але подальший розвиток і поглиблення інтеграції залежать від запровадження і підтримки нової системи методичного та інформаційного забезпечення. В академії все більших темпів набирає впровадження комп’ютерних технологій навчання. Зокрема, на всіх кафедрах приступили до створення навчальних мультимедійних компакт-дисків та відеофільмів. Це повинно сприяти ефективнішому засвоєнню інформації, що і є повноцінним набуттям знань.

Як свідчить досвід інших навчальних закладів та нашого власного, застосування сучасних комп’ютерних технологій навчання є обґрунтованим і найбільш успішно може бути реалізованим тільки з комплексним сумісним використанням інших друкованих носіїв інформації та у поєднанні з високою педагогічною майстерністю викладача. Тому базові підручники

з дисциплін залишаються основним необхідним компонентом навчання студентів.

Усе більшої актуальності набуває усунення дублювання окремих розділів підручників, посібників, компакт-дисків, що створюються авторами на різних кафедрах академії. Тому доцільно створити постійно діючу комісію академії, метою діяльності якої буде попередження таких випадків. Обов’язковою умовою повинно бути й дотримання єдиної медичної термінології, що дасть змогу запобігти появі незрозумілостей і відповідно не потребуватиме додаткових уточнень у процесі навчання.

Крім того, необхідно максимально зменшувати використання застарілої інформації і більш впроваджувати в навчальний процес досягнення сучасної науки і освіти, що забезпечить подальшу інтеграцію нашої академії в міжнародну систему медичної освіти. Для цього доцільно користуватись можливостями системи “Інтернет” та іншими шляхами надходження інформації (медичні журнали, монографії тощо).

Провідними професорами та доцентами нашої академії, відповідно до вимог кваліфікаційних характеристик спеціаліста зі спеціальності “Лікарська справа”, в 1998 р. була створена і видана друкарським способом “Комплексна інтегрована програма підготовки лікарів загальної практики”.

Видання цієї програми дозволяє колективам кафедр дотримуватись інтегрування програм навчання на всіх теоретичних та практичних кафедрах академії і суттєво допомагає їм у підготовці необхідної навчально-методичної документації, яка з 1998 р. розробляється згідно з виданими також друкарським способом “Методичними порадами щодо ведення навчальної документації на кафедрах академії”. У них передбачається інтеграція базових знань і навичок, з якими студент приходить на кожну кафедру, та знань і навичок, які він отримує після навчання на даній кафедрі.

В основу поліпшення інтеграції теоретичних і клінічних дисциплін слід покласти подальше вдосконалення діючих навчальних планів на



медичному та медсестринському факультетах, звернувши особливу увагу на дотримання послідовності та наступності (спадкоємності) вивчення кожної дисципліни.

Вважаємо за доцільне при викладанні теоретичних дисциплін узгодження опанування студентами базисних навичок клініко-лабораторного характеру.

Для інтенсифікації інтеграції викладання клінічних дисциплін потрібно впроваджувати ділові ігри з метою формування у студентів практичних навичок по вертикалі.

Залишається актуальним і застосування таких форм і методів міжпредметної інтеграції, як:  
-узгодження обсягу і послідовності викладання тем практичних занять та лекцій;

-проведення спільних засідань кафедр з обговоренням і узгодженням планів щодо поглиблення інтеграції та пошуку шляхів їх ефективної реалізації, а також підготовки сумісних інтегрованих навчально-методичних матеріалів;

-активізація взаємовідвідувань лекцій з метою вдосконалення педагогічної майстерності викладача вищої школи;

-розробка і впровадження наскрізних міжкафедральних інтегрованих програм для уніфікації змісту і форм навчання;

-систематичне проведення міжкафедральних та академічних конференцій, на яких обговорювати методику викладання з урахуванням сучасних теорій і поглядів тощо.

## **“ЛАНКОВА” СИСТЕМА ЯК КОМПОНЕНТ ВИШКІЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ**

**Й.І.Канюк, В.А.Іванюшко, А.В.Жук**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Методика до- і післядипломної зарубіжної медичної освіти віддзеркалюється в інтерактивному методі навчання, ступеневому способі, профілю малих груп, палатних командах, teaching by doing тощо.

“Ланкова” система проведення практичного (семінарського) заняття з лікарями тематичного удосконалення на кафедрі анестезіології факультету післядипломної освіти передбачає формування, з одного боку, ланки з лікарів неоднакового кваліфікаційного рівня (без категорії, друга, перша і вища категорії) та різного спрямування (анестезіолог, кардіолог, терапевт) і з іншого – ступеневість розкриття навчальної теми і засвоєння лікувальної практики для досягнення фаховості лікаря-спеціаліста (клініко-лабораторна і функціональна оцінка вихідного патофізіологічного фону, передопераційна підготовка і премедикація, вибір анестезії і оптимальні варіанти її здійснення та контролю, варіантність інтенсивної терапії типового перебігу клінічного стану і можливих його екстрем).

З цією метою здебільшого на спостереженнях з типовим клінічним розвитком створені ситуаційні завдання. Водночас дається можливість

удосконалення нижчої кваліфікації (без категорії, друга категорія), внесення своїх можливих видозмін в екстремальні прояви клінічного стану, виходячи з потреб моменту і обставин. Такою ж мірою ex tempore оцінюється погляд чи тлумачення, трактування ситуації, що склалася, одним з учасників, який має збагачений практичний досвід (вища кваліфікаційна категорія) щодо різновидів лікувальної тактики. Підсумковим етапом заняття є тестовий контроль і висновки викладача.

Перевагою такого методу навчання є всеохоплюваність і загальна заангажованість темою, вміння з'ясувати питання у відносно стислий термін, різнонасиченість міркувань, висновків і, як післядія – самовглиблення і самоаналіз кожного учасника заняття.

“Ланкова” система навчання є непересічною результативною формою взаємодії між викладачем і різним вихідним рівнем знань учасника. Вона, порівняно з узвичасною методикою проведення семінарського заняття, дозволяє на основі різноступеневого оволодіння навчальною темою водночас поглиблено засвоїти матеріал, кваліфіковано і різнофахово набути і засвоїти практичні навички і варіанти лікарської тактики.

# ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК 61:378 + 61:355

## НАЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

**В.В.Пасько**

*Українська військово-медична академія*

## NATIONAL SYSTEM OF THE MILITARY MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE

**V.V.Pas'ko**

*Ukrainian Military Medical Academy*

---

У зв'язку з утворенням незалежної Української держави, для успішного функціонування системи охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення Збройних сил та інших військових формувань України виникла необхідність у створенні власного освітнього і наукового центру військової медицини.

Висвітлюються концептуальні підходи і структурно-логічна схема підготовки національних військово-медичних кадрів; завдання, організація і принципи функціонування Української військово-медичної академії як означеного центру.

In connection with the formation of an independent Ukrainian state it is necessary that its own educational and scientific centre of military medicine has to be established in order that the system of the protection of the health of servicemen may function properly and medical services can be provided to the Armed Forces and other military units of Ukraine.

Conceptual approaches and structur-logic scheme of preparing of military medical personnel are suggested; tasks, organization and principles of functioning of the Ukrainian Military Medical Academy as the aforementioned centre are set forth.

---

**Вступ.** Здобуття Україною незалежності й створення власних Збройних сил та інших військових формувань зумовили необхідність побудови національної системи підготовки кадрів і освітньо-наукового забезпечення діяльності військово-медичної служби. Стан справ ускладнювало те, що серед 34-х військово-навчальних закладів, дислокованих в Україні на 1991 рік, не було жодного, який би здійснював підготовку кадрових військових лікарів та провізорів і проводив науково-дослідну роботу в галузі військової медицини. Історично склалося так, що всі ці заклади знаходилися на території Російської Федерації.

**Основна частина.** Зважаючи на вищесказане, в листопаді 1991 р. була розпочата робота щодо створення національної системи військово-медичної освіти і науки. Першоосовною її стало наукове обґрунтування цієї системи, опрацювання її організаційної структури і принципів функціонування, технології навчально-виховного процесу [1, 2, 3, 4]. Пара-

льно проводилась робота щодо створення належної законодавчої бази і відповідних організаційних структур. Необхідних заходів вжив у 1992 р. Уряд України. По-перше, підготовка спеціалістів військово-медичного профілю була визначена одним з основних напрямів роботи Українського державного (тепер Національного) медичного університету ім. О.О.Богомольця [5]. По-друге, Уряд прийняв рішення про створення в нашій державі власного військово-медичного навчального і науково-медичного закладу [6]. Ним стало Військово-медичне відділення (ВМВ) при Українському державному медичному університеті.

Першочерговими завданнями ВМВ були підготовка, спеціалізація та вдосконалення військових лікарів і провізорів, які б відповідали державним стандартам вищої медичної освіти і сучасним відомчим кваліфікаційним вимогам та поєднували високу професійну компетентність із високою загальною культурою. Важливим було завдання перепідготовки і підвищення кваліфікації військово-медичних спеціалістів керівного складу та спеціалістів з вищою медичною

## ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

освітою з провідних органів управління й установ охорони здоров'я, пов'язаних із проблемами оборони й безпеки держави, медичного забезпечення Збройних сил і населення в умовах виникнення в країні надзвичайних ситуацій.

Надзвичайно суттєвою складовою частиною діяльності ВМВ були організація і прове-

дення фундаментальних, пошукових та прикладних наукових досліджень, дослідних і дослідно-конструкторських робіт, спрямованих на вирішення проблем військової медицини, охорони здоров'я військовослужбовців, а також удосконалення підготовки військово-медичних кадрів.

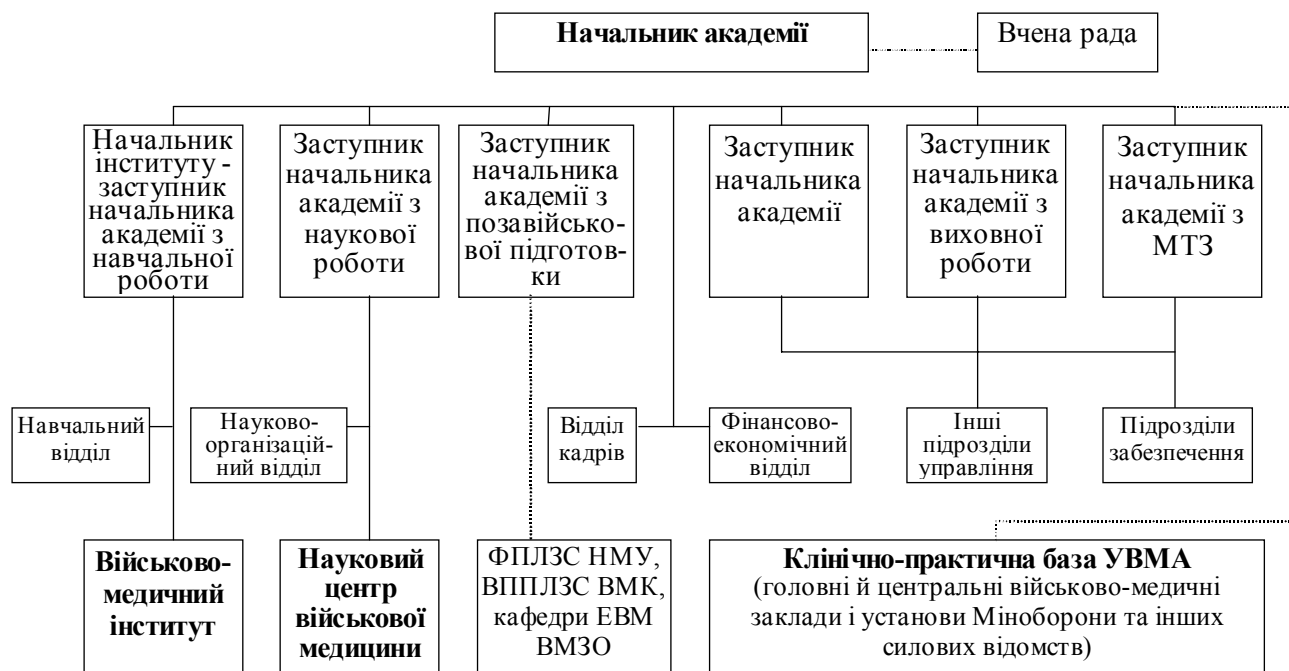


Схема 1. Українська військово-медична академія.



Схема 2. Військово-медичний інститут УВМА.

## ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Таким чином, Військово-медичне відділення при УДМУ за своїм призначенням і поставленими командуванням Міністерства оборони України завданнями постало як головний професійно-освітній, науковий та інформаційний центр військової медицини в нашій державі. Перший набір слухачів до ВМВ був здійснений у липні 1993 р., навчання розпочалося з 1-го вересня.

Наступним етапом у розвитку національної системи військово-медичної освіти стало створення, за рішенням Уряду [7], Української військово-медичної академії (УВМА) як провідного в нашій державі освітньо-науково-інформаційного центру в галузі військової медицини. Основою новоствореної академії стало означене ВМВ, завдання й функції якого вона на себе перебрала. Організаційна структура Української військово-медичної академії за станом на даний час показана на схемі 1. Головною навчальною складовою академії є Військово-медичний інститут, організаційна структура якого показана на схемі 2.

Практично з утворенням УВМА Урядом Ук-

раїни були прийняті два інших важливих рішення в галузі військово-медичної освіти [8]. Перше зробило обов'язковим вивчення студентами вищих медичних навчальних закладів, інтернами і курсантами медичних закладів післядипломної освіти питань екстремальної і військової медицини та створення відповідних кафедр. Важливість цього заходу для забезпечення національної безпеки й обороноздатності держави, зважаючи на поширеність у світі різного роду надзвичайних ситуацій і збройних конфліктів, пояснювати немає необхідності.

Згідно з другим рішенням Уряду система військово-медичної освіти була доповнена ще двома новими компонентами – профільною додипломною підготовкою військових лікарів і їх помічників. З цією метою в Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця був створений факультет підготовки лікарів для Збройних сил України, а у Вінницькому медичному коледжі ім. Д.К. Заболотного – відповідне відділення підготовки помічників військових лікарів.

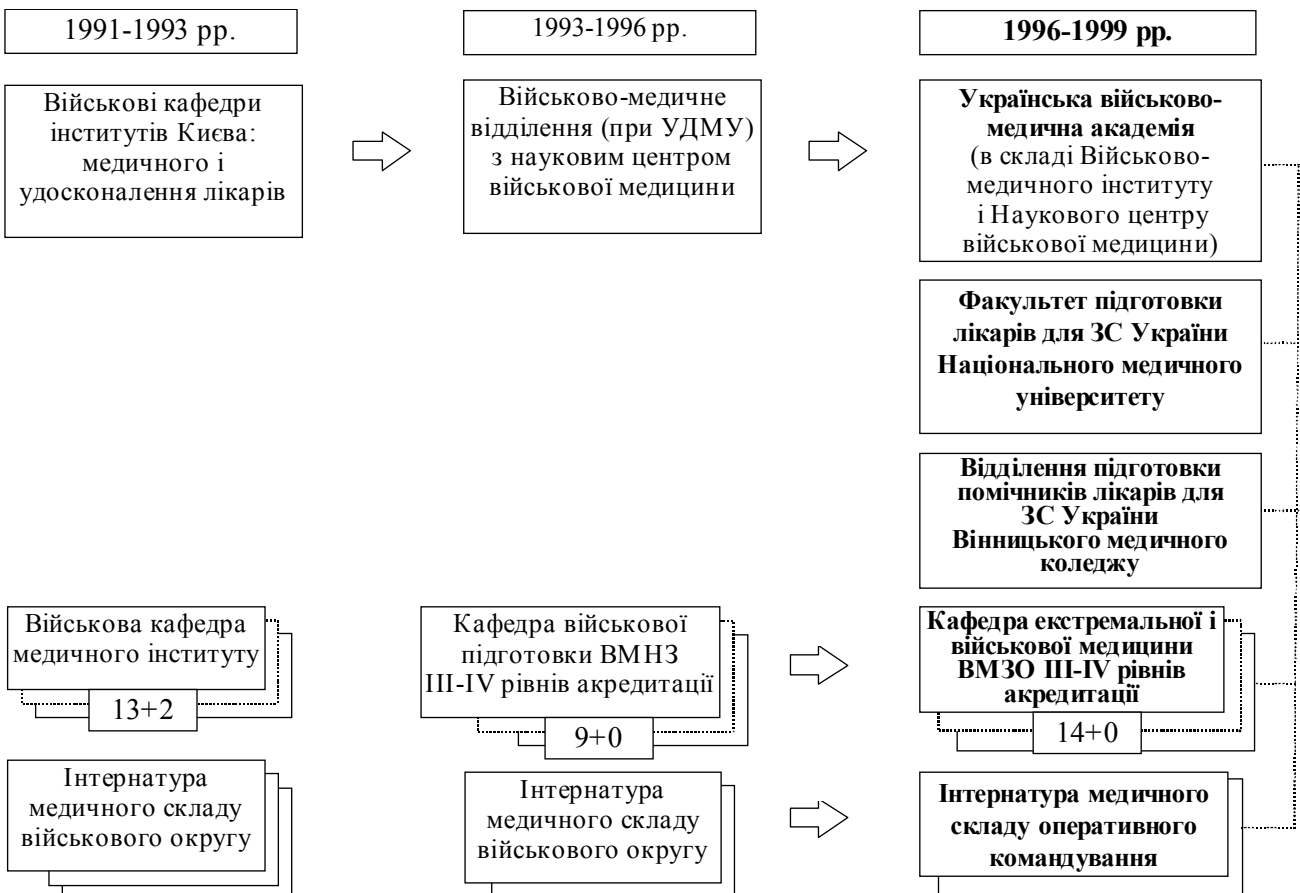


Схема 3. Еволюція системи військово-медичної освіти і науки в Україні.



Еволюція системи військово-медичної освіти за період незалежності України показана на схемі 3.

Із сформуванням чотирьох структур – кафедр екстремальної і військової медицини у всіх вищих медичних навчальних закладах, відповідного відділення у Вінницькому медичному коледжі, факультету в Національному медичному університеті й, нарешті, Української військово-медичної академії – національна система військово-медичної освіти в Україні набула необхідної цілісності. Функціонально-ієрархічні взаємозв'язки її компонентів показані на схемі 4.

Структурно-логічна схема підготовки, спеціалізації й удосконалення військово-медичних кадрів в описаній системі військово-медичної освіти протягом всього часу перебування їх у сфері впливу військово-медичної служби показана на схемі 5. На жаль, обмежений обсяг публікації не дозволяє належ-

ним чином її прокоментувати. Однак досить уважне самостійне ознайомлення робить схему достатньо зрозумілою і доступною для сприйняття.

**Висновки.** 1. Національна система військово-медичної освіти в Україні створена і функціонує з належним ступенем ефективності в повній відповідності до чинного законодавства, державних стандартів медичної освіти та вимог замовників – військово-медичної служби Збройних сил та інших військових формувань України.

2. Дана система щільно інтегрована в загальнодержавну систему медичної освіти і є її специфічною, але невід'ємною складовою.

3. Основою національної системи військово-медичної освіти і науки є Українська військово-медична академія – спеціальний державний заклад післядипломної вищої медичної освіти і водночас навчально- і науково-методичний центр для інших елементів системи.

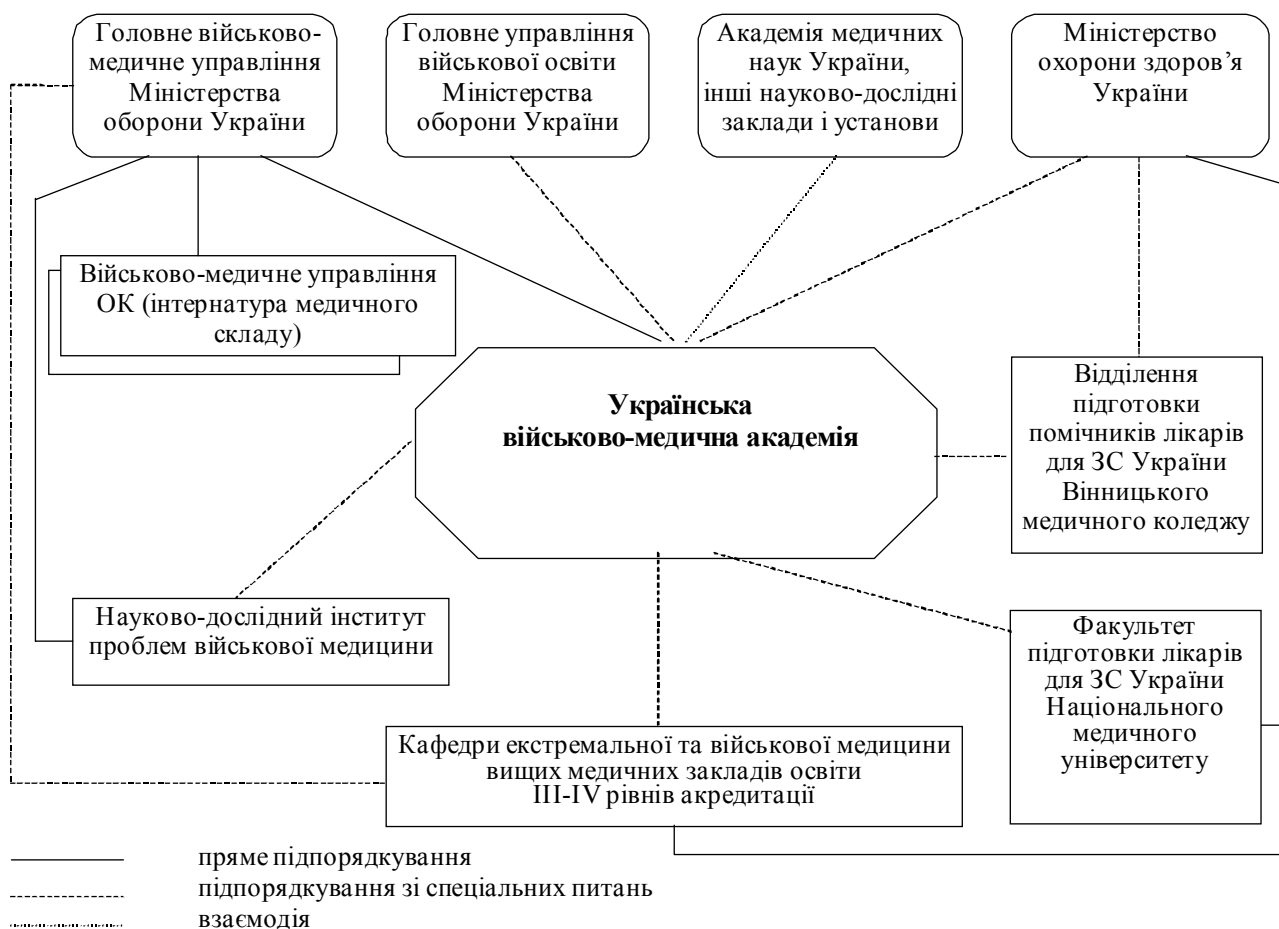


Схема 4. Структура взаємозв'язків в системі військово-медичної освіти і науки в Україні.

**Схема 5. Система підготовки військово-медичних кадрів для Збройних сил України.**

4. Національна система вищої військово-медичної освіти в Україні в цілому набула необхідної цілісності й сталості і надалі потребує не так кардинальних організаційних рішень, як наполегливої систематичної праці щодо її подальшого розвитку і вдосконалення.

5. Успіх у цій роботі неможливий без доб-

розичливої допомоги всієї свідомої й патріотично налаштованої медичної громадськості, яка має усвідомлювати відповідальність завдань, покладених у державі на військово-медицину, і роль системи військово-медичної освіти і науки в забезпеченні їх ефективного виконання.

#### Література

1. Пасько В.В. Військово-медична освіта: проблеми і рішення // Народна армія – 1992. – № 5. – С.2.

2. Пасько В.В. Військовій медицині – науковий центр // Народна армія. – 1993. – № 10. – С. 2.

3. Пасько В.В. Науково-освітнє забезпечення охорони здоров'я в Збройних силах України // Військо України. – 1993. – № 8. – С. 52-57.

4. Пасько В.В. Принципові положення побудови системи військово-медичної освіти і науки в Україні // Лікарська справа. – 1994. – № 2. – С. 107-111.

5. Про створення Українського державного медичного університету // Постанова Кабінету

Міністрів України № 377 від 8.07.92.

6. Про реформування військової освіти // Постанова Кабінету Міністрів України № 490 від 19.08.92.

7. Про створення Української військово-медичної академії // Постанова Кабінету Міністрів України № 820 від 16.10.95.

8. Про взаємодію медичних служб Збройних сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини // Постанова Кабінету Міністрів України № 819 від 16.10.95.

---

---

### ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

Передплатні видання Тернопільської державної медичної академії  
ім. І.Я. Горбачевського

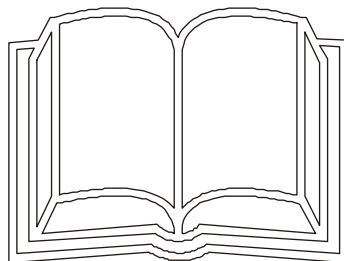
“Шпитальна хірургія” – 22810;

“Вісник наукових досліджень” – 22866;

“Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України” – 22867;

“Інфекційні хвороби” – 22868;

“Медична хімія” – 22869.



Наша адреса:

46001, м.Тернопіль, майдан Волі,1;  
т/ф. (0352)22-80-09; т.22-97-29;

# ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 615.015.(07.07)

## ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ФАРМАКОГЕНЕТИКИ НА КАФЕДРІ ФАРМАКОЛОГІЇ МЕДИЧНОГО ВУЗУ

**М.П.Скакун**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

## PHARMACOGENETIC BASIS THEACHING EXPERIENCE IN PHARMACOLOGY COURSE OF MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENT

**M.P.Skakun**

*Ternopil State Medical Academy by I.Ya.Horbachevsky*

---

У статті описано майже 20-літній досвід викладання основ фармакогенетики на кафедрі фармакології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського. У процесі вивчення цього наукового напрямку медицини у студентів підвищується зацікавленість в засвоєнні фармакології, складається цілісне уявлення про досить складний процес взаємодії лікарських засобів з живими структурами організму, зокрема на генетичному рівні.

The experience of teaching of the pharmacogenetic basis in the course of pharmacology at the I.Ya. Horbachevsky medical academy is stated in the article. Students interest in the learning of pharmacology is increasing and general conception about complicated process of interactions of medicines with alive organism structures, especially at the genetic level, is forming.

---

**Вступ.** Великі успіхи в молекулярній біології сприяли появі ряду нових наукових напрямків у медицині, зокрема фармакогенетики. Ця галузь медичної науки виникла півстоліття тому на стику фармакології, фармакотерапії і біохімічної генетики у зв'язку з успіхами у вивченні суті нетипових, переважно негативних, реакцій організму на дію деяких лікарських засобів.

За ці роки фармакогенетика глибоко проникла в численні проблеми фармакології. Виявлено існування значної кількості генетичних порушень, при яких фармакологічні ефекти ліків проявляються нетипово, часто досить різко. Тісний зв'язок фармакогенетики з такими провідними напрямками молекулярної фармакології, як фармакокінетика, хронофармакологія, індивідуальна і видова чутливість організму до лікарських засобів, тератогенна і мутагенна, індуктивна та інгібуюча дія ліків, сприяє розкриттю суті генетично детермінованих реакцій організму на ліки.

Розроблена класифікація генетичних порушень, при яких спотворюється реакція організму на численні ліки [1]. Створена наукова база для розробки ефективних методів профілактики і лікування таких ускладнень фармакотерапії, як і для створення індивідуальних програм вискоелективного і безпечно-го лікування будь-яких захворювань [2, 3].

У зв'язку з цим виникла необхідність у викладанні фармакогенетики в медичних вузах України. На наш погляд, основи і найбільш істотні досягнення цього наукового напрямку слід викладати на кафедрі фармакології, на лекціях і практичних заняттях. Майже 20-літній досвід викладання основ фармакогенетики в Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я.Горбачевського виявився позитивним, що покладено в основу цього повідомлення.

**Основна частина.** У вступній лекції з фармакології ми зупиняємось на визначенні фармакогенетики як наукового напрямку, який вивчає генетично детерміновані реакції організму на лікарські засоби, а також охарактеризуємо її основні проблеми. До них нале-



жать: характер дії лікарських засобів на генетичний апарат, роль генетичних факторів у видовій та індивідуальній чутливості організму до лікарських засобів, роль цих факторів в їх індуктивній та інгібуючій дії, механізм нетипових реакцій організму на ліки при спадкових захворюваннях, розробка методів профілактики і лікування генетично зумовлених негативних наслідків фармакотерапії, як і ефективних методів лікування таких захворювань. На цій же лекції підкреслюємо, що з'ясування впливу хімічних речовин на живі об'єкти на молекулярному, зокрема генетичному, рівні сприяє прогресу багатьох проблем медицини.

Викладаючи вчення про дозування лікарських засобів, підкреслюємо, що на відміну від токсикології і токсикогенетики, фармакогенетика вивчає генетично детерміновані реакції організму при введенні в організм лікарських засобів у терапевтичних дозах. Наводимо приклади, коли дія дитиліну в загальноприйнятих дозах може продовжуватися від декількох хвилин до 2-4 год і більше, а сульфаніламід, похідні нітрофурану і багато інших засобів у терапевтичних дозах, навіть при одноразовому прийомі, можуть викликати тяжкі гемолітичні кризи й анемію. Механізм цих фармакогенетичних ефектів ми розкриваємо на генетичному і біохімічному рівнях, підкреслюємо значення атипичних ферментів, які впливають на метаболізм і дію лікарських засобів.

У лекції, де викладається індивідуальна чутливість організму до медикаментозних засобів, доцільно підкреслити важливу роль у цьому генетичних факторів. Вказуємо, що випадки значних відхилень у чутливості організму до ліків – це не винятки, а прояв загальнобіологічної закономірності. На діапозитиві демонструємо криву нормального розподілу показника  $ED_{50}$  (криву Гауса) і варіанти її, які відображають наявність у популяції груп осіб з підвищеною і (або) зниженою чутливістю до того чи іншого препарату. Після цього такі варіанти співставляємо з даними інтенсивності метаболізму лікарських засобів. Цим самим даємо можливість студентам переконатися в тому, що генетично зумовлений ступінь чутливості організму до лікарського засобу визначається відповідною інтенсивністю його метаболізму. Підкреслюємо, що нерідко в основі лікарської непереносимості ле-

жить надто низька біотрансформація ліків, а в основі пониженої чутливості, навпаки, дуже інтенсивний метаболізм. Тут же доцільно вказати, що відмінності в метаболізмі ліків в основному зумовлені існуванням багатьох ферментів, які забезпечують цей процес не в одній, а в багатьох молекулярних формах (ізоферментах) з різною каталітичною активністю. Як класичний приклад наводимо дані про поліморфізм сироваткової бутирилхолінестерази. Завершуємо виклад цієї проблеми фармакології аналізом результатів досліджень лікарських засобів на одно- і двояйцевих близнятах.

При характеристиці механізмів і методів метаболізму лікарських засобів слід загострити увагу студентів на генетично детермінованих порушеннях структури й властивостей ряду ферментів, так званих ензимопатіях. Необхідно підкреслити, що при деяких ензимопатіях різко порушується інтенсивність метаболізму лікарських засобів і у зв'язку з цим зменшується їх дія. Так, при недостатності сироваткової бутирилхолінестерази різко пролонгується дія ефірів холіну, при акаталазії (хворобі Такагара) зростає ефект і збільшується токсичність етилового спирту, при недостатності фенілаланінгідроксилази зростає активність катехоламінів тощо. І навпаки, при дефіциті глюкозо-6-фосфатази різко послаблюється гіперглікемічний ефект адреналіну, глюкагону і галактози, при деяких спадкових захворюваннях зростає толерантність організму до вітамінів РР,  $B_6$ ,  $B_{12}$  тощо. Тут же доцільно вказати, що при ряді ензимопатій дія деяких препаратів зовсім не проявляється.

На лекції і практичному занятті, присвячених токсичності лікарських засобів, варто вказати на генетичний аспект цієї проблеми. Студенти повинні знати, що при ряді спадкових захворювань різко зростає токсичність багатьох ліків. Найчастіше безпосередньою причиною цього є дефект ферментів, які прямо чи опосередковано впливають на метаболізм медикаментозних засобів. Причому спадкова токсичність їх може проявлятися у двох варіантах. По-перше, може різко зростати атипова токсичність, навіть при прийманні ліків у мінімальних терапевтичних дозах, по-друге, можуть загострюватися спадкові захворювання, які до застосування відповідного препарату мали латентний або в'ялий перебіг (провокує дія ліків). Зокрема, багато лікарських

препаратів викликають гемолітичний криз і анемію при спадковій недостатності глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, глутатіонредуктази, нестабільних гемоглобінозах тощо. Провокують загострення спадкових захворювань, зокрема печінкових порфірій, первинної подагри, гіпербілірубінемії, метгемоглобінемії, також багато лікарських засобів.

На практичному занятті на тему “Наркозні засоби” слід підкреслити, що при деяких спадкових захворюваннях інгаляційні наркозні засоби можуть викликати досить небезпечні ускладнення: злоякісну гіпертермію і прогресуючу м’язову ригідність у людей із схильністю до злоякісної гіпертермії, різке збільшення наркозної дії при дисавтономії сімейній (синдром Райлі-Дея), провокацію гострого нападу печінкової порфірії, провокацію гострих нападів періодичного гіперкаліємічного паралічу сімейного (хвороба Гамсторпа) тощо. Деякі з цих ускладнень, зокрема злоякісна гіпертермія, становлять загрозу для

життя пацієнта. Тільки комплекс ранніх енергійних фармакотерапевтичних і реанімаційних заходів може врятувати хворого. Кожен студент повинен усвідомити, що жарознижувальні засоби не в змозі ліквідувати генетично детерміновану гіпертермію, тому застосування їх при такій патології зайве.

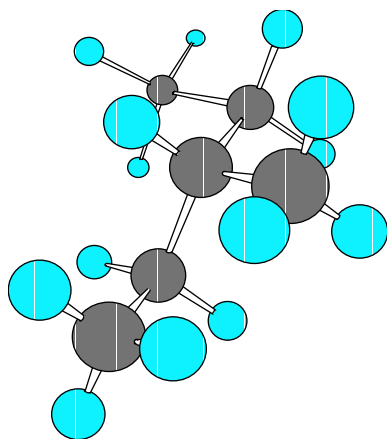
При вивченні протитуберкульозних засобів доцільно розглянути фармакогенетику похідних гідразину ізонікотинової кислоти і з’ясувати питання про дозування, ефективність і токсичність їх у різних фенотипів.

**Висновок.** Наш досвід свідчить про доцільність ознайомлення студентів-медиків з основами сучасної фармакогенетики як молекулярної основи фармакології. У процесі її вивчення в них підвищується зацікавленість у більш глибокому засвоєнні цього предмета, складається цілісне уявлення про досить складний процес взаємодії лікарських засобів з живими структурами організму, зокрема на генетичному рівні.

#### Література

1. Скакун Н.П. Клиническая фармакогенетика. – К.: Здоров’я, 1981. – 200 с.
2. Скакун Н.П. Основы фармакогенетики. – К.: Здоров’я, 1976. – 168 с.

3. Соради И. Основы и педиатрические аспекты фармакогенетики. – Budapest: Akademiai Kiado, 1984. – 248 с.



#### ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

пропонує підручник “Біологічна хімія”

автор – чл.-кор. АМН України, проф. Губський Ю.І.

Пропонується сучасний тип підручника для вищих медичних навчальних закладів на базі багаторічного досвіду викладання на кафедрі біоорганічної та біологічної хімії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця.

Основа структури підручника – викладення сучасного стану питань, що стосуються будови, біологічних функцій та біосинтезу основних класів біомакромолекул – білків та нуклеїнових кислот, основ ензимології, біоенергетики, мембранології, молекулярної генетики, механізмів та взаємозв’язку обміну різних класів біомолекул, закономірностей їх регуляції фізіологічно активними сполуками – внутрішньоклітинними месенджерами та гормонами, багато з яких застосовуються в сучасній клінічній практиці як ефективні лікарські засоби нового покоління (антибіотики, інсулін, стероїди, інтерферон тощо).

Рекомендовано МОЗ України для студентів вищих медичних закладів освіти III – IV рівнів акредитації.

Об’єм підручника 510 сторінок

УДК 612. 015 (07.07)

## **ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ БІОХІМІЇ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ**

**А.О.Клименко, Г.М.Ерстенюк, М.В.Гаврилюк**

*Івано-Франківська державна медична академія*

## **BIOCHEMISTRY TEACHING PECULIARITIES AT STOMATOLOGICAL FACULTY**

**A.O.Klymenko, A.M.Erstenyuk, M.V.Gavrylyuk**

*Ivano-Frankivsk State Medical Academy*

---

У статті наведені думки авторів щодо викладання біохімії студентам стоматологічного факультету. Автори діляться досвідом подання матеріалу з тем, що стосуються біохімії тканин порожнини рота і регуляції обмінних процесів у цих тканинах, пропонують взірць тестового контролю для перевірки знань студентів.

The judgement of the authors about teaching of biochemistry of the students of stomatological faculty is stated. The authors express their experience as to teaching of biochemistry of the oral cavity tissues, metabolism processes and their regulation. The sample of test monitoring for checking of students' knowledge is offered.

---

**Вступ.** Сучасні досягнення медицини нерозривно пов'язані з успішним розвитком біологічної хімії – науки, яка вивчає молекулярні механізми процесів життєдіяльності організму як у нормі, так і при різних патологічних станах.

Біохімія як одна з фундаментальних дисциплін медичної освіти, лежить в основі клінічного мислення лікаря. Найбільш прогресивні методи профілактики і лікування захворювань передбачають широке використання біохімічних досліджень для їх діагностики, обґрунтування вибору терапевтичних заходів і спостереження за ефективністю лікування.

Враховуючи, що в підготовці спеціаліста лікаря-стоматолога важливе місце належить розумінню молекулярних метаболічних процесів у спеціалізованих тканинах ротової порожнини і тканинах зуба, автори діляться досвідом специфіки викладання біохімії студентам стоматологічного факультету.

**Основна частина.** Викладання біохімії базується на типовій навчальній програмі МОЗ України, яка затверджена в 1995 році із врахуванням специфіки за фаховим спрямуванням “Стоматологія”. Дотримуючись програми і враховуючи досвід викладання біохімії на стоматологічному факультеті, кафедра внесла корективи в тематичні плани лекцій і практичних занять. Це сто-

сується таких тем, як “Біохімія кісткової тканини і тканин зуба”, “Біохімія слини”.

При викладанні лекційного матеріалу про біологічну роль вітамінів, ферментів, гормонів, мінерального обміну та біохімії сполучної тканини, крім основних положень структури, участі в метаболічних реакціях організму, акцентується увага на їх ролі в регуляції обмінних процесів на молекулярному рівні в тканинах ротової порожнини і кістковій тканині, тканинах зуба в нормі та при стоматологічній патології.

Аналогічно викладається матеріал про обмін білків, жирів і вуглеводів. Зокрема це стосується структури і функції складових компонентів сполучної тканини. Особлива увага звертається на метаболізм білка колагену, посттрансляційні модифікації його, роль вітаміну С в гідроксилюванні та значення порушення цих процесів у розвитку стоматологічних захворювань.

При поданні відомостей про обмін речовин у тканинах зуба детально висвітлюються такі питання, як неорганічний та органічний склад тканин зуба: емалі, дентину, цементу, пульпи. Акцентується увага на молекулярних механізмах мінералізації, демінералізації, ремінералізації та ролі вітамінів, ферментів, гормонів, макро- і мікроелементів у цих процесах; розглядаються шляхи транспорту речовин до тканин зуба. Зокрема, біохімічні механізми ви-

© А.О.Клименко, Г.М.Ерстенюк, М.В.Гаврилюк, 2000

никнення карієсу пояснюються з точки зору зрушення рН середовища в кислу сторону, що зумовлює розчинення емалі, вимивання іонів кальцію із структури гідроксиапатитів. Одночасно звертається увага й на інші фактори, які мають відношення до цієї патології. В аналогічному плані розглядаються молекулярні аспекти виникнення флюорозу та шляхи профілактики цієї стоматологічної патології.

Враховуючи те, що в навчальних підручниках недостатньо викладено матеріал про ротову рідину, він подається в окремій лекції “Біохімія слини”. Детально розглядається матеріал про хімічний склад власне слини і гінгівіальної рідини. Аналізуються їх склад, функції, ферментативна активність, фізико-хімічні властивості, залежність рН середовища від факторів харчування, професійних умов та значення в процесах травлення, захисту, регуляції функціонального стану організму, процесах мінералізації тканин зуба, екскреції продуктів обміну.

Викладення матеріалу про мінералізуючу функцію слини через її міцелярну структуру та роль іонів натрію, калію, муцину, рН середовища у функціонуванні колоїдних міцел дозволяє пояснити високу ефективність гелів моделі “Емаль” при лікуванні й профілактиці ранніх стадій карієсу.

З метою поглибленого вивчення даного матеріалу на практичних заняттях у тематичний план включено теми: “Біохімія м’яких і твердих тканин зуба. Кількісне визначення гідроксипроліну в сечі”, “Біохімія м’яких тканин і зубного нальоту. Визначення пірувату і лактату в зубному нальоті як показник гліколізу в нормі й при карієсі зубів”, “Біохімія мінералізованих тканин зуба. Визначення кальцію, фосфору і кальцій-фосфорного коефіцієнта”, “Біохімія слини. Визначення концентрації білка в слині. Визначення активності пероксидази слини”, “Біохімія слини. Визначення неорганічних компонентів слини: хлорид-, фосфат-, роданід-іонів”. Під час вивчення цих тем студенти повинні не тільки знати теоретичний матеріал, але і вміти провести дослідження слини, а також проаналізувати одержані результати. На нашу думку, це має важливе значення для практичної діяльності лікаря-стоматолога.

Перевірка знань проводиться на підсумковому занятті “Біохімія тканин зуба і слини”. Опитування шляхом тестового контролю й усної співбе-

сіді дозволяє оцінити рівень знань студента. Нижче наводимо приклад тестового контролю.

I. Об’єм слини (л), який виділяється за добу в здорової дорослої людини, становить:

1. 1,50-2,00,
2. 0,75-1,25,
3. 0,50-1,00,
4. 1,00-1,50,
5. 2,00-2,50.

II. Активаторами мінералізації тканин зуба є:

1. Іони стронцію.
2. Іони цинку.
3. Іони фтору.
4. Лужна фосфатаза.
5. Кисла фосфатаза.

III. У дитини першого року життя спостерігаються збільшення розмірів голови і живота, запізніле прорізування зубів, порушення структури емалі. Це зумовлено гіповітамінозом вітаміну:

1. А.
2. В<sub>1</sub>.
3. С.
4. Д.
5. В<sub>2</sub>.

IV. Амілаза слини каталізує гідроліз:

1. Мальтози.
2. Сахарози.
3. Лактози.
4. Глікогену.
5. Крохмалю.

V. Запальні процеси в пародонті характеризує група змін:

1. Активність пероксидази зростає, вміст лізоциму істотно не змінюється.
2. Активність пероксидази зростає, вміст лізоциму зростає.
3. Активність пероксидази знижується, вміст лізоциму зростає.
4. Активність пероксидази знижується, вміст лізоциму істотно не змінюється.
5. Активність пероксидази зростає, вміст лізоциму знижується.

VI. Виберіть групу факторів, які мають істотний вплив на синтез колагену:

1. Вітамін С, Fe<sup>3+</sup>.
2. Вітамін С, Fe<sup>2+</sup>.
3. Вітамін Д, Fe<sup>3+</sup>.
4. Вітамін Д, Fe<sup>2+</sup>.
5. Вітамін В<sub>1</sub>, Fe<sup>3+</sup>.

VII. рН слини підтримує буферна система:



1. Білкова.
2. Карбонатна.
3. Фосфатна.
4. Гемоглобінова.
5. Гідрофосфатна.

VIII. Склад емалі найбільш точно характеризує група параметрів:

1. Вміст органічних речовин – 20%, неорганічних – 79%, води – 1%.
2. Вміст органічних речовин – 20%, неорганічних – 70%, води – 10%.
3. Вміст органічних речовин – 15%, неорганічних – 75%, води – 10%.
4. Вміст органічних речовин – 80%, неорганічних – 15%, води – 5%.
5. Вміст органічних речовин – 75%, неорганічних – 15%, води – 10%.

IX. У нормі молярне відношення Ca/P у гідроксиапатитах становить:

1. 1,67.
2. 1,33.
3. 2,0.
4. 2,5.
5. 1,50.

X. У хворого спостерігаються глосит, тріщини в кутиках губ, кератити. Такі симптоми зумовлені недостатністю вітаміну:

1. Тіаміну.
2. Рибофлавіну.
3. Аскорбінової кислоти.
4. Фолієвої кислоти.
5. Кальциферолу.

XI. Концентрація білка (г/л) в слині здорової дорослої людини становить:

1. 5,0-5,5.
2. 10,0-11,0.
3. 65,0-70,0.
4. 15,0-20,0.
5. 70,0-80,0.

XII. Процеси ремінералізації емалі активує група факторів:

1. Піруват,  $\text{Ca}^{2+}$ .
2. Лактат,  $\text{Ca}^{2+}$ .
3. Цитрат,  $\text{Ca}^{2+}$ .
4. Піруват,  $\text{Fe}^{3+}$ .
5. Лактат,  $\text{Fe}^{3+}$ .

XIII. Амілаза слини активується іонами:

1. Cl<sup>-</sup>.
2. Na<sup>+</sup>.
3. F<sup>-</sup>.
4.  $\text{Ca}^{2+}$ .
5.  $\text{Mg}^{2+}$ .

З метою оптимізації навчального процесу підготовлено й видано друкарським способом методичні вказівки до практичних занять для студентів стоматологічного факультету. Крім переліку основних питань теми, методичні вказівки містять домашнє завдання, яке студенти виконують у спеціальних зошитах. У методичних вказівках подано опис відповідних лабораторних робіт з клініко-діагностичним трактуванням, наведено основні біохімічні константи. На нашу думку, це полегшує засвоєння студентами програмного матеріалу.

На кафедрі щорічно проводяться студентські симпозиуми, на яких студенти виступають із доповідями на теми “Біохімія слини і тканин зуба”, “Карієс: причини, біохімічні механізми виникнення і профілактика”, “Макро- і мікроелементи: їх роль в обміні тканин зуба”. Це сприяє розширенню знань студентів з біохімії.

**Висновок.** При викладанні біохімії на стоматологічному факультеті необхідно враховувати специфіку біохімічних механізмів у спеціалізованих тканинах органів ротової порожнини. Знаючи роль вітамінів, ферментів, гормонів, мінеральних компонентів в обмінних процесах тканин зуба, можна сформулювати цілісне уявлення про метаболічні процеси, що має важливе значення для формування лікаря-стоматолога та його практичної діяльності.

### Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
2. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Корда М.М. та ін. Проблеми викладання біохімії у вищій медичній школі // Медична освіта. – 1999. – №1. – С. 65-67.

3. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115-116.

УДК 616.8-008.615-003.96-057.875

## **АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ**

**В.С.Бітенський, В.А.Пахмурний, О.А.Гоженко**

*Одеський державний медичний університет*

## **THE PSYCHIC ADOPTION BY THE STUDENTS IN THE STATE OF STRESS**

**V.S.Bithensky, V.A.Pahmurny, E.A.Gohzenko**

*Odessa state medical university*

---

Характеристики особи зумовлюють різні рівні психічної адаптації в умовах стресу та можуть визначати рівень психічної діяльності, що впливає на об'єм та якість набутих знань. Численні методи вивчення адаптації спрямовані на вирішення проблеми діагнозу та прогнозу адаптаційних можливостей організму. Навчальний процес у медичному ВНЗі формується із станів, нерівноцінних за складністю, кожен з яких є стрес-фактором. Можна передбачити, що рівень адаптації та здатність якісно аналізувати і відтворювати інформацію будуть залежати від початкових характеристик конкретної особи й від реального співвідношення між організацією програми навчання і рівнем сприйняття студентів. Під час проведення дослідження ми обстежили групу із 106 студентів II курсу медичного університету за методикою Тест Інверсії Емоційного Відображення. Цю методику можна використовувати як найприйнятніший тест для оцінювання рівня психічної адаптації студентів у процесі навчання. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що здатність до психічної адаптації залежить не від статі обстеженого, а від первинної структури особи та впливу стрес-факторів. На основі одержаного матеріалу можна зробити висновок, що адаптаційні можливості цілком не залежать від стресогенної ситуації й більш важливу роль у формуванні психічної адаптації до процесу навчання відіграють первинні емоційні, особисті та когнітивні характеристики студентів.

Peculiarities of the person determine different levels of the psychic adoption in the state of stress and may define the level of the psychic activity, and that influences the quantity and the quality of the acquired knowledge. Variors methods of investigation of the adoption are used to solve the problem of diagnosis and prognosis of the adoptional capabilities of the organism. Educational process in the Medical University is composed of the conditions that are not equally complicated, but each one of them is a stressing factor. A group of 106 students of the Medical University was investigated with TIER-method. This method may be used as the most effective test for estimation of the level of psychic adption of the students in the educational process. The results of the investigation show that the capability for adoption doesn't depend on the sex of the object of the investigation and depends on the person and the influencing stress-making factors. Aquired data allows to make a conclusion that adopting abilities never depend on the stress situation and the primary emotional, cognitive and personal characteristics of the students are more significant for the formation of the psychic adaptation for the educational process.

**Вступ.** Відомо, що люди з різними типологічними, когнітивними, емоційними, психологічними характеристиками мають різну здатність до психічної адаптації. Значення можливого рівня психічної адаптації зростає в умовах стресу будь-якого генезу [1]. Одним з варіантів є навчальний стрес.

Характеристики особи зумовлюють різні рівні психічної адаптації в умовах стресу та можуть визначати рівень психічної діяльності, що впливає на об'єм та якість набутих знань [2].

Психічна діяльність під час адаптації зумовлена багатьма обставинами: міжособистісними

ми відносинами, задоволенням працею, почуттям компетентності, емоційним станом та соціальним положенням, кліматичними умовами, умовами праці, фізичним станом, характером стресу, соматичними захворюваннями тощо. Мірою психічної адаптації, її активним станом може бути нервово-психічне напруження [3]. Важливим компонентом її реалізації є характеристика особи [4]. Первинна структура особи визначає індивідуальну стратегію адаптації [3]. В основі нестійкості індивідуумів до психологічного стресу лежить сукупність несприятливих рис особи: емоційної нестійкості, стурбованості, імпульсивності, ригідності [5]. Реалізацію адаптації здійснюють за допомогою

системи реєстрації інформації, оскільки пам'ять зберігає необхідний елемент довготривалих пристосованих реакцій організму [3].

Численні методи вивчення адаптації спрямовані на вирішення проблеми діагнозу та прогнозу адаптаційних можливостей організму.

Навчальний процес у медичному ВНЗі формується із станів, нерівноцінних за складністю, кожен з яких є стрес-фактором [2]. Можна передбачити, що рівень адаптації та здатність якісно аналізувати і відтворювати інформацію будуть залежати від початкових характеристик конкретної особи й від реального співвідношення між організацією програми навчання і рівнем сприйняття студентів. Проблема адаптації до навчального стресу є досить актуальною, однак у літературі їй мало приділяють уваги та питання формування особистої концепції адаптації до навчання в медичному ВНЗі недостатньо вивчені.

У зв'язку з цим, метою дослідження було визначення здатності студентів медичного університету до психічної адаптації в умовах навчального стресу та виявлення факторів, що впливають на неї. Щоб досягнути цієї мети, були поставлені такі завдання: оцінити дію стресової ситуації на зміну рівня психічної адаптації, використовуючи методику Тест Інверсії Емоційного Відображення (ТІЕВ) [3]; вивчити розподіл студентів залежно від рівня психічної адаптації до стресової ситуації, пов'язаної із складанням заліку з гістології; зіставити одержані результати з різними (емоційними, особистими, когнітивними) характеристиками студентів, отриманими в умовах того ж стресу за допомогою інших методів експериментально-психологічного дослідження.

**Основна частина.** Під час проведення дослідження ми обстежили групу із 106 студентів II курсу медичного університету чоловічої та жіночої статі віком від 18 до 23 років за методикою ТІЕВ. Цю методику можна використовувати як найприйнятніший тест для оцінювання рівня психічної адаптації студентів у процесі навчання. При проведенні дослідження стресовою ситуацією було обрано залік із найбільш серйозного, на той час, предмета – гістології. Обстежували студентів в день до заліку та наступного дня після нього.

Результати, одержані під час обстеження за методикою ТІЕВ, порівнювали з результата-

ми таких тестів: визначення особистої стурбованості за Спілбергером; визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП); методика самооцінки психічного стану за Ейдемиллером; визначення рівня екстраверсії, інтроверсії та нейротизму за методикою Айзенка [3].

Під час проведення ТІЕВ було одержано такі результати.

*До заліку:*

- повна психічна адаптація – 7,3%;
- неповна компенсована адаптація – 33,0%;
- часткова психічна дезадаптація – 32,0%;
- повна психічна дезадаптація – 27,7%.

*Після заліку:*

- повна психічна адаптація – 11,0%;
- неповна компенсована адаптація – 18,3%;
- часткова психічна дезадаптація – 4,4%;
- повна психічна дезадаптація – 26,7%.

Середній рівень психічної адаптації у студентів становив до заліку: часткова психічна адаптація – 3,5%; після заліку: часткова психічна адаптація – 3,8%.

*Чоловіки.*

*До заліку:*

- повна психічна адаптація – 9,7%;
- неповна компенсована адаптація – 35,5%;
- часткова психічна дезадаптація – 35,5%;
- повна психічна дезадаптація – 19,3%.

*Після заліку:*

- повна психічна адаптація – 13,0%;
- неповна компенсована адаптація – 16,0%;
- часткова психічна дезадаптація – 42,0%;
- повна психічна дезадаптація – 29,0%.

*Жінки.*

*До заліку:*

- повна психічна адаптація – 9,9%;
- неповна компенсована адаптація – 31,4%;
- часткова психічна дезадаптація – 29,4%;
- повна психічна дезадаптація – 29,3%.

*Після заліку:*

- повна психічна адаптація – 9,9%;
- неповна компенсована адаптація – 17,6%;
- часткова психічна дезадаптація – 39,2%;
- повна психічна дезадаптація – 33,1%.

Як свідчать результати обстеження, після заліку здатність до психічної адаптації в цілому знизилась і більш різке зниження було типовим для осіб чоловічої статі. З іншого боку, серед дівчат виявлено порівняно високий відсоток осіб із повною психічною дезадаптацією, що зберігалася й після заліку.

При обстеженні за іншими методиками було одержано такі дані.

Тип особистості: інтроверти – 11,50%; амбоверти – 58,60%; екстраверти – 29,95%.

Рівень нейротизму: високий – 28,70%; середній – 61,00%; низький – 10,30%.

Недостовірні відомості – 27,6%.

Типи акцентуації осіб: емоційно-лабійний – 25,0%; циклоїдний – 20,0%; істероїдний – 4,0%; шизоїдний – 11,7%; нестійкий- 11,6%; епілептоїдний – 10,5%; конформний – 21,2%.

Рівень стресостійкості особи:

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| чоловіки                         | жінки             |
| високий – 60,0%;                 | високий – 35,0%;  |
| середній – 10,0%;                | середній – 30,0%; |
| трохи вищий за середній – 30,0%. | низький – 35,0%.  |

Рівень невротизації: в середньому – 26,6%; чоловіки – 11,5%; жінки – 36,5%.

Рівень психопатизації: в середньому -10%; чоловіки – 8,9%; жінки – 10%.

Група ризику:

- невротизація: чоловіки – 9,0%; жінки – 13,0%;
- психопатизація: чоловіки – 17,0%; жінки – 14,0%;
- невротичний стан: 4,0%;
- акцентуація: 9,0% ( 2/3 чол.).

У 48,5% студентів рівень психічної адаптації не змінився, що може свідчити про неважливість стрес-фактора для студентів (повна психічна адаптація; неповна компенсована адаптація) або ж про нездатність адаптуватися в умовах заліку (повна психічна дезадаптація).

В 1/6 з них – часткова психічна дезадаптація. Серед цих студентів переважно особи із середнім рівнем стресостійкості, амбоверти. У цій групі не виявлено студентів із низьким рівнем особистої стурбованості, із низьким рівнем стресостійкості, екстравертів, що, можливо, пов'язано з їх більшою здатністю до психічної адаптації [5].

2/6 студентів із рівнем психічної адаптації, який не змінився, – особи з неповною компенсованою адаптацією. Одержані за іншими методиками результати свідчать про те, що в цієї групи студентів має місце достатньо висока здатність до психічної адаптації в умовах навчання. Можливо, це пов'язано з тим, що переважають екстраверти та студенти з високим рівнем стресостійкості, а також особи з не-

стійким та параноїдним типами акцентуації. Серед студентів цієї групи виявлено 20% осіб із низьким рівнем особистої стурбованості, за результатами тестування за методикою Айзенка не знайдено жодного інтроверта.

1/6 студентів із рівнем психічної адаптації, який не змінився, – особи з повною психічною адаптацією. Під час проведення інших методів тестування в цій групі студентів одержано такі результати.

Рівень особистої стурбованості: високий – 16,7%; середній – 50,0%; низький – 33,3%.

Тип особистості: екстраверти – 60,0%; амбоверти – 20,0%; інтроверти – 20,0%.

Рівень стресостійкості: високий – 83,3%; середній -16,7%.

Тип акцентуації особистості: конформний – 66,7%; нестійкий – 16,7%; шизоїдний –16,6%.

Повноцінна здатність до психічної адаптації в цієї групи студентів пов'язана з перевагою в ній екстравертів та осіб із конформним типом акцентуації, високим рівнем стресостійкості; показник рівня особистої стурбованості – вищий середнього.

2/6 студентів із рівнем психічної адаптації, який не змінився, – особи з повною психічною дезадаптацією.

Було одержано такі результати, після тестування в цій групі за іншими методиками.

Рівень особистої стурбованості: високий – 70%; середній – 30%.

Тип особистості: амбоверти – 75%; інтроверти – 25%.

Рівень стресостійкості: високий – 62,5%, трохи вищий за середній – 25,0%, трохи нижчий за середній -12,5%.

Тип акцентуації особистості: циклоїдний – 62,5%; астено-невротичний – 12,5%; епілептоїдний – 12,5%; нестійкий – 12,5%.

У групі студентів, у яких виявлено повну психічну дезадаптацію як перед, так і після заліку, переважно амбоверти, особи з високим рівнем особистої стурбованості, циклоїдним типом акцентуації. У цій групі не знайдено жодного екстраверта та особи з низьким рівнем стурбованості. Однак у 2/3 студентів – високий рівень стресостійкості. Половину студентів цієї групи можна віднести до групи ризику розвитку невротичних явищ (стану) [6], крім дуже нестійких інших показників, у них кількість інверсій перед та після заліку перевищувала 8.



У 14,6% студентів від загальної кількості обстежених рівень адаптації підвищився. Зміни, виявлені в цих студентів, ми поділили на 3 групи:

- повна психічна дезадаптація – часткова психічна дезадаптація: особи зі слабкою здатністю до психічної адаптації;
- часткова психічна дезадаптація – неповна компенсована адаптація: група з нестійкими показниками;
- неповна компенсована адаптація – повна психічна адаптація: студенти, які легко адаптуються.

Підвищення здатності до адаптації вірогідно пов'язане з припиненням дії стрес-фактора.

У 31,8% від загальної кількості студентів знизився рівень адаптації. Зміни ми поділили на 2 групи:

- неповна компенсована адаптація – часткова психічна дезадаптація: група з нестійкими показниками;
- повна психічна адаптація – часткова компенсована адаптація: студенти, які легко адаптуються.

Зниження рівня адаптації можна розглядати як наслідок дії стресу.

**Висновки.** Під час проведення дослідження

було виділено групу студентів, схильних до розвитку невротичних явищ (стану), їх кількість становить 5,7%. Серед них 2/3 – амбоверти та 1/3 – інтроверти. Усі є особами з високим рівнем особистої стурбованості, однак у 2/3 з них – високий рівень стресостійкості. У цій групі переважає істероїдний тип акцентуації.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що здатність до психічної адаптації залежить не від статі обстеженого, а від первинної структури особи та впливу стрес-факторів.

За характером соціометричної структури особи [3] в групі виявлено, що до консервативного типу належать 48,5% студентів, до флуктуаційного – 36,9%. На основі одержаного матеріалу можна зробити висновок, що адаптаційні можливості цілком не залежать від стресової ситуації й більш важливу роль у формуванні психічної адаптації до процесу навчання відіграють первинні емоційні, особистісні та когнітивні характеристики студентів.

Результати проведеного дослідження можуть мати практичне значення для створення програм навчання, підбору оптимального режиму навчання із врахуванням особистих особливостей студентів.

#### Література

1. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983. – С. 136, 235-236.
2. Андрияшик Д.Ю., Киколов А.И., Васильева Т.Н. Экзаменационный психоэмоциональный стресс студентов // Гигиена труда и проф. заболевания. – 1983. – № 11. – С. 38-40.
3. Лобенко А.А., Волянский В.Е. Адаптация человека к условиям мирового океана. – К.: Здоров'я, 1997. – С. 52-54, 63.
4. Галыгин В.Ф. Психологические исследования и

охрана здоровья рабочих // Психологический журнал. – 1986. – 7, № 1. – С. 55-61.

5. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. – М.: Издательство МГУ, 1990. – 367 с.

6. Николаева Е.И., Сафонова А.М. Использование теста инверсии эмоционального отражения для выявления лиц с высоким риском развития невротических расстройств // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – 89, № 10. – С. 111.

**НАРАДА ЗАВІДУВАЧІВ КАФЕДР МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ,  
ГЕНЕТИКИ ТА ПАРАЗИТОЛОГІЇ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ УКРАЇНИ НА  
БАЗІ ОПОРНОЇ КАФЕДРИ БУКОВИНСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ,  
22-23 квітня 1999 р.**

**Н.А.Кулікова**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

Нараду відкрив ректор Буковинської державної медичної академії, завідувач кафедри медичної біології, генетики та паразитології проф. В.П.Пішак. Учасників наради привітав проректор із навчальної роботи проф. А.М. Сокол, який відзначив, що за рішенням МОЗ України кафедра медичної біології, генетики та паразитології Буковинської державної медичної академії визначена опорною і це накладає на її колектив велику відповідальність.

Під час наради були заслухані доповіді, виступи з питань обговорення проекту нової Програми, шляхів удосконалення навчального процесу на кафедрах медичної біології, генетики та паразитології. Проект Програми підготували проф. В.О.Корольов, проф. О.В.Самсонов і доц. Ш.Б.Брагін.

**Проф. В.П.Пішак** (Буковинська державна медична академія). Необхідність розробки нової програми зумовлена вимогами реорганізації системи медичної освіти в Україні. За час від прийняття діючої програми (1993) відбулися зміни в структурі медичних вузів. На їх базах створені медичні університети і медичні академії, відкрилися нові факультети, змінилися навчальні плани. Швидкими темпами впроваджуються в навчальний процес технічні засоби навчання. Біологічна наука за цей час збагатилася новими відкриттями, зокрема в галузі молекулярної біології. За цих умов виникла певна невідповідність між окремими положеннями діючої програми і потребами сьогодення. Загальмувався процес написання нових підручників і посібників. Припинилося централізоване виготовлення мікро-

і макропрепаратів, таблиць, прозірок. Робота профільних кафедр до цього часу координувалася недостатньо. Усі ці питання потребують швидкого розв'язання.

**Проф. В.О.Корольов** (Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського). Програма з медичної біології є складовою частиною державного стандарту освіти. На її основі розробляються робочі навчальні програми як нормативні документи вузу. Проект нової Програми відбиває досягнення в галузі біологічних наук і медицини. Він вирішує дві кардинальні проблеми: 1) забезпечення високого рівня загальнобіологічної підготовки студентів; 2) закладання фундаменту для наступного навчання студентів на теоретичних і клінічних кафедрах.

**Доц. Ш.Б.Брагін** (Донецький державний медичний університет ім. М.Горького). У проекті нової Програми, над яким ми працювали, особлива увага приділяється вивченню біологічних закономірностей стосовно практики охорони здоров'я. Розділи програми побудовані відповідно до рівнів організації живої природи.

**Проф. О.В.Самсонов** (Донецьк). До проекту нової Програми ми розробили тематичні плани лекцій, практичних занять і самостійних позааудиторних занять студентів I курсу із вивченням навчальних планів.

**Проф. Л.Є.Ковальчук** (Івано-Франківська державна медична академія). При подальшій роботі над змістом нової Програми необхідно врахувати досягнення молекулярної біології, на яких базуються методи ДНК-діагностики, лікування спадкових хвороб, полімеразно-ланцюгова реакція в діагностиці носіїв рецесивних ознак, сучасні вектори трансгенезу.

**Проф. П.М.Ковтуновський** (Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава). Студенти I курсу перевантажені немедичними навчальними дисциплінами. Кількість навчальних годин на викладання медичної біології безпідставно скорочена. Запланована самостійна позааудиторна робота студентів вимагає значних затрат часу на її методичне забезпечення, а тому ці затрати слід включити до загальної педагогічного навантаження викладачів.

**Проф. Н.А.Кулікова** (Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського). Медична біологія як фундаментальна навчальна дисципліна формує науково-природничий світогляд. Разом із тим, вона володіє великим фактичним матеріалом, необхідним для вироблення в студентів практичних умінь. Навчання тоді буде результативним, коли студенти бачитимуть натуральні об'єкти, відчуватимуть їх. У цьому відношенні велике значення мають навчальні музеї, їх роль особливо зростає в період комп'ютеризації навчання. Потребують вирішення проблема становлення української наукової термінології з біології, проблема підвищення кваліфікації викладачів на базі провідних вузів України і зарубіжних країн.

**Проф. О.В.Романенко** (Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця). Реорганізація медичної освіти передбачає її безперервність. Ми маємо величезний досвід щодо безперервності викладання основних розділів програми.

**Проф. О.Г.Слесаренко** (Дніпропетровська державна медична академія). Важливою є проблема абітурієнта. Вступні іспити з біології ми приймаємо за тестовою системою, яка включає три види відповідей на тестові запитання. З цією метою підготовлено збірник тестових завдань для абітурієнтів.

**Проф. Р.П.Піскун** (Вінницький державний медичний університет ім. М.І.Пирогова). Кафедра постійно працює над удосконаленням

методики викладання. Ми видали матеріали для тестового комп'ютерного контролю знань студентів, склали індивідуальні завдання для письмового контролю, ситуаційні задачі. Тепер працюємо над підготовкою тестових завдань типу "Крок-1" для оцінювання поточного і рубіжного рівня знань студентів.

**Проф. З.Д.Воробець** (Львівський державний медичний університет). У ряді вузів відкриті факультети фармацевтичного профілю, де викладається навчальна дисципліна "Біологія, фізіологія з основами анатомії". Але типова Програма складена так, що практично не містить програмових положень з медичної біології. Програма розроблялася без участі біологів. Пропоную створити нову Програму, зміст якої б відповідав назві навчальної дисципліни.

**Доц. С.М.Смирнов** (Луганський державний медичний університет). На базі кафедри медичної біології, генетики та паразитології проводиться заключний тур Всеукраїнської студентської олімпіади на краще знання біології. Цей важливий захід розвиває в студентів інтерес до медичної біології, сприяє її поглибленому вивченню.

На заключному засіданні учасники наради затвердили проект нової Програми з медичної біології, прийняли ряд важливих рішень щодо вдосконалення навчального процесу на профільних кафедрах.

Під час наради завідувачі кафедр ознайомилися з матеріально-технічним забезпеченням навчального процесу на опорній кафедрі. У навчальному процесі тут широко використовуються комп'ютери, табличний фонд, який зберігається у вірцевому стані, мікро- і макропрепарати, які розміщені в систематичному порядку. Інтер'єр кафедри оформлений естетично, з врахуванням біологічної специфіки навчального предмета.

Науковий і методичний рівень викладання високий, про що свідчить і творча робота колективу кафедри з видання навчальних підручників і посібників.

УДК 408.4(049.3)

**КРАКОВЕЦЬКА Г.О., БОБИРЬОВ О.М., БЕЛЯЄВА О.М.  
ЛАТИНСЬКА МОВА. РЕЦЕПТУРА. КЛІНІЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ. –  
К.: ЗДОРОВ'Я, 1999 – 360 С.**

Традиційний курс латинської мови у вищих медичних навчальних закладах трансформувався в якісно нову навчальну дисципліну – латинську мову й основи медичної термінології. Об'єктом вивчення цієї дисципліни є не тільки елементи латинської мови (фонетика, графіка, морфологія, синтаксис), але й принципи словотворення, продуктивні моделі термінів у різних підсистемах медичної і фармацевтичної термінології. Чітко визначилася термінологічна спрямованість усього процесу навчання, оскільки термін посідає особливе місце на всіх етапах медичної освіти, бо є і інструментом пізнання, і словесним знаком, який закріплює результат цього пізнання. Усі мовні явища засвоюються студентами як форми і засоби вираження спеціальних значень. Це спричинило необхідність процесу інтеграції латинської мови з профільними медичними дисциплінами при навчанні майбутніх лікарів, а отже й породило необхідність у цьому руслі дещо змінити саму структуру підручників з латинської мови й основ медичної термінології, порівняно з традиційною. Цього, власне, і вимагає програма з латинської мови та основ медичної термінології (Київ, 1992), виділяючи головні підсистеми медичної термінології: анатомо-гістологічну, клінічну, фармацевтичну і медико-технічну.

Українськомовні підручники з латинської мови (Латинська мова / За редакцією А.Г.Ступінської. – Львів, 1986; Козовик І.Я., Шипайло Л.Д. Латинська мова. – К.: Вища школа, 1993), які були основними джерелами інформації при вивченні латинської мови й основ медичної термінології у вищих медичних навчальних закладах України, не перевидаються, хоча вони, в основному, і відповідають вимогам програми, і вищі медичні навчальні заклади протягом останніх років відчувають помітний дефіцит у підручниках із латинської мови й основ медичної термінології.

Видання підручника Г.О.Краковецької, В.М.Бобирьова, О.М.Беляєвої “Латинська мова. Рецептатура. Клінічна термінологія” є не лише своєчасним, але й конче потрібним. Забезпечення вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації єдиним підручником, який відповідає вимогам програми, дозволить уніфікувати вивчення основ медичної термінології, дотримуватися основних засад і принципів її викладання, не позбавляючи викладачів власної творчості в педагогічному процесі.

Автори рецензованого підручника синтезували у своїй праці кращі досягнення подібних підручників колишнього Радянського Союзу, зокрема, українських, і разом з тим збагатили зміст додатковою інформацією, численними вдалими вправами, виділили в ньому в органічній єдності з необхідним граматичним матеріалом три основні розділи: анатомо-гістологічну, фармацевтичну і клінічну термінологію. Саме це і зробило підручник інтегрованим із профільними медичними дисциплінами, таким, що відповідає сучасним науковим і навчально-методичним вимогам.

Дуже детально викладено розділ “Загальна рецептатура”. Правда, оскільки підручник розрахований на студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, то не було потреби додатково підкреслювати, що “матеріали пропонованого розділу відповідають програмі з латинської мови та основ медичної термінології для студентів стоматологічних інститутів та стоматологічних і медичних факультетів вищих навчальних медичних закладів”.

Вважаємо, що не варто переобтяжувати цей розділ і додатками до “Правил виписування рецептів на лікарські засоби та вироби медичного призначення”, затверджених МОЗ України. Це, здається, компетенція кафедр фармакології. Однак, зрештою, то справа самих авторів – подавати ці додатки чи не подавати. Цінність підручника не постраждала, хіба що трошки збільшився його об'єм.



Тема “Лікарські форми” включає вправи і спеціальні завдання для студентів. Як вправи, так і завдання уможливають закріплення належним чином теоретичних знань і сприяють виробленню практичних навичок випускання рецептів.

Належно викладено і третій, заключний розділ основної частини підручника – “Клінічна термінологія”, який включає загальні відомості з клінічної термінології, латинсько-грецькі дублети (еквіваленти), кінцеві терміноелементи та достатню кількість різноманітних вправ. Заслуговує на увагу і спеціальний параграф “Терміни-омофони”, в якому розглядаються лексичні одиниці, однакові або близькі за звучанням, але різні за значенням і написанням, та вправи до цього параграфа.

Завершується розділ “Клінічна термінологія” систематизованим списком термінів-дублетів зі словотворчими компонентами.

У підручнику вдало і в достатній кількості підібрано крилаті латинські вислови, афоризми, подано деякі культурологічні аспекти, словниковий матеріал, таблиці, ілюстрації, схеми. Дуже добре викладено схематично матеріал на тему “Словотворення” за конструкцією “неузгоджене означення”, а також “узгоджене означення”.

Хоча програмою (на жаль!) не передбачено, але автори цілком слушно включили такий розділ, як “Елементи грецької мови у медичній термінології”, який охоплює “Грецький алфавіт”, “Написання й читання грецьких букв”, “Грецькі дифтонги”, “Надрядкові знаки”, “Наголос”. Оскільки клінічна термінологія в основному твориться на основі давньогрецької мови, терміни грецького походження зустрічаються в анатомічній, гістологічній та фармацевтичній номенклатурах, знання елементів давньогрецької мови студентам конче потрібні хоч би для розуміння тих чи інших орфографічних особливостей відповідних термінів.

Якісно збагачують підручник і такі додатки до основної частини, як “Вислови ділової та наукової мови”, “Латинська фразеологія”, “Хрестоматія”, “Латинсько-український словник”, “Українсько-латинський словник”, “Латинсько-український словник клінічних термінів”, “Графічна структура термінів-омофонів”.

Проте, як і в кожній великій праці, в підруч-

нику є недоліки, здебільшого чисто технічного характеру, зокрема описки, відсутність у багатьох випадках надголосними в латинських словах знаків довготи і короткості тощо.

Найбільші претензії до якості комп’ютерної верстки. Відсутність у латинських словах надголосною другого складу з кінця слова знаків довготи (̄) чи короткості (˘) надзвичайно утруднює постановку студентами наголосу чи взагалі унеможливує правильне читання латинських слів. У програмах сучасних комп’ютерів ці знаки закладені, але при комп’ютерній верстці вони були чомусь опущені. З цієї причини автори підручника вимушені були ставити ці знаки довготи і короткості “від руки”, що знизило естетичний бік підручника. Крім того, є чимало слів, у яких ці знаки взагалі відсутні, що вважається недопустимим для підручника, наприклад: *abdomen, abdominis, cartilago, cartilaginis; apex, apicis; cavitas, cavitatis* тощо. У нормі ці слова повинні бути: *abdomen, abdominis, cartilogo, cartilaginis; apex, apicis; cavitas, cavitotis*. Автори намагалися усунути цей недолік, ставлячи ці знаки самі, вклали чимало фізичної енергії і часу. Воістину, вони заслуговують співчуття! виправити ці недоліки покликані викладачі латинської мови на практичних заняттях.

Трапляються орфографічні помилки і в оригінальних грецьких словах.

Спірною слід вважати організацію навчання за цикловим принципом, ідея якої була висунута ще в 1983 р. на I Всесоюзній навчально-методичній конференції викладачів латинської мови медичних і фармацевтичних інститутів “Проблеми навчання медичної термінології” в Єревані. Напевно, варто б знову організувати подібну конференцію викладачів-латиністів та інших фахівців медичного профілю в Україні, розробити нову програму з латинської мови й основ медичної термінології та остаточно з’ясувати всі *pro et contra* стосовно організації навчання латинської медичної термінології за цикловим принципом, відповідно до якого і підготовлено рецензований підручник.

На самостійну позааудиторну роботу студентів з латинської мови й основ медичної термінології навчальний план відводить у вищих медичних навчальних закладах 36 годин. Проте, ні в підручниках не вказано, що саме слід вивчати студентам у процесі самостійної по-

зааудиторної роботи, ні в програмі не вказано який матеріал треба виділити для цієї роботи. На нашу думку, в підручниках потрібно виділяти конкретний матеріал як окремі заняття, які студенти повинні опанувати самостійно, попередньо окресливши їх у програмі. Це зробить навчальний процес більш чітким і уніфікованим.

Збільшили об'єм підручника не конче потрібні деякі схеми і хрестоматійні тексти, зокрема вправи на переклад речень.

Незважаючи на вказані недоліки і наші роздуми, праця в цілому справляє приємне враження як солідний і вагомий підручник. Можна констатувати, що мета його досягнута на належному науковому й високопрофесійному

рівнях. Праця відзначається детальністю, знанням предмета, доводить сучасний рівень як філологічної, так і навчально-методичної підготовки авторів, засвідчує, що вони володіють головною базою медичної латини.

Ми сподіваємося, що поява рецензованого підручника буде певним поштовхом до подальшої творчої праці латиністів України і стимулюючим чинником у справі написання нових підручників, оскільки процес удосконалення є безмежним, а доброзичлива і порядна конкуренція в будь-якій справі є явищем корисним і схвальним. Насправді мали рацію античні, стверджуючи: "*Feci, quod potui, faciant meliora potentes*" ("Я зробив все, що міг, хай краще зроблять ті, що можуть").

**Доцент, завідувач кафедри української та іноземних мов  
Тернопільської державної медичної академії  
ім. І.Я.Горбачевського**

**М.М.Закалюжний**

**Старший викладач, кандидат філологічних наук**

**В.В.Чолач**

**Викладач, кандидат філологічних наук**

**Г.Б.Паласюк**

**ВИДАВНИЦТВО "УКРМЕДКНИГА"**

Тернопільської державної медичної академії

пропонує посібник *Гладуна З.С. "Державне управління в галузі охорони здоров'я"* (200 сторінок, півтверда обкладинка, видання 2000 р., дозвіл МОУ).

У посібнику викладені конституційні засади державної влади в Україні та особливості державного управління в галузі охорони здоров'я з урахуванням функцій та структури органів влади, подано функціональні та структурні особливості різних рівнів органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. Грунтовно висвітлено шляхи вдосконалення державного управління в галузі охорони здоров'я, що сприятиме ефективному функціонуванню системи державного управління з метою успішного реформування суспільства.

Подається детальний аналіз функцій та структури органів виконавчої влади галузевої компетенції, зокрема Міністерства Охорони Здоров'я України, інших центральних органів виконавчої влади, Міністерства Охорони Здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, головних лікарів центральних районних лікарень та Державної Санітарно-епідеміологічної Служби України.

В посібнику даються рекомендації щодо шляхів удосконалення державного управління в галузі охорони здоров'я України. В кінці посібника подана підбірка законів і положень нормативно-правових актів, які регулюють правові відносини в галузі охорони здоров'я.

УДК 61 (092) (477) + 615. 322 (092) (477)

### **ЮРІЙ ЛИПА – ВИДАТНИЙ ЛІКАР-ФІТОТЕРАПЕВТ, ПОЕТ, ПИСЬМЕННИК, ПЕРЕКЛАДАЧ, БОРЕЦЬ ЗА САМОСТІЙНУ УКРАЇНУ**

**А.П. Ракицький**

*Нараївська дільнична лікарня Березанського району*

20 серпня 1999 року минуло 55 років від дня мученицької смерті від рук енкаведистів Юрія Липи – лікаря-фітотерапевта, поета, письменника, перекладача, політичного і громадського діяча. Юрій Липа прожив не довго, але його багатогранного таланту вистачило б на кількох історичних особистостей.

Народився він 5 травня 1900 року в Одесі. Батьки його належали до свідомої української інтелігенції. Батько Юрія Іван Липа народився в 1865 році в Керчі. Він вчився в Харківському університеті на медичному факультеті. Після заснування в Харкові в 1891 році “Братерства Тарасівців” був заарештований і просидів 13 місяців у Харківській тюрмі за статтю “Отторжение Малороссии от Великой России”. Медичний факультет закінчив у Казанському університеті в 1900 році, потім переїхав до Одеси і там працював лікарем. Мати Юрія Марія була надзвичайно освіченою жінкою й авторкою багатьох праць із педагогіки.

Юрій був обдарованою дитиною, середню освіту він здобув у гімназії № 4 м. Одеси, після закінчення якої вступив до Новоросійського (Одеського) університету на правничий факультет. Уже в 1917 році робить перші кроки на літературній ниві: він стає редактором часопису “Вісник Одеси” і пише твори “Королівство Київське за проектом Бісмарка”, “Гетьман Іван Мазепа” тощо. Тоді ж, з огляду на загрозу більшовицького перевороту в Одесі, Юрій вступив до організованої полковником І.Луценком гайдамацької дивізії, у її перший курінь, брав участь у січневих боях на вулицях Одеси. Після вступу військ УНР в Одесу Ю. Липа став заступником командира Одеської “Січі”, редагував українську щоденну газету. В Одесі він написав велику статтю “Табори полонених українців”, а також відозву

“Проти Корнілова”. У родині Івана Липи гостями були представники української культурної еліти: М.Коцюбинський, Б.Грінченко, М. Вороний, В. Самійленко, під впливом яких формувалась особистість Юрія. Спочатку батько був активним противником того, щоб його син став поетом – часто рвав написане ним, але після того, як В. Самійленко високо оцінив поезію Юрія, різко змінив своє ставлення до сина як поета. Пізніше про талант Юрія сказав своє “благословення” І. Франко, з яким Іван Липа із сином зустрічалися в Коломиї. Видатний український поет М.Вороний був найдорожчим побратимом Ю.Липи і присвятив йому свою поему “Євшан-зілля”.

У 1918 році сім’я Івана Липи переїхала до Києва. Після приїзду в Київ батька Юрія призначили міністром релігії, віросповідань, юстиції та охорони здоров’я в уряді УНР. Іван Липа, перебуваючи на цій посаді, зібрав перший Автокефальний собор. Українська православна церква при ньому отримала не тільки самостійність, але й підтримку Української Народної Республіки.

Уже в січні 1919 року більшовицькі війська без офіційного оголошення війни рушили на Україну. 4 січня Л. Троцький підписав постанову райвійськради про утворення Українського фронту під командуванням Антонова-Овсієнка. Більшовицькі війська різними шляхами наближалися до столиці УНР – Києва. 5 лютого 1919 року під командуванням полковника Муравйова вони зайняли місто.

Уряд УНР змушений був переїхати до Вінниці. У той час М. Грушевський відійшов від політичної діяльності, а В. Винниченко передав свої повноваження Голові директорії С.Петлюрі й виїхав за кордон в еміграцію, Чеховський також подав у відставку, лише С.Петлюра продовжував безкомпромісну боротьбу з більшовиками. Недовго столицею України була Вінниця. Більшовицькі війська продовжували наступати

на армію УНР, яка не мала належної зброї та мала тисячі вояків, хворих на тиф.

Уряд УНР змушений був залишити Вінницю, і черговою столицею УНР стала Жмеринка. С.Петлюра призначив переговори з Є. Петрушевичем, щоб війська ЗУНР об'єдналися з петлюрівцями для боротьби з більшовиками. Є.Петрушевич не хотів об'єднуватися із С.Петлюрою і навіть розпочав переговори з Румунією. Однак, румунський уряд боявся появи на своїй території 45-тисячної, загартованої у тривалих боях Галицької армії. Окремі частини УГА, які разом з петлюрівцями вели бої з більшовиками, 30 серпня 1919 року перейшли р. Збруч. Уряд УНР на чолі із С.Петлюрою переїхав до Кам'янця-Подільського.

Батько Юрія був членом уряду УНР і продовжував працювати міністром культів віросповідань. Разом з І. Огієнком працював над незалежненням Української православної церкви та утворенням Українського патріархату, був автором проекту першої Конституції УНР.

Юрій продовжував навчатися на правничому факультеті Кам'янець-Подільського університету, активно співпрацював з редактором газети "Життя Поділля" та щоденника "Українське слово" М. Грушевським.

Недовго столицею УНР і осередком українських кіл був Кам'янець-Подільський. Внаслідок поразки в національно-визвольній боротьбі проти більшовицьких військ уряд УНР змушений був залишити Кам'янець-Подільський і перейти через р. Збруч у Польщу. Спочатку він переїхав у Станіслав, потім – у Тарнаву. Там Ю.Липа зазнав літературне об'єднання "Сонцесвіт".

У лютому 1922 року Іван Липа разом із сином переїхав у Винники під Львовом, де працював лікарем, зазнаючи утисків з боку польської влади. У Винниках він важко захворів і на руках Огієнка 15 листопада 1923 року помер, його поховано на міському кладовищі.

Мати Юрія Липи Марія залишилася в Одесі. Вона не могла виїхати до чоловіка у зв'язку з військовими подіями в Україні. Ще у 20-х роках Марія Липа викладала природознавство в Українській середній школі ім. М. Драгоманова, що знаходилася на вулиці Болгарській в Одесі. Вона померла в злиднях після переслідування в 1935 році й була похована на Другому християнському цвинтарі.

Восени 1922 року Юрій Липа вступив до Познанського університету на медичний факультет,

але не залишив громадсько-політичної діяльності. Зі студентів, колишніх вояків УНР і ЗУНР, полковник Кузьмин і сотник Васильченко утворили таємне патріотичне товариство "Чорномир", де Ю. Липа обіймав посаду ідеологічного референта. Кожний з членів товариства був зобов'язаний вивчати іноземні мови, історію, військову справу, дипломатію, щоб у майбутньому, коли повстане українська держава, вона мала людей, здатних повноцінно проводити зовнішню і внутрішню політику в усіх сферах.

Після закінчення медичного факультету Познанського університету в 1929 році Ю.Липа залишився на постійному місці роботи у Варшаві. Разом з Маланюком став натхненником і організатором літературної групи "Тона", яка підтримувала гасло М. Хвильового "Геть від Москви!" з орієнтацією на духовну Європу.

У 1931 році Ю. Липа видав збірку статей "Суворість", а також написав роман "Козаки в Московії". У Варшаві він написав фундаментальну історико-філософську працю "Призначення України".

На початку 30-х років як стипендіат Ю. Липа поглиблював свої знання в Лондонському університеті. Налагодив контакт з політичними колами Англії та інших держав. За різку критику польської шовіністичної політики щодо українського питання був позбавлений польською владою прав стипендіата і висланий назад до Варшави. Тут у 1931 році він здобув додаткову медичну освіту. У Варшаві Юрій був не тільки високоавторитетним лікарем, а й письменником, публіцистом, політиком. Як громадсько-політичний діяч виїжджав до Лондона, Парижа, Відня, Берліна. Пізніше у Варшаві підтримував тісні стосунки з представниками українського повстанського руху на Поліссі, Волині, Галичині.

Особливо Ю. Липа зацікавився фітотерапією і до кінця свого життя вивчав лікарську рослинність України. Він став автором книги "Фітотерапія", яку видав у 1933 році, книгу "Ліки під ногами" видав у 1943 році.

Ю. Липа досліджував лікарські рослини, багаті на хімічні сполуки, яких бракує людському організмові, які впливають на різні функції органів, послаблюючи або посилюючи їх, нормалізуючи їх роботу.

У 1937 році Ю.Липа познайомився з молодою художницею Галиною Захарасевич, уродженкою с. Рихня Долинського району, й одружився з нею.

Ішов 1943 рік, на Варшаву падали бомби. На початку літа 1943 року Ю. Липа одержав від



Польської армії крайової попередження негайно залишити Варшаву, це прискорило його від'їзд, та не на Захід, а в Галичину до м. Яворова.

Друзі попереджували Ю. Липу, що з публікацій комуністи знають його як визначного теоретика націоналізму і будуть неминуче переслідувати. Він добре знав до яких знущань вдаються бандити із служб НКВД і повинен був з дружиною і дочками Мартою й Іванною виїхати на Захід, але переконати його нікому не вдалося. На пропозиції близьких виїхати на Захід відповідав: "Народ свій у біді залишити не можу, краще вмерти на своїй землі гідно в боротьбі".

Один рік Юрій Липа лікував людей у Яворові біля Львова. Жителі міста, старші за віком, пам'ятають високого зросту, з ніжними рисами обличчя, білявого, спокійного, лагідного і доброго до людей лікаря Юрія Липу. У своєму помешканні він нічого не мав, крім книжок. Його дружина працювала вчителькою в Яворівській гімназії.

Ішов тривожний 1944 рік. Стало очевидним, що гітлерівська Німеччина війну програла. З кожним днем німецький фронт відкочувався на Захід.

Уже на початку липня 1944 року Ю. Липа з дружиною і двома маленькими донечками переїхав до с. Букова за 12 км від Яворова, щоб ближче бути до повстанців УПА, а на початку серпня 1944 року перебрався до присілка Бунова-Іванків, де знаходилася сотня Петренка з відділом Українського Червоного Хреста і повстанським шпиталем.

У середині серпня 1944 року на Яворівщині зі сходу насувалася перша каральна акція військ НКВД з малиновими погонами "сабурівців". Сотня Петренка з шпиталем поранених бійців УПА відбула в Яворівські ліси. Ю. Липа відмовився йти разом з ними. Мав надію, що поміж селян перебуде якість безпеку, але ця помилка коштувала йому життя.

19 серпня 1944 року, на Спаса, сім'я Липи зна-

ходилася в саду. До них приїхали 2 офіцери і 2 солдати, взяли Ю.Липу ніби для надання лікарської допомоги. Навіть сказали, щоб він взяв із собою лікарські інструменти. У саду залишилася дружина з двома маленькими донечками. Вона плакала і просила не забирати її чоловіка. Один з офіцерів сказав Галині: "Я даю слово советского офицера, что ваш муж через 2-3 часа будет дома". Ці ж енкаведисти з нелюдською жорстокістю допитували лікаря Ю. Липу в сусідньому селі Шутові, а вдосвіта наступного дня (20 серпня) його було замордовано.

Минула доба, а він не повертався додому. Дружина Ю. Липи звернулася до енкаведистів, але вони сказали, що не знають, де її чоловік. І тільки через два дні Галина Липа із сусідською дівчиною знайшла понівечене тіло, закидане землею, битою штукатуркою, біля будинку колишнього польського постерунку. Донька Ю. Липи Марта Липа-Гуменецька у своїх спогадах про батька свідчить, що він був замордований енкаведистами методом кастрації, а потім добитий багнетами.

Понівечене тіло лікаря Ю. Липи відразу напівлегально поховали на цвинтарі с. Бунова Яворівського району. На похорон прийшли жителі всього села. Березового хреста на свіжій могилі "визволителі" знищили. Родина Ю. Липи вижила лише під іншими прізвищами.

Ідею самостійної України Ю. Липа проніс через усе своє життя. Доля щедро обдарувала його талантом – він був прекрасним лікарем, поетом, перекладачем, видатним майстром пера і мудрим політиком. Юрій Липа всі свої вміння і талант присвятив рідній Україні й справі її національного відродження.

Його життя, діяльність і творчість – прекрасний взірць для української молоді, студентства, для тих, хто готує себе для високого служіння рідній Вітчизні.