

## ЗМІСТ

<i>О.П. Волосовець, І.С. Вітенко</i> <b>ЗМІСТ І ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ІV РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ</b> .....	5
<i>Л.Я. Ковальчук, І.Р. Мисула, К.О. Пашко</i> <b>ОПТИМІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У ТДМА</b>	
<i>В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк</i> <b>ПРО СТАН І ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ</b> .....	10
<i>С.М. Нейко, Л.В. Глушко, Г.М. Ерстенюк</i> <b>НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН</b> .....	13
<i>Г.В. Дзяк, Т.О. Перцева, Г.В. Горбунова, Н.В. Ліхолетова</i> <b>УДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА В РЕАЛІЗАЦІЇ ГАЛУЗЕВОГО ДЕРЖАВНОГО СТАНДАРТУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ</b> .....	15
<i>В.П. Черних, В.М. Толочко, Л.Г. Кайдалова</i> <b>САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ</b> .....	17
<i>В.П. Пішак, М.Ю. Коломоєць</i> <b>МІСЦЕ І ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В ОНОВЛЕНОМУ СУСПІЛЬСТВІ УКРАЇНИ</b> .....	19
<i>Б.П. Криштопа, В.І. Бугро, В.П. Коньков, Н.П. Кукало, В.М. Пащенко, Ю.С. Силенко</i> <b>ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	25
<i>М.Б. Шегедин</i> <b>НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНИХ ПІДХОДІВ ДО РЕФОРМУВАННЯ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ТА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ</b> .....	27
<i>М.І. Яблунчанський, С.М. Панчук, О.Ю. Бичкова, Н.В. Лисенко, Л.А. Мартим'янова</i> <b>ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В САМОСТІЙНІЙ ПОЗААУДИТОРНІЙ РОБОТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ</b> .....	33
<i>О.І. Дядик, А.Е. Багрій, В.Б. Гнилицька, А.Л. Христуленко, М.В. Хоменко, І.І. Здиховська, Н.В. Мальцева, С.С. Чубенко, О.В. Шукіна, В.О. Гайдуков, Я.Ю. Галаєва, О.Л. Стулікова</i> <b>УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ІНТЕРНІВ-ТЕРАПЕВТІВ</b> .....	35
<i>Н. Ващенко</i> <b>СУЧАСНА ІНФРАСТРУКТУРА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЇЇ ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ</b> .....	36
<i>М.П. Скакун, О.М. Олещук, І.П. Мосейчук, Н.М. Мулярчук, О.В. Гриців, Т.А. Лебедева</i> <b>МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ОСНОВ ЛІКАРСЬКОЇ РЕЦЕПТУРИ В МЕДИЧНОМУ ВНЗ</b> .....	39
<i>С.М. Андрейчин, В.О. Лихацька, С.Л. Маланчук</i> <b>ДЕОНТОЛОГІЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ</b> .....	43
<i>В.В. Файфура, Ю.І. Бондаренко, М.Р. Хара, С.В. Дзига, Л.М. Сас, Л.О. Островська, Н.Є. Зятковська</i> <b>ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ</b> .....	45
<i>А.А. Гудима, Ю.В. Угляр, Н.Є. Зятковська, В.В. Твердохліб</i> <b>ПРИНЦИПИ НАСТУПНОСТІ В ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕОРЕТИЧНИХ І ПРАКТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН</b> .....	47
<i>І.М. Островський, Є.В. Прохоров</i> <b>РОЛЬОВА ГРА ЯК ЗАСІБ НАВЧАННЯ ТА КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ СУБОРДИНАТОРІВ</b> .....	49

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ТА ПАТЕНТНОГО СУПРОВОДЖЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У МЕДИЦИНІ. ШЛЯХИ ІННОВАЦІЙНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНИХ ТЕХНІЧНИХ РІШЕНЬ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

*А.Р. Уваренко*

**НАУКОВА ІНФОРМАЦІЯ, ІННОВАЦІЙНА ПОЛІТИКА, ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА –  
ВЗАЄМОПОВ'ЯЗАНІ КАТЕГОРІЇ УПРАВЛІННЯ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ** ..... 52

*Є.М. Горбань, Н.М. Жданова*

**НОВИЙ ЦИВІЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ – ГАРАНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ  
ІННОВАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ ГАЛУЗІ** ..... 53

*Л.Я. Ковальчук, М.А. Андрейчин, В.В. Дем'яненко*

**ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ** ..... 54

*А.І. Притуляк*

**СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ЗАСОБІВ НАУКОВОЇ КОМУНІКАЦІЇ В ІННОВАЦІЙНИХ ПРОЦЕСАХ** ..... 55

*Л.М. Мандзюк, А.А. Гудима, В.В. Дем'яненко*

**ТВОРЧА СПІВДРУЖНІСТЬ ПІДПРИЄМСТВА І ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ  
ЯК КРОК ДО ФОРМУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО НАУКОВО-ВИРОБНИЧОГО  
ІННОВАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ** ..... 56

*Н.О. Артамонова*

**СИСТЕМА КЕРУВАННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ ВЛАСНІСТЮ В НАУКОВИХ УСТАНОВАХ** ..... 57

*Л.М. Овсянникова, Н.О. Артамонова*

**ШЛЯХИ КООРДИНУВАННЯ ПАТЕНТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК** ..... 58

*М.А. Андрейчин, В.В. Дем'яненко, І.І. Івасенко*

**ОЦІНКА ІННОВАЦІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ПАТЕНТНОГО ПРОДУКТУ ЗА КРИТЕРІЯМИ  
НОВИЗНИ І ВИНАХІДНИЦЬКОГО РІВНЯ** ..... 59

*Н.В. Романюк, О.О. Мусіна*

**ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИМОГ ДО СТВОРЕННЯ СУЧАСНИХ ГАЛУЗЕВИХ  
МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ** ..... 60

*Л.Н. Колесникова, В.Я. Мартиненко, Л.Ф. Воловик*

**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ  
У НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ** ..... 61

*О.Н. Литвинова*

**МАРКЕТИНГ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ** ..... 62

*О.В. Посилкіна, В.Н. Тиманюк*

**ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ НЕОБХІДНОГО РІВНЯ ОХОРОНИ ОБ'ЄКТІВ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦІЇ** ..... 63

*М.Ф. Мороз, О.М. Щербань, Л.О. Половинка, В.О. Дейнеко*

**ПАТЕНТНО-ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОРТОПЕДІЇ  
І ТРАВМАТОЛОГІЇ** ..... 64

*М.І. Лазорик*

**ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ПАТЕНТОЗНАВСТВА ЯК ПЕРЕДУМОВА СУЧАСНИХ НАУКОВИХ  
ДОСЛІДЖЕНЬ У МЕДИЦИНІ** ..... 66

*А.Н. Стоянов, В.С. Вишневський, В.С. Левиченко*

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВО-ТЕХНІЧНИХ РОЗРОБОК І ОПИСІВ ВИНАХОДІВ  
У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ** ..... 66

*А.І. Селюченко, А.Б. Данцкер*

**ІННОВАЦІЙНА РЕАЛІЗАЦІЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНИХ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ  
В ІНСТИТУТІ ОНКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ** ..... 67

*П.М. Зам'ятін*

**ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ДИХАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ  
ПРИ ПОЛІТРАВМІ** ..... 68

# ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ "МЕДИЧНА ОСВІТА" ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Особливо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210 – 297 мм), 1800–2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова "вступ", "основна частина", "висновки" виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, починаючи з лютого 2003 р. та у подальшому, якщо вони належать до рубрик "Вдосконалення вищої медичної освіти" та "Досвід з організації навчальної роботи", повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У **вступі** – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

В **основній частині** – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У **висновках** – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки "Верх", "Низ". Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення оліюго і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначати її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

10. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

1. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase. – Berlin: Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / Ed. by S. Udenfriend. – New York: Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п'ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним "та ін.", "и др.", "et al."

5. Петров Г.В., Хаптов Р.М., Манько В.М. и др. Контроль и регуляция иммунного ответа. – М.: Медицина, 1981. – 311 с.

Перекладні видання:

6. Гроссе Э., Вайсмангелъ Х. Химия для лобознательных: Пер. с нем. – М.: Химия, 1980. – 392 с.

– посилання на статті:

1. Гарина М.Т. Тестовый контроль в мединституте // Клини. хирург. – 1994. - № 5. – С. 67 – 68.

2. Chisari F.V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver // J. Immunol. – 1978. – 121, № 4. – P. 1279 - 1286.

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. 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.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

1. А.с. 1007970 СССР, МКИ В 25 G 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей / В.С.Батулин, В.Г.Кемайкин. – Оpubл. 30.08.81. – Бюл. № 12. – 2 с.

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Оpubл. 22.06.86. – НКІ 355/68. – 3 с.

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

1. Кияшко А.О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1983. – 280 с.

1. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с.

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні // Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.

2. Про розробку типових навчальних планів та програм підготовки лікарів на циклах спеціалізації // Наказ МОЗ України № 197 від 9.07.97.

3. Про затвердження положення про державний вищий заклад освіти // Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 5.09.96.

4. Про освіту // Закон України № 100/96 ВР від 23.03.96.

11. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, при потребі скорочує текст.

12. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не ресструються. У першу чергу друкуються статті переддруків журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

13. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу "Медична освіта"

Видавництво "Укрмедкнига"

Медична академія

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху !

**Основна частина.** Як витікає з “Положення про державний вищий заклад освіти”, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 5.09.1996 р. № 1074, одним з основних завдань вищого медичного навчального закладу є: забезпечення умов для оволодіння системою знань, причому не просто забезпечення набуття студентами знань у певній галузі, підготовка їх до професійної діяльності, а, що не менш важливо, – підготовка молоді до самостійної діяльності. Така постановка питання передбачає виховання у студентів під час навчання у ВНЗ незалежних від викладача навичок пошуку необхідної інформації, формування високої відповідальності студента за результати його навчальної, наукової та творчої діяльності.

Однією з форм організації навчального процесу у ВНЗ, яка максимально сприяє розвитку студента як особистості, є самостійна робота студента, яка передбачає і є основним засобом оволодіння навчальним матеріалом у час, вільний від обов’язкових занять [1].

Самостійна робота може здійснюватись як самостійна позааудиторна робота студентів (СПРС) та у формі самостійної аудиторної роботи під керівництвом викладача, який за необхідності консулює студента.

Навчальний час, відведений для самостійної роботи студента (СПРС), регламентується робочим навчальним планом і повинен становити не менше 1/3 та не більше 2/3 загального обсягу навчального часу студента, відведеного для вивчення конкретної дисципліни.

Зміст СПРС над конкретною дисципліною визначається навчальною програмою дисципліни, методичними матеріалами, завданнями та вказівками викладача. СПРС забезпечується системою навчально-методичних засобів, передбачених для вивчення конкретної навчальної дисципліни: підручник, навчальні та методичні посібники, конспект лекцій викладача, практикум тощо. Методичні матеріали для самостійної роботи студентів повинні передбачати можливість проведення самоконтролю з боку студента. Для самостійної роботи студенту рекомендується відповідна наукова та фахова монографічна і періодична література. СПРС над засвоєнням навчального матеріалу з конкретної дисципліни може виконуватись у бібліотеці вищого навчального закладу, навчальних кабінетах, комп’ютерних класах (лабораторіях), а також у домашніх умовах. У необхідних випадках ця робота проводиться відповідно до заздалегідь складеного графіка, що гарантує

можливість індивідуального доступу студента до потрібних дидактичних засобів. Графік доводиться до відома студентів на початку поточного семестру. При організації СПРС з використанням складного обладнання чи устаткування, складних систем доступу до інформації (наприклад, комп’ютерних баз даних, системи автоматизованого проектування тощо) передбачається можливість отримання необхідної консультації або допомоги з боку фахівця.

Навчальний матеріал навчальної дисципліни, передбачений робочим навчальним планом для засвоєння студентом в процесі самостійної роботи, виноситься на підсумковий контроль поряд з навчальним матеріалом, який опрацьовувався при проведенні навчальних занять.

Самостійна аудиторна та позааудиторна робота відіграє значну роль у примноженні творчого потенціалу студента. Головним призначенням її є: давати можливість студентам отримувати додаткові знання, забезпечувати їх потреби щодо творчого підходу до навчального процесу, формування особистості та її гармонійний розвиток залежно від спрямованості індивідуальних інтересів та природних здібностей кожного студента.

Самостійна робота студентів організовується за такими принципами [2]:

- комплексність підходу;
- високий рівень інтелектуальних труднощів: СПРС повинна ставити перед студентами високі інтелектуальні завдання, виконання яких вимагає певних зусиль;
- навчальний характер: студента необхідно навчити раціональним методам самостійної роботи;
- творчий характер: самостійна робота повинна формувати творчу особистість;
- індивідуалізація: забезпечення індивідуальних завдань для кожного студента з урахуванням його вікових, психологічних можливостей, знань, умінь і навичок, рівня пізнавального інтересу;
- поступовість переходу від контролю СПРС з боку викладача до взаємо- і самоконтролю.

За умови такого активного оволодіння знаннями, коли студент сам вишукує відповіді на теоретичні питання, матеріал для оптимального розв’язання практичних завдань, в тому числі проблемних ситуацій і нестандартних задач, найбільшою мірою збуджуються творча думка і мислення студента, стимулюється його зацікавленість у кінцевому результаті навчання.

Разом з тим, ця самостійна діяльність студента має бути не стихійною, а впорядкованою, контрольованою.

Одним із знарядь забезпечення подібної "організованої самостійності" повинні бути методичні розробки для СРС, які створюються досвідченими викладачами і передбачають наступні моменти:

- орієнтують студента на розділи, які він повинен вивчити самостійно, використовуючи літературні джерела;

- демонструють студентам декілька варіантів розв'язання поставленого завдання, щоб дати їм можливість самостійно вибрати і обґрунтувати оптимальне рішення;

- висвітлюють проблемні питання дисципліни, її роль у суспільстві;

- орієнтують студента у виборі тематики самостійних науково-дослідних робіт.

При підготовці методичних рекомендацій для СРС студента необхідно орієнтувати на такі форми самостійної роботи:

- реферування основної і додаткової літератури;
- самостійний пошук матеріалу до певної теми (у мережі Інтернет, періодичній науковій та довідковій літературі);

- опрацювання студентом методичних рекомендацій відповідно до теми;

- робота з конспектом лекцій;
- самостійне оволодіння навчальним матеріалом відповідно до вузлових питань теми чи алгоритму дій;

- складання схем, таблиць, граф логічних структур, здійснення їх аналізу, формування та висновків;

- вирішення ситуаційних завдань різного ступеня складності;

- відповіді на запитання для самоконтролю;

- вирішення тестових завдань, в тому числі і створених за схемою державних ліцензійних іспитів "Крок";

- участь у розробці та проведенні експериментів, лабораторних робіт;

- підготовка рефератів з певних розділів дисципліни для більш глибокого висвітлення найважливіших питань.

Методичні рекомендації за своєю структурою та змістом призначені для використання як під керівництвом викладача, так і в процесі самопідготовки – самоконтролю.

Однією із сучасних та ефективних форм оптимізації навчання студента під час його самостійної роботи є впровадження комп'ютеризації, зокрема використання Інтернет [3]. Цей метод відкриває необмежені можливості доступу до найсучасніших

відомостей з предмету, однак пропонує надто великий обсяг інформації, яким не всі студенти можуть вільно оперувати, і не передбачає поступовості і логічності у навчанні. Ефективному розв'язанню цієї проблеми сприяє створення кожною кафедрою Web-сторінки, на якій розміщено календарно-тематичні плани, теми самостійної роботи, перелік основних та додаткових літературних джерел для самостійного опрацювання, окремі наукові статті, що поглиблюють знання студентів з найважливіших питань, тексти лекцій, ситуаційні завдання різного рівня складності, тестові завдання.

В усіх випадках проведення СРС викладач повинен здійснювати контроль знань і вмінь студентів, що є формою зворотного зв'язку, джерелом інформації для викладача про хід самостійного оволодіння студентами навчальним матеріалом, про ступінь та повноту його засвоєння. У процесі такого контролю студент може критично оцінити свої помилки і на основі досягнень правильно спланувати подальшу роботу на засадах системності та регулярності. Поєднання контролюючої діяльності викладача із самоконтролем студентів є запорукою високої ефективності самостійної роботи. У цих умовах зростає роль викладача. Він здійснює навчальну (продовжується вивчення навчального матеріалу, розширюються та поглиблюються набуті знання), розвиваючу (продовжується розвиток загальних та спеціальних здібностей фахівця), організуючу (майбутній фахівець привчається до системності, послідовності та ритмічності у роботі), виховну (відбувається професійне виховання особистості) і контролюючу функції. Організація самостійної роботи на нових засадах, крім того, докорінно змінює взаємини між викладачем і студентом: вони стають стосунками між колегами.

**Висновки.** 1. Форми проведення самостійної аудиторної та позааудиторної роботи у ВНЗ повинні визначатися, виходячи із галузевих стандартів освіти, специфіки предметів, контингенту і індивідуальних схильностей та можливостей тих, хто навчається.

2. Підготовка майбутнього фахівця повинна передбачати традиційні та нові форми самостійної роботи і бути спрямованою на розвиток діалектики мислення.

3. Цілеспрямоване, комплексне використання різних форм і методів організації і забезпечення самостійної роботи студентів у ВНЗ сприяє оптимізації навчального процесу, поглибленню теоретичних

студента і створити умови для підвищення її ефективності.

Але збільшення кількості годин на самостійну роботу вимагає проведення організаційно-технічних заходів, які б забезпечили всіх студентів, які навчаються у ВМ(Ф)НЗ, достатньою кількістю підручників, посібників, електронних книг, відеофільмів, комп'ютерів. Необхідними матеріалами мають бути укомплектовані читальні зали бібліотек, гуртожитків, методичні кутки кафедр.

**Основна частина.** У Тернопільській державній медичній академії, поряд з традиційними формами доведення потрібної для студента навчально-методичної інформації – на інформаційних стендах кафедр, деканатів, у збірниках методичних вказівок, – розпочалося активне використання системи Інтернет.

На Web-сторінці кожної кафедри розміщені робочі навчальні програми, у яких викладено послідовність читання лекцій, проведення семінарських, практичних або лабораторних занять та самостійної роботи згідно з календарно-тематичними планами. Студент тепер має можливість за наявності комп'ютера, який під'єднаний до мережі Інтернет, отримувати потрібну йому інформацію як за попередні теми (у разі пропуску занять з будь-яких причин), так і інформацію для підготовки до наступного заняття, а також тематику занять, джерела інформації, контрольні питання, тести, ситуаційні задачі, які віднесені до самостійної роботи. На Web-сторінках кафедр розміщуються також конспекти лекцій, окремі наукові статті, відеофільми, прозирки до тієї чи іншої теми або розділу дисципліни, перелік практичних навичок та теоретичних знань. Тести подаються у вигляді питань до ліцензійних іспитів "Крок-1" та "Крок-2", що дозволяє студенту додатково отримати відповідні навички і психологічно підготуватися до їх успішного складання.

Крім того, маючи інформацію про обсяг матеріалу, який потрібно опанувати, студент може розрахувати час, який потрібен йому для успішної підготовки до занять з урахуванням своїх індивідуальних можливостей.

Зазначена інформація дозволяє компенсувати недостатність у бібліотеці необхідної сучасної нав-

чально-методичної та наукової літератури, яку студентам видають в особисте користування, що сприяє підвищенню ефективності самостійної роботи і оволодінню необхідним обсягом навчального матеріалу за максимально оптимальних умов.

Придбання фантомів для випускних кафедр медичного факультету дозволяє студентам VI курсу набутти необхідних практичних навичок і вмінь, які потрібні не тільки для успішної здачі державних іспитів, а і для професійної діяльності за отриманим призначенням. Завдання цих кафедр полягає у створенні відповідних умов для студентів у формі запровадження постійного тренінгу при проведенні ними самостійної роботи як під час занять, так і в позааудиторний час. Впровадження таких тренувань дуже важливе у зв'язку з тим, що з кожним роком стає проблемнішим відпрацювання практичних навичок на хворих у лікарні, більше того, коли лікування стане платним, то мало хто з них погодиться відігравати роль моделі для вправ студентів.

Крім того, на фантомах у спокійній обстановці можна моделювати ті патологічні стани або процеси, які перед тим були проглянуті студентом у відеофільмі чи прочитані у книжці. Їх використання дозволяє формувати і розвивати клінічне мислення, підвищувати якість засвоєння теоретичного матеріалу та сприяє активізації навчального процесу. Найбільш ефективно така підготовка проходить в години самостійної роботи під контролем викладача згідно з визначеним кафедрою графіком.

**Висновок.** Акцент на підвищення значення самостійної роботи студентів висуває додаткові вимоги до всього науково-педагогічного складу академії, який повинен добитися того, щоб уміло визначеними завданнями та змістом тем, своєчасно наданою методичною допомогою і чітко організованим контролем за набуттям потрібного обсягу знань та практичних вмінь сформувати потребу в студентів у систематичній самостійній роботі, навчити діяти їх за чітко розробленим планом у встановлені терміни. Тут повинна в повній мірі проявитися навчально-виховна, організуюча та контролююча роль викладача у формуванні високопідготовленого та трудолюбивого фахівця.

#### Література

1. Л. Я. Ковальчук. Самостійна робота – невід'ємний елемент навчання студентів/Сучасні аспекти організації самостійної позааудиторної роботи студентів, лікарів-

інтернів, курсантів. Навч.-метод. конф. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 35.

УДК 371.2

## **ПРО СТАН І ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

**В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк**

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

## **CONCERNING STATE OF STUDENTS' SELF-DEPENDENT WORK ORGANIZATION AND WAYS OF ITS IMPROVEMENT**

**V.F. Moskalenko, O.P. Yavorovs'kiy, L.I. Ostapuyuk**

*National Medical University by O.O. Bohomolets*

У статті надана порівняльна характеристика навчального часу для самостійної роботи студентів (СРС) у нових навчальних планах залежно від циклів дисциплін. Висвітлені методичні і організаційні підходи до реалізації СРС, наведені пропозиції щодо її удосконалення.

The article presents the comparative description of educational time for students' self-dependent work in new curricula depending on subjects' cycles. There are revealed methodical and organizational approaches to students' self-dependent work realization, suggested proposals concerning its improvement.

**Вступ.** Болонською декларацією [1] визнана важливість освіти та освітнього співробітництва як першорядна умова в розвитку та зміцненні стабільних, миролюбних та демократичних суспільств Європи і всього світу.

Програма дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України [2] передбачає як одне з основних завдань – входження національної системи освіти і науки в європейський простір “постійного навчання впродовж всього життя”.

Отже, навчити студента вчитися і в подальшому постійно вдосконалювати свої професійні знання – одна з головних сучасних проблем вищої школи, в тому числі вищої медичної школи. При існуючих темпах накопичення інформації спеціаліст медичного профілю, неготовий до самовдосконалення, швидко втрачає кваліфікацію і не є конкурентоздатним.

У системі організації навчання студентів в кращих університетах світу провідними є 2 основні тенденції: індивідуалізація навчання і розвиток такої форми занять, як самостійна робота студентів, що знаходить відповідне місце в навчальних програмах.

Так, в навчальних планах американських чотирирічних медичних коледжів обов'язкові дисципліни займають до 60 % загального обсягу навчального часу і, відповідно, 40 % – дисципліни за вибором (елективні дисципліни). За визначенням комісії Дж.Карнегі в США, саме таке співвідношення

дисциплін у навчальних планах закладів освіти забезпечує можливість інтелектуального, естетичного, етичного і професійного розвитку кожного студента, створює сприятливі умови для його загального становлення [3].

Звертає на себе увагу чітка регламентованість самостійної роботи студентів (СРС) у зарубіжних університетах:

- використання лекцій як спрямовуючу, організуючу форму аудиторної і самостійної роботи студентів, а не лише як засіб передачі інформації;
- достатнє матеріально-технічне і дидактичне забезпечення організації самостійної роботи у позааудиторний час;
- організація багаторазових перевірок знань, у тому числі незаплановані контрольні роботи без попередження студентів, з обов'язковим використанням об'єктивних методів контролю (письмового, тестового безмашинного або машинного), що дозволяє викладачу корегувати рівень аудиторної та позааудиторної роботи студентів, керувати нею.

“Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах” [4] передбачає, що до загального обсягу часу, відведеного для вивчення студентом конкретної дисципліни, повинен включатись навчальний час (не менше 1/3, але не більше 2/3) для самостійної позааудиторної роботи студентів.

**Основна частина.** Проаналізуємо співвідношення аудиторної і самостійної роботи студентів у нових типових навчальних планах 2002 р. [5]

© В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк, 2004

підготовки фахівців за спеціальностями: “лікувальна справа”, “педіатрія”, “медико-профілактична справа” (План). Загальна кількість навчальних годин за 6 років навчання становить 12960 (100 %), з яких на аудиторні години (8055) припадає 62,2 %; на СРС виділено 4905 годин (37,8 %).

Порівнюємо співвідношення аудиторних навчальних годин і годин СРС, передбачених у Плані на різних циклах підготовки. Для гуманітарних та соціально-економічних дисциплін це, відповідно, 52,6 і 47,4 %, для дисциплін природничо-наукової підготовки (фундаментальні дисципліни) – 65,6 і 34,4 %, професійної підготовки – 64,4 і 35,6 %. Для викладання курсів за вибором виділено в Плані на СРС 54,7 % навчальних годин.

Вищезазначене свідчить, що найбільша кількість навчальних годин на самостійну позааудиторну роботу студентів виділена для вивчення курсів за вибором, гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, що перевищує середній показник Плану, відповідно, на 17 і 10 %. Таке співвідношення є виправданим, оскільки вибірккові дисципліни гуманітарного і соціально-економічного напрямів у значній мірі можуть опановуватись студентом самостійно у бібліотеці, через Інтернет тощо. Загалом співвідношення навчального часу студента на вивчення дисциплін під час аудиторних занять і СРС відповідає нормативним вимогам і наближається до світових зразків.

Так звана “Докторська директива”, прийнята Радою ЄС у 1993 році, серед рекомендацій щодо додипломної медичної освіти виділяє як важливу таку з них: “період базової медичної освіти для фахівців у галузі охорони здоров’я має тривати 6 років або не менше 5 500 годин теоретичної і практичної освіти”, при тижневому навантаженні студента 23-24 навчальні години [6]. Кількість же аудиторних навчальних годин у Плані з підготовки лікаря загального профілю за 6-річний термін навчання становить 8055 годин, тижневе навантаження студента сягає 33,4 навчальної години.

Таким чином, аудиторне тижневе навантаження студентів у медичних університетах Америки і Європи в середньому на 8-10 годин нижче від такого у вищих медичних навчальних закладах України. Високе аудиторне навантаження студентів у вищих медичних навчальних закладах України диктує необхідність пошуку шляхів удосконалення організації самостійної позааудиторної роботи студентів (СПРС) як затвердженого нормативними освітніми документами часу для виконання навчальних

програм з дисциплін. Це тим більш актуально, оскільки кафедри приступили до створення навчально-методичної документації нового покоління відповідно до вимог галузевих стандартів вищої освіти.

Самостійна навчальна діяльність студента має двоєдину мету:

- самостійне засвоєння певної сукупності знань, вмінь і навичок з дисципліни, відповідно до вимог навчальних планів і програм;
- формування самостійності, як риси особистості студента.

У структурі Типової навчальної програми дисципліни, наведеної у “Методичних рекомендаціях зі створення навчально-методичної документації нового покоління”, затверджених МОЗ України, 2003 р. [7], як реалізація змісту програми надаються тематичні плани лекцій, практичних (лабораторних, семінарських) занять і тематичний план СРС. Таким чином, головний нормативний документ змісту навчання регламентує у часі і у змісті самостійне опанування студентом не менше 1/3 навчального матеріалу. У зв’язку з цим, СРС включає вивчення тем, що не розглядаються на практичних заняттях, але входять до навчальних програм із дисциплін та контролюються під час підсумкових занять, семестрових заліків та іспитів.

Орієнтаційну, інформаційну та методичну спрямованість для виконання самостійної роботи студент повинен отримати під час лекції.

Досвід показує доцільність оголошення на початку лекції її плану, який повинен включати, крім питань, які вивчаються на практичних або інших заняттях, перелік питань, які виносяться кафедрою для СРС. Під час лекції бажано звернути особливу увагу студентів на питання, виділені для самостійного позааудиторного опанування. Це ж саме слід зробити в переліку питань, які вивішуються на стенді кафедри за матеріалами лекції, а засвоєння їх перевіряється на заняттях. Тут варто також підкреслити питання, передбачені для СРС, які будуть вивчатися студентами самостійно і перевірятись під час конкретних контрольних занять, заліків, іспитів.

Місцем для виконання студентом самостійно позааудиторної роботи може бути бібліотека, дім, навчальні кабінети, комп’ютерні класи, а також спеціально обладнані та оформлені кабінети для СРС на кафедрах.

Ефективність такого виду діяльності студента в значній мірі залежить від організації на кафедрі



проведення консультацій з навчальних дисциплін впродовж семестру, року, на які нормативно виділено 6 % навчальних годин від загального обсягу навчального часу, відведеного на вивчення дисципліни на академічну групу [8]. Викликає суперечки питання про обов'язковість відвідування студентами консультативних занять. На кафедрах університету, які викладають дисципліни з кількістю річних годин 5 кредитів і більше, річна кількість навчальних годин для консультування студентів сягає 1000. Відповідно, ця кількість зменшується на інших кафедрах, які мають меншу загальну кількість годин з навчальних дисциплін. Оскільки консультаційні години, в тому числі для проведення студентами самостійної позааудиторної роботи, входять у педагогічне навантаження викладачів, на нашу думку, було б доцільним на кафедрах організувати щоденне консультування студентів з акцентом на виконання ними СРС.

Контроль рівня знань студентів, набутих в результаті самостійної позааудиторної роботи, передбаченої робочим навчальним планом, включає:

- проміжний контроль (під час контрольних, підсумкових занять, колоквиумів та ін.);
- незапланований поточний та проміжний контроль без попередження студентів (так звані “зрізи” знань), які проводяться завідувачем кафедри або професором;
- кінцевий контроль (під час семестрових заліків, диференційованих заліків, іспитів).

### Література

1. Болонська декларація. Спільна заява європейських міністрів освіти “Зона Європейської вищої освіти” Болонья, 19 червня 1999 р.
2. Наказ МОН України від 23.01.2004р. № 49 “Про затвердження Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004-2005 роки”.
3. Казаков В.Н., Талалаєнко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г. Высшее медицинское образование (методология управления). – Донецьк, 1992. – 226 с.
4. Наказ МОН України від 02.06.1993р. № 161 “Про затвердження Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах”.
5. Наказ МОЗ України від 18.06.2002р. № 221 “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців за спеціальностями “лікувальна

У “Положенні про рейтингову систему оцінки діяльності студента в НМУ” включена оцінка ефективності і якості виконання студентом СРС: в кінці семестру за високу якість самостійної роботи студент заохочується певною кількістю балів.

Цільові установки щодо виконання самостійної роботи, короткий зміст теми, питання, задачі, тести для самоконтролю, список рекомендованої літератури студент отримує безпосередньо з методичної розробки до занять, теми яких передбачені для самостійного вивчення [9].

**Висновки.** 1. Удосконалення самостійної роботи студентів – важлива складова якісної реалізації навчальних програм з дисциплін.

2. Враховуючи безперервність циклу самостійного отримання студентом нових знань і вмінь, в планах СРС з дисциплін доцільно реалізувати вертикальну інтегративність їх викладання, відповідно до виробничих функцій і типових задач ОКХ.

3. Необхідною умовою якісної організації позааудиторного самостійного навчання студентів є сучасна матеріально-технічна база кафедри, наявність відповідно обладнаних навчальних кімнат, забезпечення студентів навчально-методичною літературою.

4. Доцільно збільшити в нормативних документах обсяг часу, відведений викладачу для індивідуального і групового консультування студентів із дисципліни, у тому числі з питань самостійної позааудиторної роботи.

справа”, “педіатрія”, “медико-профілактична справа”.

6. Recommendations on undergraduate medical education. Education Committee of the General Medical Council, 1993. – P. 23-24.

7. Методичні рекомендації зі створення навчально-методичної документації нового покоління. Міністерство хронічного здоров'я України і Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти. – 2003 р. – 27 с.

8. Наказ МОН України від 07.08.2002 р. № 450 “Про затвердження норм часу для планування і обліку навчальної роботи та переліків основних видів методичної, наукової й організаційної роботи педагогічних і науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів”.

9. Організація самостійної роботи студентів: Методичні рекомендації. – Київ, 1995. – 15 с.

УДК 378.18:371.64/69

## НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН

Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, Г.М. Ерстенюк

*Івано-Франківська державна медична академія*

## EDUCATIONAL-METHODICAL PROVIDING OF THE STUDENTS' SELF-DEPENDENT WORK IN THE LEARNING OF FUNDAMENTAL DISCIPLINES

Y.M. Neiko, L.V. Hlushko, H.M. Ersteniuk

*Ivano-Frankivsk State Medical Academy*

У статті узагальнено досвід організації самостійної роботи студентів на теоретичних кафедрах. Підкреслено, що поряд з традиційними засобами забезпечення цієї ланки навчального процесу важливе значення мають сучасні технічні вдосконалення у вигляді електронних підручників, комп'ютерних програм, відеофільмів.

Article generalized experience in organization of students' self-dependent work at theoretical departments. It was underlined, that along with traditional methods of educational process, the great meaning have modern technical improvements, such as: electronic textbooks, computer programs and videofilms.

**Вступ.** У сучасному державному стандарті вищої медичної освіти значна увага акцентується на підготовці фахівців, які поряд з високими професійними знаннями вміють орієнтуватись у великому інформаційному потоці, здатні постійно поновлювати свої знання і володіють новітніми технологіями [1,2]. При вирішенні таких завдань важливого значення набуває організація самостійної роботи студентів, на яку, згідно з новими навчальними планами, відводиться близько 1/3 всього навчального часу [3]. Перед кафедрами, які організують і скеровують самостійну роботу студентів, поставлено завдання створення навчально-методичних матеріалів на високому рівні.

**Основна частина.** Методика організації і проведення самостійної роботи студентів (СРС) має свою специфіку при викладанні кожної дисципліни і потребує відповідного методичного забезпечення. СРС при вивченні фундаментальних дисциплін в Івано-Франківській медичній академії забезпечується системою навчально-методичних засобів, які включають:

- методичні вказівки для студентів до практичних занять;
- методичні вказівки до самостійної позааудиторної роботи студентів;
- завдання для індивідуальної наукової роботи;

- банки тестових завдань і ситуаційних задач для самоконтролю знань;

- електронні підручники.

На кафедрах з вивчення фундаментальних дисциплін методичні вказівки до кожного практичного заняття для студентів включають розділ самостійної аудиторної роботи студента, який містить алгоритм самостійного виконання лабораторної роботи під керівництвом викладача. При цьому обов'язково зазначається клініко-діагностичне значення досліджуваного параметра, зв'язок з клінічними дисциплінами. Така інтеграція дозволяє підкреслити актуальність даної роботи і доцільність знань з певної фундаментальної дисципліни для формування клінічного мислення, оволодіння певними практичними навиками. Зокрема, на кафедрах анатомії і гістології студенти оволодівають методами виготовлення і вивчення мікро- і макропрепаратів, електронних мікрофотографій. На заняттях з біології широко впроваджуються методи медичної генетики, що використовуються в медико-генетичних консультаціях, наприклад дослідження методом метафазних пластинок, вивчення дерматогліфів, фотокаріограм. Під час вивчення біохімії студенти не тільки проводять визначення основних біохімічних показників біологічних рідин людини, але й дають їм клініко-діагностичну оцінку.

© Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, Г.М. Ерстенюк, 2004

Методичні вказівки до практичних занять містять також розділ "Самостійна позааудиторна робота", який скеровує роботу студента при підготовці до певного практичного заняття. Студентам пропонується складання різноманітних схем, заповнення таблиць, виготовлення гербаріїв і т.д. Методичні матеріали містять завдання для самоконтролю знань у вигляді тестів та ситуаційних задач.

Методичні вказівки для самостійної позааудиторної роботи студентів (СПРС) акцентують увагу студента на вивченні певних тем дисципліни, вказують, на які базові знання і вміння при цьому треба опиратись, дають можливість перевірити рівень знань за допомогою тестових завдань і ситуаційних задач. Кафедри академії для повноцінного забезпечення СПРС використовують різноманітне методичне забезпечення: виклад повного тексту лекції при відсутності його в доступних для студента літературних джерелах, складають орієнтувальні карти, графологічні схеми тощо.

Важлива роль в цьому процесі належить навчальним комп'ютерним програмам, відеофільмам, електронним підручникам, якими студенти можуть користуватись в академічному INTERNET-класі, а також комп'ютерних класах кафедр.

Однак найбільш ефективною формою СПРС є індивідуальна робота із студентами, які прагнуть оволодіти новітніми методами наукових досліджень, активно працюють у студентських наукових гуртках кафедр. Стали традиційними щорічні студентські наукові конференції, на яких студенти представляють результати власних наукових пошуків. Слід відмітити, що частину робіт наші студенти доповідають іноземною мовою на засіданні

окремої секції "Медицина іноземними мовами". Така форма СПРС вимагає від кафедр постійного оновлення методичних матеріалів, підкреслює роль інтеграції у викладанні дисциплін.

На фундаментальних кафедрах широко впроваджуються тематичні студентські симпозиуми, на яких студенти різних факультетів доповідають результати пошуків найновітніших досягнень науки з даного питання. На кафедрі біохімії традиційними є такі теми, як "Мікроелементи в медицині", "Ензимопатологія, ензимодіагностика і ензимотерапія" та інші. Викладачі кафедр враховують профілізацію викладання таких тем на медичному, стоматологічному і фармацевтичному факультетах і, відповідно, готують алгоритми літературного пошуку, що полегшує самостійну роботу студентів.

Набутий досвід показує, що такі форми СПРС допомагають формуванню у студентів навичок самостійної роботи з літературою, сприяють розвитку творчої наукової пізнавальної діяльності, прагненню до самоосвіти. При цьому слід зауважити, що такі форми організації і проведення самостійної роботи студентів вимагають постійної творчої роботи кафедр, пошуку нового не тільки навчального, але й науково-методичного забезпечення.

**Висновки.** 1. Самостійна робота студентів забезпечує повноцінне засвоєння програмного навчального матеріалу, одержання додаткової наукової інформації, сприяє самоосвіті, що лежить в основі підготовки висококваліфікованого фахівця майбутнього.

2. Важливим засобом вдосконалення самостійної роботи студентів слід вважати широке впровадження комп'ютерних технологій.

в Україні. – 2002. – № 3. – С. 84-90.

3. Авдеєнко А.П., Дементій Л.В., Поляков О.Є. Інтенсифікація навчального процесу та організація самостійної роботи студентів // Проблеми освіти: Науково-метод. зб. – Вип. 24. – К.: НМК ВО, 2001. – С. 108-111.

#### Література

1. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стан та перспективи подальшого формування медичної та фармацевтичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – №3. – С. 5-11.

2. Сердюк О. Принципи формування та реалізації навчальних програм в умовах вищої школи // Вища освіта

УДК 614.253.4.006.036:37.041.001.76

## УДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА В РЕАЛІЗАЦІЇ ГАЛУЗЕВОГО ДЕРЖАВНОГО СТАНДАРТУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Г.В. Дзяк, Т.О. Перцева, Г.В. Горбунова, Н.В. Ліхолетова  
*Дніпропетровська державна медична академія*

## IMPROVEMENT OF SELF-DEPENDENT STUDENTS' WORK IS AN IMPORTANT COMPONENT IN REALIZATION OF STATE STANDARD OF MEDICAL EDUCATION

H.V. Dziak, T.O. Pertseva, H.V. Horbunova, N.V. Likholetova  
*Dnipropetrovsk State Medical Academy*

Новим навчальним планом у вищих медичних навчальних закладах України за 6 років навчання передбачається понад 4500 годин на самостійну роботу студентів, у зв'язку з цим підвищення її ефективності, удосконалення форм і методів, оптимізація методичного забезпечення, формування у студентів не тільки навичок самостійної роботи з першого курсу, а і відповідальності за якість освіти, яку вони отримують, створення умов та системи контролю за виконанням самостійної роботи – важливі складові в реалізації галузевого державного стандарту медичної освіти.

More than 4 500 hours in 6 years are foreseen for self-dependent work of students in accordance with the new curriculum in higher medical institutions of Ukraine. In this connection raising of its effectiveness, improvement of forms and methods, optimization of the methodic providing, forming in students not only skills of self-dependent work beginning from the 1-st year of studies, but also the responsibility for quality of the received education, creation the conditions and system of checking for its fulfillment are the significant components in realization of the branch state standard of medical education.

**Вступ.** Сучасний рівень розвитку і збільшення об'сягу знань у всіх напрямках медичної науки та зростаючі вимоги до системи підготовки висококваліфікованих спеціалістів вимагають вдосконалення існуючих та пошук нових навчальних технологій і методичних прийомів у навчальному процесі. Крім традиційно-глибоких знань, на сучасному етапі лікар-випускник повинен добре володіти практичними навичками діагностики, лікування найважливіших захворювань, лабораторно-інструментальними методами обстеження. Для цього потрібно виховувати у студента-медика з першого курсу ініціативність, вміння працювати самостійно як з літературою, так і з хворими. Цій меті сприяє самостійна робота студентів.

**Основна частина.** Згідно з новим навчальним планом (Наказ МОЗ України від 18.06.02 за № 221), навчальний час, відведений для самостійної роботи студента, повинен становити не менше 1/3 і не більше 2/3 загального обсягу навчального часу, відведеного для вивчення конкретної дисципліни. Загальна кількість годин на самостійну роботу

студентів за 6 років навчання складає понад 4500 годин (близько 85 кредитів).

Питання організації та вдосконалення самостійної роботи студентів завжди були актуальними для вищої медичної школи і їм присвячено багато публікацій (Козловський В.І. і др., 2002 [1], Макаренко Т.М., Іванків О.Л., 2003 [2], Мисула І.Р., Файфура В.В., 2002 [3], Оленицька О.С., Сухоплюєва Н.І., 2003 [4] та ін.)

Термін навчання у вищих навчальних закладах (ВНЗ) насичений психологічними труднощами, більшість із яких припадає на перший курс (період адаптації в новому соціальному статусі) [5]. Вже перші дні навчання студента у ВНЗ вимагають від нього практичних навичок самостійної роботи в значному обсязі. Однак не всі першокурсники володіють практичними навичками самостійної роботи. Тому завданням вищої школи є усунення недоліків підготовки студентів за результатами оцінки психологічної характеристики їх особистості, створення умов для проведення психологічних тренінгів різного напрямку з урахуванням індивідуального підходу до кожного.

Другим аспектом вдосконалення СРС є оптимізація методичного забезпечення. Кожна тема СРС повинна мати методичні розробки з визначенням мети, її актуальності, джерел літератури, ситуаційними завданнями та питаннями як для самоконтролю, так і питаннями, що виносяться на підсумковий контроль (іспит, дифзалік). Для методичних розробок СРС використовуються як надруковані матеріали, так і Web-сторінки на сайтах кафедр. Для оптимізації навчального процесу, у т.ч. і СРС, в академії постійно впроваджуються сучасні навчальні технології: комп'ютеризація навчання, тренінги, відеоматеріали, телекомунікаційні лекції, компактдиски та ін.

Важливим напрямом діяльності ВНЗ є проведення контролю з об'єктивною оцінкою знань, яка визначається в академії системою ректорського контролю. Згідно з вимогами державного стандарту освіти, перед вищою медичною школою стоїть завдання підвищити якість підготовки майбутнього лікаря, насамперед його готовність до практичної діяльності. Дворічний досвід проведення нами державної атестації випускників у формі практично-орієнтованого державного іспиту показав деякі недоліки в системі навчання, коли кожен студент згідно з вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики демонстрував свої знання і вміння біля ліжка хворого (спілкування, план обстеження, діагноз, план лікування та ін.), а також захистив до 30 визначених галузевими державними стандартами вмінь та практичних навичок (а це дії, які стають автоматичними завдяки численним повторенням). Це переконує нас в необхідності безперервної самостійної роботи студента, яка і є запорукою самоосвіти майбутнього лікаря. Набутий досвід

#### Література

1. Козловский В.И. и др. Пути совершенствования самостоятельной работы студентов на кафедре факультетской терапии как метод повышения эффективности учебного процесса // Медицинское образование XXI века: Сборник научных трудов (Материалы международной конференции). – Витебск, 2002. – С. 171-172.
2. Макаренко Т.М., Іванків О.Л. Шляхи оптимізації самостійної роботи студентів // Проблеми медичної та фармацевтичної освіти і шляхи підвищення якості підготовки лікарів і фармацевтів в Україні: Матеріали науково-методичної конференції. – (Харків 5-7 листопада 2003 р.) – Харків, 2003. – С. 63.
3. Мисула І.Р., Файфура В.В. Самостійна робота студентів та її вдосконалення // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 14-16.

переконує також в необхідності формування у студентів не тільки пізнавальної та професійної мотивації до самостійної роботи, а насамперед особистої відповідальності за якість освіти, яку вони отримують. В цих умовах ще більше зростає роль особистості викладача вищої школи.

В сучасних умовах реформування вищої освіти в Україні перед вищими медичними навчальними закладами стоїть низка важливих завдань з підготовки майбутнього лікаря, насамперед, як особистості, яка володіє сучасним світоглядом, творчими здібностями та навичками самостійного наукового пізнання, самоосвіти і самореалізації, і яка, відповідно, буде здатною забезпечити потреби держави у наданні її громадянам висококваліфікованої медичної допомоги. Вирішення цих питань потребує використання системного підходу до формування у студентів вже з першого курсу практичних навичок СРС, оптимізації її методичного забезпечення, створення системи контролю, а також підвищення відповідальності студентів за якість свого навчання.

**Висновки.** 1. Підвищення ефективності, удосконалення форм і методів, оптимізація методичного забезпечення самостійної роботи студентів – важливі складові в реалізації галузевого державного стандарту медичної освіти.

2. Важливими напрямками діяльності ВНЗ є контроль знань і вмінь випускників згідно з вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста.

3. Зростає роль особистості викладача вищої школи в організації, методичному забезпеченні та контролі самостійної роботи студентів.

4. Безперервна самостійна робота студента, підвищена відповідальність за якість свого навчання є запорукою самоосвіти майбутнього лікаря.

4. Оленицька О.С., Сухоплюєва Н.І. Організація самостійної роботи студентів-випускників на кафедрі госпітальної терапії // Проблеми медичної та фармацевтичної освіти і шляхи підвищення якості підготовки лікарів і фармацевтів в Україні: Матеріали науково-методичної конференції (Харків 5-7 листопада 2003 р.) – Харків, 2003. – С. 72-73.

5. Горбунова Г.В., Канюка Г.С., Куш І.П., Старушкевич Г.Ф. Психологічні проблеми першокурсників і шляхи їх вирішення // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України: Матеріали науково-методичної конференції (Чернівці 20-22 листопада 2002 р.) – Чернівці, 2002. – С. 616.

УДК 615.1 : 378.14

## САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

В.П. Черних, В.М. Толочко, Л.Г. Кайдалова

*Національний фармацевтичний університет України*

## SELF-DEPENDENT WORK OF STUDENTS IN THE PREPARATION OF SPECIALISTS FOR PHARMACY

V.P. Chernych, V.M. Tolochko, L.G. Kajdalova

*National Pharmaceutical University of Ukraine*

Розглянуто особливості організації, планування та навчально-методичного забезпечення самостійної роботи студентів на фармацевтичному факультеті в Національному фармацевтичному університеті. Як прогресивну та ефективну форму посилення мотивації навчання й організації самостійної роботи студентів запропоновано лекції майстер-класу. Контроль та діагностування рівня навчальних досягнень розглядаються як складова Програми моніторингу якості навчання у НФаУ.

The particularities of organization, planning and educational-methodical providing of the students' self-dependent work at the pharmaceutical faculty in National pharmaceutical university have been considered. As progressive and efficient form of the reinforcement to motivation of the education and organization of the students' self-dependent work are offered master-class lectures. Checking and diagnostics of the level of educational achievements are considered as a part of the Program of the education quality monitoring in NPhU.

**Вступ.** Підготовка фахівців для фармацевтичної галузі в нинішніх соціально-економічних умовах, інтеграція України до Європейського Союзу та приєднання до Болонського процесу вимагає високої якості підготовки, у тому числі чіткої, спланованої, організованої, методично забезпеченої й контрольованої самостійної роботи студентів [3].

Самостійна робота студентів – головний резерв оптимізації навчального процесу і водночас потужний стимул розвитку активності і творчого потенціалу особистості.

Самостійна робота студентів є обов'язковою складовою частиною навчального процесу і виправданим засобом оволодіння навчальним матеріалом [2].

**Основна частина.** У Національному фармацевтичному університеті розроблено “Положення про самостійну роботу” (2003 р.), яке висвітлює загальні засади організації самостійної роботи студентів НФаУ, її основні форми, методичне забезпечення та контроль за її виконанням [1]. У Положенні передбачено, що на самостійну роботу студентів під керівництвом викладача відводиться щотижня 6-12 годин і 18 годин – на самопідготовку. Назване Положення укладено відповідно до Закону України “Про освіту” та “Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних

закладах” (Наказ Міністерства освіти України від 02.07.1993 р.).

Мислити самостійно, приймати самостійні рішення, обґрунтовувати, а іноді й доводити свою власну точку зору чи свою думку треба вчити студента з першого курсу, з перших занять у навчальному закладі [2].

Тому в НФаУ інформаційно-пояснювальні лекції поступово набувають форми настановчих, мотиваційних, де лектор не тільки подає наукову інформацію, а й націлює студентів, спонукає їх до самостійної роботи. Свідченням тому є започатковані у 1999 році лекції майстер-класу, що проводять професори Національного фармацевтичного університету В.П. Черних, І.А. Зупанець, З.М. Мнушко, Є.А. Подольська, С.М. Дроговоз, А.С. Немченко та ін. Власне такі лекції, підготовлені на високому науковому рівні, читаються професійно і майстерно, із застосуванням мультимедійних технологій та показових дослідів, вирізняються високим рівнем комунікативності й активності студентів і сприяють формуванню майбутнього фахівця шляхом чіткої організації навчальної діяльності, індивідуальної самостійної роботи, коли найбільш повно розкриваються здібності та творчий потенціал усіх учасників навчального процесу.

Основними формами самостійної роботи студентів є виконання індивідуальних завдань,

обчислювальних і графічних завдань, курсових робіт (проектів), контрольних робіт, дипломних робіт (проектів), написання рефератів [3].

Різновиди самостійної роботи студентів такі: робота з навчальною літературою; робота з конспектами лекцій; виконання різнорідних завдань; розв'язування задач, переклад іноземної літератури; підготовка рефератів, повідомлень, доповідей; підготовка до виконання тестових завдань; заповнення таблиць тощо [3].

Викладач, керуючи самостійною роботою студентів, повинен перед семінарами, контрольними роботами, колоквіумами, заліком, іспитом, навчальною та виробничою практикою проводити поточні, групові, індивідуальні, цільові, методичні, установчі консультації [2].

Крім того, обов'язковою складовою частиною самостійної роботи студентів є позааудиторна самостійна підготовка до лабораторних, практичних і семінарських занять.

Так, на фармацевтичному факультеті (зокрема спеціальність "фармація") на позааудиторну роботу під керівництвом викладача відводиться 1302 години, що складає 15 %, та 2898 годин – на самопідготовку студентів, що становить 48 % від загальної кількості навчальних годин за планом [3].

Самостійна робота забезпечується методично і підлягає підсумковому контролю так само, як і матеріал, опрацьований під час навчальних занять. Підручники, посібники, практикуми та методичні рекомендації до практичних і лабораторних занять, до виконання самостійної роботи з різних дисциплін, автоматизовані навчальні комп'ютерні програми, банк тестових завдань до ліцензійних інтегрованих іспитів "Крок-1" і "Крок-2", адаптована автоматизована комп'ютерна програма "Крок-2", відео-програми та комп'ютерні контролюючі програми є достатньою базою для того, щоб студенти могли самостійно набути знань та вмінь. Усе це сприяє формуванню вмінь студентів, допомагає їм застосовувати засвоєний теоретичний матеріал на прак-

тиці й виробляти практичні навички, необхідні в професійній діяльності. Тільки за останні 5 років у НФаУ видруковано 526 видань, серед них 44 підручники, 178 посібників і практикумів, 166 методичних рекомендацій.

У результаті соціологічних досліджень та опитувань студентів I-III курсів НФаУ, аналізу виконання ними завдань та різних видів самостійної роботи, спостережень за їх роботою на лекціях і заняттях було виявлено, що 92 % з них задоволені організацією та контролем СРС, 88 % задовольняє навчально-методичне забезпечення, 86 % мають відповідні умови для позааудиторної роботи, але тільки 48 % систематично працюють самостійно до 4 годин, 38 % респондентів працюють в середньому близько 3 годин, а 14 % – по 2 години й менше. Як бачимо, самостійна робота студентів є недостатньою для якісного засвоєння навчального матеріалу.

Програма моніторингу якості навчання в НФаУ передбачає проведення контролю та виявлення рівня навчальних досягнень студентів. Саме контроль, діагностування й оцінювання знань, умінь і навичок студентів є формою зворотного зв'язку, джерелом інформації для викладача та експертів моніторингу про хід самостійного оволодіння студентами навчальним матеріалом, про повноту, своєчасність та міцність його засвоєння. Контроль самостійної роботи допомагає студентам критично оцінити свої досягнення та помилки, правильно організувати свою подальшу роботу, забезпечити її системність та регулярність.

**Висновки.** 1. Узагальнено досвід організації і проведення самостійної роботи в Національному фармацевтичному університеті.

2. Доведено, що якість підготовки сучасних конкурентоспроможних фахівців фармації, здатних на високому професійному рівні виконувати свої обов'язки, залежить від організації навчального процесу у вищому навчальному закладі і, зокрема, самостійної роботи студентів.

І.А. Зупанець та ін. – Харків: Вид-во НФаУ, 1999. – 44 с.

3. Фармацевтична освіта України. Роль та завдання самостійної роботи: Навчально-методичний посібник / В.П. Черних, В.М. Толочко, В.А. Георгіянц та ін. / За ред. В.П. Черних. – Харків: Вид-во НФаУ, 2003. – 96 с.

### Література

1. Положення про самостійну роботу студентів у Національному фармацевтичному університеті / В.П. Черних, В.М. Толочко, В.А. Георгіянц – Харків.: Вид-во НФаУ, 2003. – 12 с.

2. Самостійна робота студентів: Методичні рекомендації для викладачів / В.П. Черних, Л.Г. Кайдалова,

УДК 378.147:159:61

## МІСЦЕ І ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В ОНОВЛЕНОМУ СУСПІЛЬСТВІ УКРАЇНИ

В.П. Пішак, М.Ю. Коломоєць

*Буковинська державна медична академія*

## PLACE AND IMPORTANCE OF MEDICAL PSYCHOLOGY IN THE RENEWED UKRAINIAN SOCIETY

V.P. Pishak, M. Yu. Kolomojets

*Bukovynian State Medical Academy*

У статті обґрунтована доцільність додипломної підготовки лікарів-психологів в Україні у зв'язку з погіршенням медико-демографічної ситуації, умов життя та стану здоров'я населення (в тому числі психічного). Детально викладені вимоги державних стандартів освіти щодо навчання студентів на медико-психологічному факультеті, кваліфікації лікарів цього фаху, а також основні положення Концепції впровадження зазначеної спеціальності. Висвітлено трирічний досвід Буковинської державної медичної академії, вирішені та невирішені проблеми і труднощі у підготовці лікарів-психологів, шляхи оптимізації цієї роботи.

The expediency of post-graduate training of medical psychologists in Ukraine considering a deterioration of the medical-demographical situation, conditions of life and health of communities (including psychological health) has been substantiated. The requirements of the State Educational Standards concerning training students at medical-psychological faculty, the physicians' qualification of this profession as well as the general principles of the Conception as to the introduction of the above mentioned speciality have been presented in detail. A three-year experience of Bukovynian State Medical Academy, solved and unsolved problems and difficulties in training medical psychologists have been elucidated, ways of optimization of this work have been outlined.

**Вступ.** Погіршення умов життя населення України спричинило серйозний вплив на стан здоров'я людей. Адже здоров'я людей на 8-10 % залежить від діяльності системи охорони здоров'я, на 17-20 % від стану навколишнього середовища, на 18-22 % від генетики та біології, на 49-53 % від способу життя. Наростання кризових явищ за короткий проміжок часу вивело з рівноваги популяційні процеси, яким властива значна інерційність.

Так, народжуваність знизилася з відносно позитивного рівня 17,2:1000 населення в 1987 р. до 12,7:1000 в 1997 р., до 8,7:1000 у 2000 р., або в 2 рази. Кількість дітей за 6 років скоротилася на 712000 осіб. Впродовж десяти років не спостерігається ніяких обнадійливих тенденцій. Сотні сіл, де не народилося жодної дитини.

Разом з тим, смертність впродовж декількох років зросла з 10,5:1000 населення у 1987 р. до 15,8:1000 в 2001 р. Як наслідок, природний приріст населення перетворився у свою протилежність (+6,7 у 1987 р., -6,8 у 2001 р.).

Негативний вплив соціально-економічних явищ кризи позначився на працездатному населенні

країни, показники смертності серед якого зростають, в 5-7 разів перевищуючи відповідні показники в інших розвинутих країнах.

На кожних 1000 працездатних у містах припадає 690 непрацездатних, а в селах – 1044.

В Україні 740 тисяч онкологічних хворих, 720 тисяч хворих на алкоголізм, 600 тисяч хворих на туберкульоз, 56 тисяч наркоманів, з них 11 тисяч жінок. Це безпрецедентна ситуація для мирного часу. Стрімко розвивається депопуляція, країна втрачає населення. Наприкінці 80-х років А.М. Сердюк щодо народу України писав: "52 млн над прірвою". Не пройшло і десятка років, а чисельність населення зменшилася на 1,4 млн чоловік. Зникло з карти країни ціле місто або адміністративна область.

За 2000 рік по Чернівецькій області народилося 9353 особи, померло 11642 особи, природне скорочення населення становить 2289 осіб.

**Основна частина.** Все це виводить проблему медико-демографічної ситуації за межі охорони здоров'я як галузі народного господарства, піднімає її на геополітичний, навіть планетарний рівень, надає їй значення фактора національної безпеки у всіх спрямуваннях: політичному, економічному і державному.



Причина смертності теж виходить за неконтрольовані системою охорони здоров'я межі (вбивства, самогубства, дорожньо-транспортні пригоди, отруєння та інші). Так, від отруєння алкоголем смертність зростає з 11,3 на 100000 населення в 1987 р. до 53,0, відповідно, в 1994 р., вбивств – з 28,0 до 56,4 або разом по причинах класу – з 119,9 до 328,7, відповідно.

Очевидним є те, що стрімкий ріст смертності виник за короткі терміни, які переважають адаптивну здатність людського організму пристосуватися до існування та діяльності в інших координатах соціально-економічних цінностей.

Так, у класі хвороб системи кровообігу смертність зростає з 600,9 на 100000 населення в 1989 р. до 837,3 в 1994 р., відповідно. І це переважно зумовлено стресогенною патологією, якій не властива звична клінічна картина розвитку клінічних явищ.

Додамо до цього зниження резистентності організму внаслідок погіршення якості харчування. Невпорядкована міграція також зумовлює ріст захворюваності та смертності, зокрема від туберкульозу з 7,7 на 100000 населення в 1989 р. до 20,4 у 2000 р.

Різниця тривалості життя чоловіків і жінок складає 12-14 років, що в 3-5 разів більше, ніж в економічно розвинутих країнах.

Внаслідок соціально-економічної кризи, погіршення умов життя широких верств населення (про що привселюдно сказано на Верховній Раді України) відбулося зниження показників народжуваності. Просте відтворення складало 2,15 у 1999 р., а сьогодні – 1,17, або в 2 рази нижче від мінімального рівня простого заміщення поколінь. Серед осіб 20-24 і 25-29-річного віку цей коефіцієнт різко знизився, а зріс в категорії 14-15-річних. А це вік не зовсім придатний для народження дітей. Зростає патологія в пологах, частка нормальних пологів в 1990 р. складала 47,6 %, а в 1999 р. – тільки 31,1 %.

Відбулося зменшення числа шлюбів і ріст розлучень. Різниця коефіцієнтів складає 3.

За 2000 рік у Чернівецькій області укладено 6070 шлюбів і зареєстровано 3987 розлучень, з них в м. Чернівцях – 1706 і 1540, відповідно.

Зростає частка дітей, які народжуються в неповних сім'ях: в 1999 р. 22,9 % всіх новонароджених народили матері-одиночки, порівняно з 12,1% в 1987 р. Кількість дітей, що виховуються в неповних сім'ях внаслідок смерті одного з батьків, складає 73,8 %.

Відома негативна для фізичного, психічного і соціального здоров'я дитини дія тих або інших несприятливих сімейних умов.

Передумовою подальшого зниження фізичного розвитку дітей є зменшення маси тіла при народженні: в 1999 р. народжувалося 36,9 % дітей з масою тіла більше 3500 г у порівнянні з 45,3 % в 1985 р.

З'являються підстави стверджувати про явище деселерації на популяційному рівні, яке полягає у відставанні фізичного розвитку дітей, білковому і вітамінному голодуванні, погіршенні пам'яті і розумових здібностей, зниженні імунної і нервово-психічної резистентності організму.

За останні 10 років зросло число школярів з дефіцитом маси тіла, частота функціональних порушень і хронічних хвороб зростає майже на 20 %, більш ніж у 25 % школярів-підлітків спостерігається затримка статевого розвитку, 85 % призовників мають відхилення у здоров'ї.

Кожне 2-е місце в стаціонарі займають діти із спадковою патологією.

Сьогодні в розрахунку на 1000 новонароджених: 42-65 дітей страждають від моногенних хвороб, 25-35 дітей мають вроджені вади розвитку, 9-12 дітей страждають від спадкових хвороб.

Шанси увійти в XXI ст. в лавах цивілізованого людства мають лише ті нації, які зуміють створити найбільш ефективні з психологічної та педагогічної точок зору системи шкіл, коледжів та університетів. Йде мова про формування нового гуманістичного типу особистості, тобто людини, яка здатна постійно переводити зовнішні впливи у внутрішню самореалізацію, самоактуалізацію.

Так, справді будь-яка значима катастрофа (а серйозна хвороба є завжди для людини катастрофою) має значення психічного та соціального стресу, втрати людиною того відносного життєвого благополуччя, яке нею було досягнуте. А тому поставимо питання так: чи має право медицина абстрагуватися від згаданих гуманістично-психологічних значень хвороби. І чи не обов'язок медиків – взяти на себе турботу про соціально-психологічну адаптацію та реадаптацію людини, яка потрапила в катастрофічні умови існування.

У зв'язку з необхідністю підготовки лікарів-психологів вищими медичними навчальними закладами та виконанням завдань, які поставлені у затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2002 р. № 1313/2000 "Концепції розвитку охорони здоров'я населення України", у Буковинській державній медичній академії та в Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця з 2001 року розпочато підготовку лікарів за спеціальністю "медична психологія".

Головною метою підготовки лікаря-психолога є формування фахівця нового типу, в центрі професійної діяльності якого є людина з її індивідуально-типологічними особливостями, станом, рівнем здоров'я та внутрішніми резервами адаптації; спеціаліста, діяльність якого спрямована на творчий, діалогічний, емпатійний підхід до пацієнта, на активізацію внутрішніх резервів особистості, покращання та гармонізацію індивідуальних внутрішніх резервів особистості, компенсаторних можливостей, реабілітацію [1].

Метою підготовки лікарів-психологів є забезпечення лікувально-профілактичних, освітніх, виховних та інших закладів висококваліфікованими фахівцями, спроможними ефективно здійснювати психопрофілактику, психодіагностику і психокорекцію, консультування й реабілітацію населення в амбулаторних і стаціонарних умовах, та в умовах сім'ї, викладати медичну психологію та суміжні дисципліни, займатись науковими дослідженнями в даній галузі.

Реалізація цієї мети здійснюється шляхом засвоєння студентами дисциплін гуманітарного, суспільно-економічного профілю, фундаментальних та клінічних професійно-орієнтованих дисциплін, зокрема, загальної психології, вікової та педагогічної психології, соціальної психології, психодіагностики, психології особистості та індивідуальних відмінностей, психологічного консультування та психокорекції, психології спілкування, психології конфлікту, історії психології, сучасної зарубіжної психології, медичної психології, патопсихології, психіатрії, психотерапії тощо. Окрім того, забезпечується участь студентів у науково-дослідницькій роботі, набуття ними знань, умінь та практичних навичок на заняттях у клініках та установах різного профілю під час проходження виробничої практики [2].

Основними дидактичними принципами підготовки лікарів освітньо-кваліфікаційних рівнів "спеціаліст", "магістр" за спеціальністю "медична психологія" є:

- Наступність і послідовність процесів освіти та розвитку особистості студентів порівняно з їхнім навчанням у середній школі.

- Єдність і неперервність навчально-виховного процесу, освітньої та наукової діяльності студентів.

- Поєднання в навчанні вимог щодо досягнення кваліфікаційних рівнів "лікар-спеціаліст" та "психолог-спеціаліст". Досягнення на підставі цього інтегральної кваліфікації "лікар-медичний психолог".

- Використання в навчальному процесі, поряд із традиційними, новітніх освітніх технологій, які відповідають поставленим цілям фахової підготовки.

- Індивідуалізація процесу навчання, освітньої та наукової діяльності студентів, орієнтація на "зону найближчого розвитку".

- Періодична апробація результатів навчання студентів.

- Гармонійне поєднання в навчанні соціально-гуманітарної, фундаментальної та фахової (медичної та медико-психологічної) підготовки.

- Проведення державної атестації спеціалістів, лікарів-психологів у формі ліцензійного інтегрованого іспиту "Крок-2" (медична психологія) та державних випускних іспитів (загальна та медична психологія; внутрішні, професійні та інфекційні хвороби; хірургічні хвороби, акушерство та гінекологія; дитячі та дитячі інфекційні хвороби; гігієна, соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я).

- Післядипломна первинна спеціалізація в інтернатурі за спеціальностями "медична психологія", "психіатрія", "психофізіологія", "психотерапія", "сексопатологія".

- Післядипломна підготовка у магістратурі (первинна спеціалізація за спеціальностями "медична психологія", "психіатрія", "психофізіологія", "психотерапія", "сексопатологія", педагогічна підготовка, виконання та захист магістерської наукової кваліфікаційної роботи).

Нормативно-правовою базою організації навчального процесу та наукової роботи студентів є Закони України "Про освіту", "Про вищу освіту", Положення про державний вищий заклад освіти, Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах, Концепція впровадження підготовки фахівців та Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110110 "медична психологія", освітньо-професійна програма підготовки лікарів за спеціальністю 7.110110 "медична психологія", інші законодавчі акти і нормативні документи з питань освіти.

Освітньо-професійна програма і навчальний план підготовки забезпечують здобуття повної вищої освіти за спеціальністю "медична психологія" освітньо-кваліфікаційного рівня "спеціаліст".

Навчання студентів здійснюється у формі аудиторних навчальних занять (лекції, практичні та семінарські заняття, лабораторні роботи), групових та індивідуальних консультацій, виробничої практики, а також шляхом виконання індивідуальних планів та здійснення наукової діяльності.

Практична освітня, наукова і лікувальна підготовка забезпечується під час проходження студентами виробничої практики:

1) догляд та психологічне спостереження за хворими (II курс);

2) медсестринська та з психодіагностики і психотренінгу (III курс);

3) лікарська загальномедична та з психологічного консультування і психокорекції (IV курс);

4) лікарська загальномедична та з патопсихології і психіатрії (V курс);

5) лікарська з медичної психології (VI курс).

Підсумкова атестація студентів з навчальних дисциплін та практичної підготовки проводиться у формі заліків та іспитів, державна кваліфікаційна атестація – у формі нормативного ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок-2” (медична психологія) та державних випускних іспитів.

Особам, які повністю виконали навчальний план зі спеціальності “медична психологія” за відповідним освітньо-кваліфікаційним рівнем, успішно склали державні випускні іспити, ліцензійний інтегрований іспит “Крок-2” (медична психологія), видається диплом про повну вищу освіту встановленого державного зразка з присвоєнням кваліфікації “лікар” за спеціальністю “медична психологія”, який здатний виконувати роботу лікаря-інтерна (код КП-3229).

На післядипломному етапі (у магістратурі, інтернатурі) навчання здійснюватиметься за освітньо-професійними програмами підготовки фахівця з первинною спеціалізацією відповідно до набутої базової спеціальності (“медична психологія”). Після підготовки в інтернатурі (магістратурі) фахівцю присвоюється кваліфікація “лікар-спеціаліст” певної спеціальності (лікар-психолог, лікар-психофізіолог, лікар-психотерапевт, лікар-сексопатолог) з видачею відповідного сертифікату державного зразка, що дає йому змогу виконувати зазначену в ДК 003-95 професійну роботу, а саме як лікар-медичний психолог, лікар-психіатр, лікар-психофізіолог, лікар-психотерапевт, лікар-сексопатолог.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 1996 р. № 992 “Про працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням”, після закінчення інтернатури фахівець повинен відпрацювати за державним розподілом не менше трьох років.

За необхідності, після спеціалізації у закладах (факультетах) післядипломної освіти він може отримати сертифікат спеціаліста за іншою лікарською

спеціальністю згідно з державним переліком лікарських посад (крім стоматологічних, хірургічного та акушерсько-гінекологічного профілю).

Відповідно до розробленої освітньо-кваліфікаційної програми підготовки лікарів за спеціальністю “медична психологія” та затвердженого у 2001 році навчального плану МОЗ України викладачами Буковинської державної медичної академії разом з фахівцями Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця за участю представників деяких інших вищих медичних навчальних закладів були створені навчальні програми з дисциплін психологічного спрямування, які затверджені МОЗ України і впроваджені у навчальний процес.

У Буковинській державній медичній академії перший набір студентів за спеціальністю “медична психологія” здійснений у 2001 році. В академії навчається 178 студентів за цією спеціальністю на трьох курсах.

Для забезпечення повноцінного навчального процесу в академії створена необхідна матеріально-технічна база і готуються науково-педагогічні кадри, до викладання окремих дисциплін залучені висококваліфіковані фахівці, які працюють у Чернівецькому національному університеті ім. Ю.Федьковича.

Відкрита нова спеціалізована кафедра – кафедра психології та соціології, яка забезпечує викладання дисциплін загальнопсихологічного спрямування. Кафедра має комп’ютерний клас із сучасною комп’ютерною та оргтехнікою, оснащена всім необхідним для опанування студентами знань, вмінь і практичних навичок, використовує передові ефективні технології навчання і контролю. Є необхідне програмне забезпечення для вивчення різних методик психологічних досліджень. Кафедра розробляє методичне забезпечення нововведених курсів, працює над модернізацією форм і методів навчання та контролю знань. Наукова робота кафедри зосереджена на дослідженні соціально-психологічних детермінант творчого діалогу в процесі надання медико-психологічної допомоги. При кафедрі функціонує консультативний кабінет соціально-психологічної служби академії.

За цей час ми мали певні труднощі і проблеми, які можна назвати труднощами періоду становлення і росту.

Однією з найбільш гострих проблем є відсутність україномовних підручників для студентів саме медико-психологічних факультетів з багатьох навчальних дисциплін. Підручники ж для студентів психологічних факультетів класичних університетів

не є достатньо адекватними, оскільки вони не містять необхідних медичних аспектів, які вкрай необхідні майбутньому лікарю-психологу.

Ми намагаємося заповнити цей "вакуум" вітчизняної україномовної навчальної літератури. За два роки підготовлено два підручники. Але для вирішення цієї проблеми необхідні спільні, добре скоординовані зусилля фахівців різних вищих медичних навчальних закладів. Варто було б створити творчі колективи авторів і за короткий термін підготувати підручники до видання. Проте, на жаль, роль такого координатора на себе поки що ніхто не взяв.

Суттєвим недоліком в нормативному забезпеченні навчального процесу є відсутність адаптованих до спеціальності "медична психологія" навчальних програм з дисциплін медико-біологічного профілю. Студенти медико-психологічного факультету навчаються за програмами медичного факультету, які роками добре відпрацьовані. На перший погляд, це не становить значної проблеми, студенти отримують широку і ґрунтовну базисну медико-біологічну підготовку. Але слід обов'язково врахувати, по-перше, перевантаженість студентів медико-психологічного факультету (у навчальному плані збережені всі дисципліни медичного факультету та окрім них фігурують 30 професійно-орієнтованих дисциплін загальнопсихологічного і медико-психологічного спрямування). На окремі медико-біологічні дисципліни відведено значно менше годин у порівнянні з навчальним планом медичного факультету.

По-друге, викладання базисних медико-біологічних дисциплін має здійснюватися з урахуванням потреб саме лікаря-психолога. Наприклад, при викладанні нормальної фізіології, біологічної хімії слід більше уваги приділяти біохімії пам'яті, регуляції психічної діяльності тощо.

Отже, підготовка і впровадження адаптованих до навчального плану медико-психологічного факультету нових навчальних програм з традиційних для медичного факультету медико-біологічних дисциплін є одним із першочергових завдань.

Нелегкі завдання стоять і перед випускаючими профільними клінічними кафедрами, які здійснюватимуть викладання студентам медико-психологічного факультету основних професійно-орієнтованих клінічних дисциплін: "Медична психологія", "Психотерапія та психологічне консультування". Перш за все, це знов-таки проблеми україномовних підручників, які, до речі, мають бути значно детальнішими і ґрунтовнішими в порівнянні з існуючими підручниками для медичних факультетів.

Відповідні кафедри повинні також взяти на себе значну частину роботи зі створення тестових завдань ліцензійного іспиту "Крок-2" (медична психологія). Досвід свідчить, що це досить складна й копітка робота, і вона ще лише розпочинається.

До речі, проблема ліцензійних іспитів "Крок-1" і "Крок-2" на медико-психологічному факультеті дотепер не вирішена. Запропоновані Буковинською державною медичною академією мета та структура змісту ліцензійного іспиту "Крок 2" (медична психологія) так і залишаються проектом. Час, на жаль, швидко минає, і ми, звичайно, повинні активізувати роботу зі створення банку тестових завдань цього іспиту як нормативної складової частини державної атестації випускників медико-психологічного факультету.

Ще більш тривожною є ситуація з ліцензійним іспитом "Крок-1" для студентів медико-психологічних факультетів. На сьогоднішній день у нас є попередні розробки матеріалів щодо цього іспиту. Вони узагальнені і підготовлені до розгляду в МОЗ України у 2004 році як перший пілотний іспит "Крок-1" (медична психологія).

У грудні 2003 року у академії було проведено апробацію створеного нашими викладачами стартового банку тестових завдань ліцензійного іспиту "Крок-1" (медична психологія) з боку дисциплін психологічного спрямування, попередні результати обнадійливі.

Психометричний аналіз показав високу якість 80 % тестових завдань, що дозволяє з оптимізмом дивитись на перспективи успішного проведення тесту.

Однією з нагальних проблем є підготовка науково-педагогічних кадрів для викладання студентам медико-психологічного факультету медико-біологічних і, особливо, клінічних дисциплін. Не секрет, що викладачі, які на даний час працюють на кафедрах медико-біологічного та клінічного профілю, належної підготовки із загальної та медичної психології не мають. Це є суттєвим недоліком, оскільки навчальним планом передбачено викладання студентам VI курсу медико-психологічного факультету таких дисциплін, як "Внутрішні хвороби з клінічною психологією", "Інфекційні хвороби з клінічною психологією", "Реаніматологія та анестезіологія з клінічною психологією", "Акушерство та гінекологія з клінічною психологією", "Фтизіатрія з клінічною психологією". Як видно вже з назв цих дисциплін, викладачі-терапевти, інфекціоністи, анестезіологи, акушери-гінекологи, фтизіатри повинні мати

необхідні знання, вміння і практичні навички з медичної психології для забезпечення належного рівня викладання зазначених дисциплін.

Розуміючи важливість і складність цієї проблеми, ректорат Буковинської державної медичної академії здійснив відповідні заходи. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є, на наш погляд, організація школи-семінару з психології для викладачів. Така школа-семінар була створена в нашій академії і успішно функціонує з березня 2002 року.

Навчальний план та програма розраховані на дворічний термін навчання і передбачають висвітлення найбільш важливих питань з дисциплін психологічного профілю, які передбачені навчальним планом підготовки лікарів за спеціальністю "медична психологія", а також розгляд особливостей викладання медико-біологічних та клінічних дисциплін студентам медико-психологічного факультету.

Заняття у школі-семінарі проводяться двічі на місяць. На навчання у школі семінарі з психології зараховані завідувачі кафедр, доценти, а також асистенти, які здійснюють або будуть здійснювати викладання відповідних дисциплін на медико-психологічному факультеті.

Матимемо певні складнощі і з організацією виробничої практики. По-перше, у зв'язку з недостатньою підготовленістю викладачів терапевтичних, хірургічних, педіатричних та акушерсько-гінекологічних кафедр для повноцінного керівництва виробничою практикою студентів, через відсутність належних знань та вмінь з психології найближчими роками доведеться призначати керівниками практики студентів медико-психологічного факультету від навчального закладу окрім клініцистів зазначених спеціальностей ще й психолога (медичного психолога).

#### **Література**

1. Вітенко І.С. Кваліфікаційні вимоги та деякі особливості підготовки лікарів-психологів в Україні // Зб.наук. праць співробітників КМАПО ім.П.Л. Шупика. – Київ. – Кн. 4 – С. 1105-1112.

По-друге, організувати виробничу практику студентів медико-психологічного факультету слід було би у багатопрофільних лікарнях, які мають психосоматичне відділення, а також у медико-психологічних центрах. У цих лікувально-профілактичних установах повинні працювати лікарі-психологи, психотерапевти, психофізіологи, які мусять керувати практикою студентів від лікувальної установи.

Набутий за останній час досвід свідчить про необхідність внесення певних змін до навчального плану підготовки лікарів за спеціальністю "медична психологія", зокрема перенесення викладання філософії з третього на другий семестр, оскільки для вивчення психологічних дисциплін необхідний філософський термінологічний апарат.

Аналіз показників успішності студентів, які навчаються за спеціальністю "Медична психологія", постійне спілкування з ними дозволяє стверджувати, що вони вигідно вирізняються з-поміж студентів інших спеціальностей, перш за все, своїми комунікативними якостями, зацікавленістю, динамічним особистісним розвитком. Вони краще розуміють викладачів та психологічні особливості навчального процесу, мають нахил до самостійного опрацювання першоджерел за фахом. Більш ґрунтовна гуманітарна освіта дозволяє їм мати широкий кругозір і краще підготуватися до майбутньої практичної лікарської діяльності.

**Висновки.** 1. На сучасному етапі розвитку нашої держави підготовка лікарів-медичних психологів є вкрай потрібною для охорони здоров'я населення.

2. Незважаючи на існуючі труднощі, розпочата нова справа підготовки лікарів-медичних психологів на базі Буковинської державної медичної академії вже має свій певний позитивний досвід.

2. Вітенко І.С., Коломоєць М.Ю., Дишук І.П. Методологія та зміст підготовки лікаря-психолога в Україні // Медична освіта. – 2001. – № 4. – С. 14-18.

УДК 614.252.2:658.2

**ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я****Б.П. Криштопа, В.І. Бугро, В.П. Коньков, Н.П. Кукало, В.М. Пашенко,  
Ю.С. Силенко***Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика***EDUCATION OPTIMIZATION FOR CHIEFS OF PUBLIC HEALTH****B.P. Kryshchtopa, V.I. Bugro, V.P. Kon'kov, N.P. Kukalo, V.M. Pashchenko,  
Yu.S. Sylenko***Kyiv Medical Academy of Advanced Studies by P.L. Shupyk*

Представлена система оптимізації післядипломного навчання керівників охорони здоров'я, в якій значна увага приділяється самостійній роботі, що сприяє відпрацюванню навичок і формуванню вмінь адаптувати отримані знання до конкретної практичної діяльності конкретного закладу охорони здоров'я.

A system of postgraduate education optimization for chiefs of public health has been presented. A great attention is paid to self-dependent work which promotes the development of skills and the formation of proficiency in order to adapt acquired knowledge to specific practical activity of a specific public health establishment.

**Вступ.** Ефективність діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я залежить, насамперед, від рівня підготовки управлінських кадрів, їх вміння професійно мислити, проявляти творчий підхід до справи, впроваджувати новачі і сучасні методи діяльності, використовувати досягнення науково-технічного прогресу.

Вирішенню цих завдань значною мірою сприяє удосконалення форм і методів навчання, зокрема, підхід до методів активної навчальної діяльності на основі розв'язання ділових ситуацій, виконання самостійних робіт, проведення ділових ігор тощо. Все це дозволяє розвивати у слухачів їх ініціативність, творчий підхід до вирішення проблем, генерувати колективні ідеї і знання [1, 2].

Метою даної роботи є обґрунтування оптимізації навчання керівників закладів охорони здоров'я.

**Основна частина.** Перехід до нових методів господарювання та управління, розширення самостійності медичних закладів безпосередньо пов'язані з перебудовою діяльності та свідомості керівників, вмінням у складних ситуаціях знаходити оптимальні, а іноді й нестандартні ефективні рішення.

Навчальна програма циклів підготовки керівників медичних закладів повинна з позицій системного підходу і на основі домінуючого принципу навчання на сучасному етапі "вчитись, діючи", сформувати вміння проводити належний аналіз тенденцій здоров'я населення, стану охорони здоров'я, оцінити діяльність системи охорони здоров'я в цілому і окремих її підсистем.

Традиційні методи та форми післядипломної підготовки керівників закладів охорони здоров'я не дозволяють керівникові охорони здоров'я належною мірою оволодіти вмінням приймати необхідні стратегічні та тактичні управлінські рішення.

В тематичних планах циклів підвищення кваліфікації керівних працівників формам активного навчання відводиться більше половини навчального часу, вони доповнюються експертною оцінкою наказів та розпоряджень вищих ланок управління, підготовкою власних управлінських рішень з оптимізації діяльності апарату управління, інформаційного забезпечення тощо. При цьому накази готуються на власних матеріалах для своїх управлінських проблем, але з позицій і за вимогами сучасного менеджменту, а також основ діловодства.

Виходячи з принципової характеристики праці керівників, кафедра з самого початку занять навчає слухачів універсальної методики і практики організації систем. Водночас підкреслюється обов'язковість використання цієї методики в подальших заняттях стосовно керуючого суб'єкта і керованого об'єкта, а також блоку наукового регулювання системи. Наголошується, що майже всяка подальша самостійна робота ґрунтується на використанні конче потрібної інформації для організації будь-якої системи, застосування або всієї методики, або окремих аспектів системного підходу.

В процесі організації систем за підготовленою кафедрою методикою розробляються професійно-посадові вимоги (ППВ) до кожного працівника апарату управління, керівників структурних підрозділів

закладу, усіх співробітників з метою успішного вирішення завдань. Вони містять в собі перелік функцій, видів діяльності і професійних завдань, перелік знань та вмінь, якими повинен оволодіти спеціаліст для ефективного виконання завдань.

Зміст професійної діяльності, перелік знань та вмінь дозволяють спрямовувати навчальний процес на кінцевий результат, чітко ставити мету навчання, що безумовно більш ефективно сприяє оволодінню знаннями, що потрібно для вирішення виникаючих проблем.

Під час проведення практичних занять активізується творчо-пошукова діяльність курсантів шляхом створення ситуацій і визначення завдань, що формуються на основі конкретної професійної діяльності і мають місце в керованих слухачами закладах (структурних підрозділах).

Удосконалення навичок можна досягти тільки за рахунок неодноразового повторення виконання завдань. Саме цьому сприяє ряд адекватно відібраних самостійних робіт слухачів.

По-перше, для закріплення теоретичних знань, а також набуття вмінь застосовувати конкретні методи обробки інформації, різних статистичних даних кожному слухачу після розгляду певної статистичної методики або їх блоку надається пакет даних, що треба обробити і після цього зробити вірогідні висновки. Слухачі самостійно, користуючись наданими методиками, за допомогою обчислювальної техніки аналізують статистичні дані, перетворюють їх у відносні та середні величини, складають таблиці, ілюструють отримані дані певними кодограмами та роблять відповідні висновки.

Для закріплення всього обсягу отриманих знань слухачі протягом чотирьох годин виконують роботу з визначення впливу зовнішнього середовища на здоров'я населення, визначають якісні та кількісні показники, роблять узагальнюючі висновки.

По-друге, прийняття управлінських рішень, особливо тих, що стосуються організації закладу, підрозділу, служби, завершується підготовкою та виданням наказу (розпорядження) як директивного документа, виконання якого є обов'язковим для всіх працівників.

На початковому етапі слухачам надаються зразки функціонуючих в охороні здоров'я директивних документів, які потрібно проаналізувати, а також методичні рекомендації щодо аналізу документа,

згідно з яким слухачі повинні виявити цілі реформування системи, виявити проблеми, що виникнуть при досягненні мети, встановити інші раціональні варіанти вирішення проблеми, що не зафіксовані в документі, а також впевнитись в тому, що всі аспекти системного підходу були використані в даному документі.

Значна увага приділяється використанню наукових основ управління та прийняттю управлінських рішень у практичній роботі.

Після аналізу діючого документа на семінарських заняттях слухачі проводять обговорення директивних документів, під час якого роблять необхідні доповнення, а можливо, й зауваження. На наступних етапах слухачі самостійно розробляють накази про організацію (удосконалення) систем (підсистем), служб тощо, які знову ж обговорюються після перевірки їх викладачами.

Перевіркою отриманих знань та вмінь, крім виконання самостійних робіт, є також комп'ютерний контроль теоретичних знань, контроль практичних навичок, а також написання та захист курсової роботи, яка є своєрідним підсумком впровадження знань в практичну діяльність.

Курсові роботи, підготовлені на основі власних матеріалів з врахуванням вимог сучасного менеджменту та засобів організації системи, після взаємного рецензування захищаються слухачами на окремому занятті. Захист курсової роботи, відповіді на запитання, що виникли під час захисту, оцінюються викладачем, а оцінка фіксується як один із видів контролю знань. Значним доповненням до курсової роботи, а також критерієм засвоєння матеріалу є конференція з обміну досвідом роботи, де знову ж таки з позицій системного підходу слухачі обмінюються кращими зразками передового досвіду у своїх закладах.

**Висновки.** 1. Використання під час практичних занять методики стосовно керуючого і керованого об'єкта, а також блоку наукового регулювання системи формує вміння адаптувати отримані знання до конкретної практичної діяльності закладу системи охорони здоров'я.

2. Запропоновані професійно-посадові вимоги до кожного працівника апарату управління сприяють швидкому і якісному вирішенню поставлених завдань.

#### **Література**

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненко, В.Ф.Москаленко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

2. Голяченко О., Сердюк А., Приходський О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль, 1997. – 328 с.

УДК 614.253.52:377

## НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНИХ ПІДХОДІВ ДО РЕФОРМУВАННЯ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ТА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

М.Б. Шегедин

*Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського*

## THE SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF CONCEPTION APPROACHES TO REFORMING OF NURSING AND NURSE'S EDUCATION IN UKRAINE

M.B. Shehedyn

*Lviv State Medical College by Andrey Krupynsky*

Незаперечним чинником підвищення ефективності діяльності медсестринських служб в Україні є наукове обґрунтування і розробка концептуальних підходів до реформування сестринської справи і медсестринської освіти.

Основними її складовими частинами ми бачимо віднесення медсестринства до наукових дисциплін, для чого є всі необхідні умови, вироблення взаємопов'язаної системи відповідності рівнів медсестринської освіти сучасним прогресивним видам медсестринської діяльності.

Подальший розвиток медсестринства як професійної діяльності і освіти у відповідності до зазначених концептуальних підходів створить умови для виведення цієї професії в повноцінну, самостійну і партнерську галузь вітчизняної охорони здоров'я та сприятиме міжнародній інтеграції України як в галузі медсестринської освіти, так і в професійній діяльності медичних сестер.

The undeniable factor of growing effectiveness in the activities of nursing services in Ukraine is the scientific substantiation and development of conception approaches to reforming of nursing and nurse's education.

We consider nursing one of the main parts of scientific subjects. There are all the necessary conditions of creating correlation system in accordance of levels of nurse's education with modern progressive kinds in nursing.

The further development of nursing in accordance with pointed conception approach will create some conditions for this profession as independent field of native health service and it will promote the international integration of Ukraine both in the field of nurse's education and in the professional activities of nurses.

**Вступ.** Наукове обґрунтування концептуальних підходів до реформування сестринської справи в Україні потребувало з точки зору методологічного підходу формулювання перш за все визначення самого поняття сестринської справи як складової системи охорони здоров'я і в той же час як самостійної системи, яка складається з двох взаємопов'язаних підсистем: власне медсестринської освіти і сестринської справи (медсестринської діяльності).

Підґрунтям для цього стали результати проведеного аналізу стану сестринської справи (медсестринства) в багатьох зарубіжних країнах та особисте знайомство з її змістом, особливостями та напрямками в окремих з них, що супроводжувалось для нас переосмисленням її сутності для України і дозволило, не відкидаючи тлумачень ВООЗ, запропонувати власне національне її визначення.

**Основна частина.** Дослідження міжнародного досвіду та національних концепцій розвитку сестринської справи в 97 країнах світу підтвердили

нашу думку про те, що в кожній з країн при врахуванні вимог міжнародної інтеграції обов'язково присутні певні особливості та специфіка кожної в плані політичного, соціального, економічного, релігійного, екологічного стану, рівня розвитку охорони здоров'я.

Розробляючи наукове обґрунтування концептуальних підходів до реформування сестринської справи та медсестринської освіти в Україні, ми виходили з наявності у змісті сестринської справи, як фаху і спеціальності, класичної тріади ознак, які дають право на формулювання визначення медсестринства як наукової дисципліни: **мети, завдання, інструментів реалізації.**

За узагальнену мету сестринської справи нами прийнята розробка та реалізація науково обґрунтованих профілактичних, діагностико-лікувальних та реабілітаційних заходів, які відносяться до медсестринської компетенції, для забезпечення збереження та зміцнення здоров'я окремих людей і населення в цілому, оптимального рівня догляду



та опіки за пацієнтами, відновлення працездатності або використання залишкової працездатності хворих.

Як завдання медсестринства нами, на підставі результатів проведеного аналізу міжнародного досвіду та основних напрямків реформування системи охорони здоров'я, прийняті:

- розробка теоретичних та організаційних основ медсестринства;

- аналіз діяльності медсестринських служб;

- вивчення ієрархічної структури потреб людини;

- визначення проблем і потреб пацієнтів та розробка адекватних медико-соціальних заходів для їх вирішення та задоволення;

- забезпечення всьому населенню оптимального рівня кваліфікованої, загальнодоступної медсестринської допомоги у здійсненні профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів;

- розкриття впливу умов і чинників, які призводять до негативних відхилень у стані індивідуального та громадського здоров'я;

- санітарна освіта громадян як складова комплексного підходу до випереджувально-профілактичних, медичних та екологічних заходів, орієнтованих на збереження та зміцнення здоров'я сучасних та майбутніх поколінь;

- науково-дослідницька діяльність з проблем медсестринства;

- наукова розробка медсестринського процесу, стандартів надання медсестринських послуг, діагностично-лікувальної та профілактичної допомоги;

- наукове обґрунтування найбільш доцільних форм медсестринської діяльності, медсестринських втручань та визначення функцій, проведення їх реформування, реструктуризації та апробації залежно від напрямків (етапів) надання медичної допомоги, суті та стадії захворювання;

- наближення національного медсестринства (сестринської справи) до міжнародних стандартів, поєднання вітчизняних традицій у сестринській справі зі світовим досвідом;

- створення різнострокових прогнозів та планів розвитку медсестринства з метою проведення цілеспрямованих заходів щодо підтримки належного рівня здоров'я населення.

За інструменти реалізації сестринської справи нами прийняті загальновідомі стосовно неї медичні технології, в тому числі у відповідних галузях медичної науки та практики.

Таким чином, виходячи з мети та завдань, можна вважати, що **сестринська справа (медсестринство)** – це галузь медичної науки, що вивчає

потенційні та існуючі проблеми в індивідуальному та громадському здоров'ї, які формуються під впливом зовнішніх чинників, та шляхи їх вирішення медичними сестрами в межах своєї компетенції в системі охорони здоров'я (соціальних служб) з метою підтримання здоров'я або поетапного надання медичної (соціальної) допомоги.

Такий методологічний підхід дозволив нам підійти до визначення основних концептуальних підходів реформування сестринської справи та медсестринської освіти в Україні, тобто до висвітлення системи власних поглядів на проблему. В їх основу нами покладені встановлені в процесі дослідження зміни в світовій практиці поглядів на:

- функцію медичної сестри у напрямку її орієнтації на підтримання здоров'я, попередження захворювань, забезпечення максимальної незалежності людини у відповідності до її індивідуальних можливостей, на протипагу існуючим поглядам, орієнтованим лише на догляд за хворими пацієнтами;

- переорієнтацію діяльності медичних сестер на надання допомоги конкретним людям, сім'ям та групам людей у визначенні та досягненні ними фізичного, психічного та соціального здоров'я в умовах мінливого навколишнього середовища, в якому вони живуть і працюють;

- формування медсестринством, як складовою національної системи охорони здоров'я і медичної науки, власної наукової бази знань.

В основу безпосереднього визначення сучасних напрямків удосконалення медсестринської освіти нами покладено:

I. Документи ВООЗ стосовно медсестринства, зокрема:

- рішення наради Комітету експертів ВООЗ з сестринської справи (1966) про створення медичним сестрам можливості для вдосконалення та розвитку своїх здібностей з метою надання оптимальної кваліфікованої допомоги та розширення професійного мислення для прийняття самостійних рішень, які б базувалися на наукових, клінічних та організаційних принципах [1, 7].

Серед найважливіших пропозицій наради Комітету експертів ВООЗ для країн Європейського регіону щодо способів поліпшення освіти медичних сестер, які є актуальними і для України, відзначались:

1. Навчання медичних сестер повинно здійснюватись в рамках загальної системи освіти в країні, а студенти медсестринських навчальних закладів

повинні користуватись тими ж правами і виконувати ті ж обов'язки, які мають всі інші студенти, які навчаються в цій системі.

2. Молоді люди, які намагаються досконало оволодіти медсестринською професією, повинні задовольняти всім вимогам, які ставляться до осіб, що вступають у вищі навчальні заклади, у тому числі університети та академії.

3. В країнах, де університетська освіта для підготовки найбільш кваліфікованих представників медсестринської професії ще не надається, слід розробити та впровадити такі програми навчання у вищих закладах освіти.

4. У вищих навчальних закладах, де вже встановлені особливі екзамени для вступників, які мають досвід роботи та знання яких, однак, не відповідають вимогам прийому, за клопотанням органів охорони здоров'я, повинні надаватись привілеї для досвідчених медичних сестер, які виявили бажання вступати до університету;

– резолюція WHA 36.11 Тридцять шостої сесії ВООЗ (травень, 1983) про важливу роль медсестринського персоналу у наданні підтримки національним стратегіям і планам ПМСД як складової частини загального розвитку, а також в діяльності по зміцненню відповідної інфраструктури охорони здоров'я [8];

– документ ВООЗ А 39/7 (доповідь генерального директора ВООЗ, 1986) в частині регіональних тенденцій у розвитку сестринської справи, визнання неможливості ефективного функціонування первинної медико-санітарної допомоги без належним чином підготовленого медсестринського персоналу, ствердження необхідності розвитку лідерства в сестринській справі, підготовки медсестер-викладачів та проведення наукових досліджень в галузі медсестринства [2];

– результати міжнаціональних досліджень з проблем медсестринської опіки та допомоги (11 країн Європейського регіону, 1976-1985): моделлю надання ефективної медсестринської допомоги стає медсестринський процес, в центрі уваги якого є загальний стан здоров'я людини, а не вирішення окремих завдань [6];

– Віденська декларація із сестринської справи як підсумковий документ I Європейської конференції із сестринської справи (Відень, 1988) стосовно визначення змін в тактиці медсестринського обслуговування для виконання 38 регіональних завдань ВООЗ, а також настанов урядам Регіону щодо включення сестринської справи, як одного з основних елементів, до національних планів охорони здоров'я,

активної участі медичних сестер в обговоренні політики охорони здоров'я [5];

– резолюції I (Алма-Ата, 1993) та II (Бішкек, 1994) нарад спеціалістів з сестринської справи та акушерства нових незалежних держав, проведених сестринським відділом Європейського регіонального бюро ВООЗ, щодо загальної в них стратегії медсестринського розвитку [9].

II. Документи інших міжнародних організацій:

– Конвенція Генеральної конференції Міжнародної організації праці (МОП) від 21 червня 1977 р. “Про зайнятість та умови праці і життя медсестринського персоналу” [4];

– рекомендації Конвенції МОП “Про медсестринський персонал” з акцентом на необхідність створення в країнах програм вищої (університетської) медсестринської освіти, орієнтованих переважно на підготовку педагогічних, управлінських та дослідницьких медсестринських кадрів [4].

III. Державні документи, які стосуються реформування системи охорони здоров'я та освіти в Україні:

1. Закон України “Про внесення змін та доповнень до Закону Української РСР “Про освіту” (1996).

2. Концепція реформування системи охорони здоров'я України (схвалена Кабінетом Міністрів України 22 лютого 1997 р., протокол №7).

3. Постанови Кабінету Міністрів України:

– “Про перелік напрямів підготовки фахівців з вищою освітою за професійним спрямуванням, спеціальностей різних кваліфікаційних рівнів та робітничих професій” від 18 травня 1994 р., № 325;

– “Про перелік напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями” від 24 травня 1997 р., № 507;

– “Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)” від 20 січня 1998 р., № 65.

4. Державний класифікатор України. Класифікатор професій. ДК 003-2001 [3].

5. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я (2002).

6. Накази МОЗ України:

– “Про стан і перспективи підготовки молодших спеціалістів I і II рівнів акредитації системи навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я України” від 14 травня 1993 р., № 104;

– “Про створення Національної програми розвитку медсестринства України” від 30 січня 1996 р., № 19.

7. Наказ Міністерства освіти України “Про порядок розробки складових нормативного та навчально-

методичного забезпечення підготовки фахівців з вищою освітою” від 31 липня 1998 р., № 285.

8. Інформаційний лист МОЗ України керівникам органів і закладів охорони здоров'я та керівникам навчальних закладів, підпорядкованих МОЗ України, від 21 вересня 1994 р. №10.03.68/699 про посади, які можуть займати бакалаври медицини.

Рекомендації ВООЗ та результати власних досліджень свідчать, що концептуальні підходи до сестринської справи в Україні повинні опиратися на чотири основні поняття: 1) навколишнє середовище та суспільство; 2) здоров'я; 3) пацієнт; 4) сестринська справа.

При цьому визначення вказаних понять нами прийнято за тлумаченням ВООЗ, зокрема:

– навколишнє середовище – сукупність природних, соціальних, психологічних та духовних чинників, які пов'язані з активністю людини;

– здоров'я – динамічна гармонія особистості з навколишнім середовищем, досягнута шляхом адаптації;

– пацієнт – людина (індивід), яка потребує медсестринського догляду та отримує його.

Стосовно безпосередньо сестринської справи, то, не спростовуючи визначення ВООЗ (“Сестринська справа – частина медичного догляду за здоров'ям, специфічна, професійна діяльність, наука, направлена на вирішення існуючих та потенційних проблем зі здоров'ям пацієнта в умовах зміни навколишнього середовища”), ми в той же час дотримувались власних викладених вище поглядів, представлених з точки зору теорії систем.

Вказане дало підставу стверджувати, що концептуальні підходи до розвитку вітчизняної сестринської справи повинні носити системний комплексний характер і базуватись на:

– державній політиці стосовно сестринської справи та визначенні її ролі і завдань у реформуванні системи охорони здоров'я країни;

– удосконаленні законодавства в галузі охорони здоров'я в частині медсестринства;

– пріоритетному фінансуванні програм розвитку медсестринства;

– науковому обґрунтуванні кадрової політики (номенклатури медсестринських кадрів, потреб у медсестринському персоналі різних категорій, взаємостосунки з лікарями та іншими працівниками галузі);

– системі багаторівневої неперервної професійної освіти медсестринського персоналу з визначенням типів освітньо-професійних навчальних закладів, стандартів професійної підготовки медичних сестер, форм та принципів їх атестації;

– змісті професійної медсестринської діяльності у відповідності з державними стандартами, видами та формами медсестринської допомоги;

– формуванні спеціаліста якісно нового типу у напрямку переходу від технічного помічника лікаря до фахівця, спроможного при необхідності діяти самостійно;

– наукових засадах системи управління медсестринськими службами;

– наукових дослідженнях з найпріоритетніших проблем медсестринства;

– діяльності професійних медсестринських громадських організацій;

– рівноправному та взаємовигідному міжнародному співробітництві та партнерстві у розвитку та удосконаленні сестринської справи.

Таким чином, інструментами реалізації в Україні вперше запропонованих концептуальних підходів до розвитку вітчизняної сестринської справи повинні стати держава, правова та нормативна її база, система охорони здоров'я, професійна освіта, наука в галузі медсестринства, громадські організації і міжнародне співробітництво.

Врахування і поєднання складових, які творять сестринську справу (медсестринську освіту і різні сучасні види медсестринської діяльності), дали можливість розробити концептуальні підходи до розвитку сестринської справи в Україні (рис. 1).

Виходячи з законодавчих та нормативних документів, які врегульовують освітню діяльність в Україні, нами представлена система ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти I-IV рівнів, яка забезпечить реалізацію сучасних видів і напрямків медсестринської допомоги і діяльності відповідно до міжнародного досвіду та стандартів.

При цьому кожний наступний рівень професійної кваліфікації та посадових можливостей базується на попередньому і включає новий комплекс знань та практичних навичок і вмінь, які забезпечують випускникам цього ступеня освіти виконання нових професійних функцій на якісно вищому рівні.

Як видно з рис. 1, сестринська справа, на що уже вказувалось, розглядається нами з позиції системності, що дозволяє представити її у вигляді двох взаємопов'язаних підсистем: медсестринської освіти і медсестринської діяльності. При цьому в підсистемі освіти нами виділені її обсяги (початкова вища, базова вища, повна вища) та залежні від неї рівні (I – медсестра-молодший спеціаліст, II – медсестра-бакалавр медицини, III-IV – медсестра-спеціаліст, магістр).

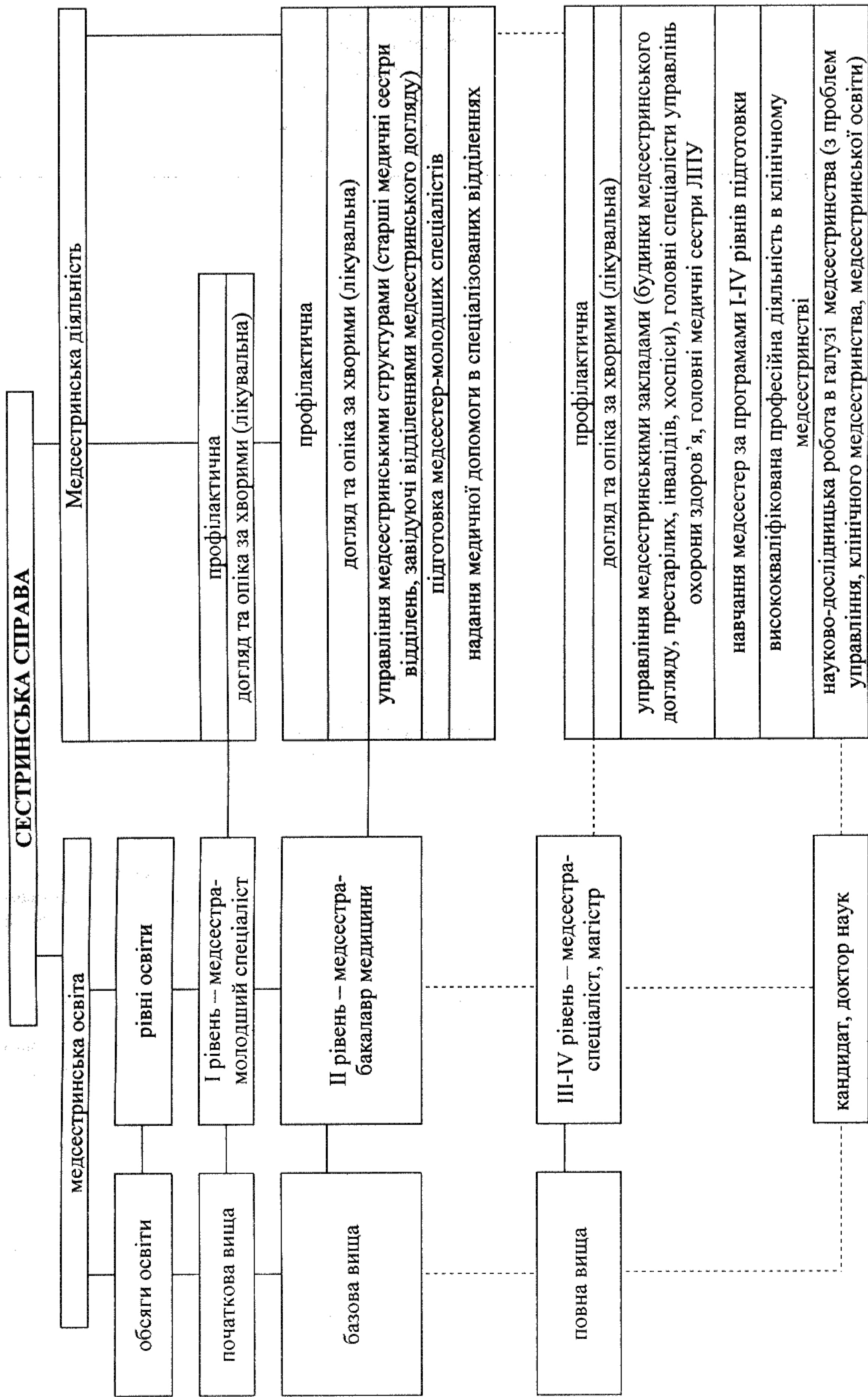


Рис. 1. Концептуальні підходи до розвитку сестринської справи в Україні.

Щодо медсестринської діяльності, то вона передбачається залежно від рівня освіти:

– медична сестра-молодший спеціаліст покликана здійснювати лише профілактичну діяльність, догляд та опіку за хворими;

– медична сестра-бакалавр медицини, в доповнення до наведеного, покликана здійснювати управління медсестринськими структурами (старшими медичними сестрами відділень та завідуючими відділеннями медсестринського догляду), надавати медичну допомогу в спеціалізованих відділеннях, брати участь у підготовці медсестер-молодших спеціалістів;

– медична сестра-спеціаліст (магістр), крім вмінь і навичок медичних сестер I та II рівнів, розширює свою діяльність за рахунок висококваліфікованої професійної діяльності в клінічному медсестринстві, а також шляхом управління не окремими медсестринськими структурами, але вже певними медсестринськими закладами (будинками медсестринського догляду, престарілих, інвалідів, хоспісами), посідання управлінських посад (головних спеціалістів управлінь охорони здоров'я, головних медичних сестер лікувально-профілактичних закладів). Як висококваліфіковані спеціалісти, вони залучаються до викладацької діяльності – навчання медсестер за програмами I-IV рівнів підготовки.

#### Література

1. Всемирная организация здравоохранения. Сер. техн. докл. – Женева, 1967. – №347. – 45 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Восьмая общая программа работы (на период 1990-1995 гг. включительно) // Здоровье для всех. – Женева, 1987. – №10. – 287 с.
3. Державний класифікатор України. Класифікатор професій. ДК 003-95// Держстандарт України. – Київ, 2001. – С. 8-20.
4. Конвенция о занятости и условиях труда и жизни медсестринского персонала // Международная конвенция труда. – 1977. – С. 167-171.
5. EB 83/6. Роль медсестринского и акушерского персонала в стратегии здоровья для всех // Доклад Генерального директора на 83-ей сессии Исполнительного

Особливістю діяльності медичних сестер-спеціалістів (магістрів) є вперше в Україні передбачена концептуальними підходами їх участь у проведенні науково-дослідницької роботи в галузі медсестринства, зокрема в частині управління, клінічного медсестринства і медсестринської освіти, кінцевим результатом чого стає можливість захисту кандидатських і докторських дисертацій з проблем медсестринства.

Реалізація концептуальних напрямків розвитку сестринської справи ставиться в повну залежність від взаємодії медичної сестри і суспільства, що передбачає взаємну відповідальність: медсестри – перед суспільством (у тому числі і перед пацієнтом), а суспільства – перед медичною сестрою шляхом визнання важливості ролі сестринської справи в системі охорони здоров'я, її заохочення та регламентування відповідними законодавчими актами.

**Висновок.** Подальший розвиток і приведення змісту медсестринської освіти у відповідність до різних видів медсестринської діяльності залежно від напрямків та етапів надання медичної допомоги населенню в сучасних умовах реформування вітчизняної охорони здоров'я забезпечить запровадження нових прогресивних методів медсестринської діяльності та інтеграцію вітчизняної медсестринської освіти в міжнародну систему підготовки медичних сестер.

Комитета, 17 октября 1988 г. – 17 с.

6. EB 89/13. Укрепление медсестринского и акушерского персонала в поддержку стратегии достижения здоровья для всех // Доклад Генерального директора / 89-ой сессии Исполнительного Комитета. – М., 1991. – 90 с.

7. WHA 30.43. Резолюция Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. – 1977. – 13 с.

8. WHO 36.11. Роль медсестринского (акушерского) персонала в реализации стратегии достижения здоровья для всех // Тридцать шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. – 13 мая 1983 г. – 52 с.

9. Янтер Дж., Томпсон П. Перспективы партнёрства в области сестринского дела // Медицинская помощь. – 1996. – №5. – С. 42-45.

# ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 61:004.45:378.147

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В САМОСТІЙНІЙ ПОЗААУДИТОРНІЙ РОБОТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

М.І. Яблучанський, С.М. Панчук, О.Ю. Бичкова, Н.В. Лисенко,  
Л.А. Мартим'янова

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна*

## EXPERIENCE OF USE OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE SELF-DEPENDENT EXTRACURRICULAR WORK OF MEDICAL STUDENTS

M.I. Yabluchansky, S.M. Panchuk, O.Yu. Bychkova, N.V. Lysenko,  
L.A. Martymianova

*Kharkiv National University by V.N. Karazin*

Самостійна позааудиторна робота студентів (СПРС) – важлива складова навчального процесу. Її ефективність підвищується за умов використання сучасних інформаційних технологій та створення нових більш ефективних форм та методів навчання. В статті викладено досвід організації самостійної роботи студентів-медиків.

Extracurricular self-work of students (SEWS) is an important component of training process. Its effectiveness is risen in the condition of using of modern information technologies and creation of new more effective forms and methods of education. The experience of organization of self-dependent work of medical students is presented in the article.

**Вступ.** Протягом життя одного покоління комп'ютеризація та інформатизація стали елементом загальнолюдської культури. Якщо на початковому етапі комп'ютер розглядався як новий об'єкт для вивчення, то зараз він є засобом для оволодіння навиками кваліфікованого використання інформаційних систем для розв'язування з їх допомогою практичних задач.

Самостійна позааудиторна робота студентів (СПРС) посідає провідне місце в світовій медичній освіті. Її змістовність та ефективність, як складової навчального процесу, значною мірою обумовлює можливість отримання майбутнім лікарем права на самостійну діяльність після успішного складання ним уніфікованого інтегрованого ступеневого тестового контролю, наприклад Step 1, Step 2 в United State Medical License Exam (USMLE) [1]. В цих умовах ще більше зростає вагомість СПРС у становленні студента-медика як майбутнього фахівця.

**Основна частина.** Характерною ознакою сучасного навчального закладу є впровадження в

навчальний процес наукоємних технологій, особливо інформаційних. Прикладом впливу науково-технічного прогресу на навчальний процес є виникнення і розвиток нового напрямку навчання – телеосвіти. А такий різновид телеосвіти, як дистанційне навчання, вже добре зарекомендував себе для всіх можливих варіантів заочної освіти.

Надзвичайно актуальним є застосування методів телеосвіти у навчальному процесі та СПРС. Іншими словами, використовуючи телекомунікаційні системи, студент-медик або дипломований спеціаліст може відвідувати лекції і практичні заняття відомих вчених, брати участь у клінічних телеконференціях, телеконсультаціях. Саме тому розвиток телекомунікацій робить навчання студента ефективним, а систему СПРС практично постійною.

Найбільш перспективним є проведення відеолекцій у режимі “реального часу”. При цьому забезпечується аудіо- і відеоконтакт аудиторії з лектором, що створює ефект його безпосередньої присутності. Такий режим вимагає доступу до Інтернету по електронних цифрових лініях із швидкістю не

менше 128 кбіт/с. Слід зазначити, що цифровий зв'язок є цілком доступним для навчальних закладів України.

Протягом останніх років в Україні послідовно впроваджуються заходи щодо приведення системи вищої медичної освіти до світових стандартів. Серед них – перегляд навчальних планів та програм із збільшенням кількості годин на СПРС, поступове впровадження ступеневого Всеукраїнського ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок” (далі КРОК) за напрямками “Медицина” та “Фармація”, проведення у якості пілотного єдиного Державного практично орієнтованого випускного іспиту [2].

З метою органічного приєднання до світових стандартів вищої медичної освіти, поліпшення якості теоретичної та практичної підготовки студентів нами впроваджено низку заходів, які підвищують змістовність та ефективність СПРС:

1. Збільшення в межах дозволеного типовим навчальним планом обсягу викладання комп'ютерних дисциплін щодо їх використання для отримання сучасних знань та застосування у медичній галузі.

2. Залучення в позааудиторний час студентів до створення бази сучасної медичної інформації (Intranet) у різних напрямках медицини із використанням можливостей Internet та її постійного оновлення.

3. Створення достатньої кількості комп'ютерних класів, об'єднання їх в єдину мережу та вільний доступ співробітників та студентів факультету в

аудиторний та, переважно, позааудиторний час до бази медичної інформації (Intranet).

4. Надання можливостей вільного доступу до створених викладачами факультету мультимедійних лекцій із фундаментальних та клінічних дисциплін, віртуальних клінічних конференцій (розгляд клінічних випадків), відеофільмів та освітніх програм на сучасних носіях.

5. Впровадження в навчальний процес комп'ютерних програм, які містять оригінальні тести, надані Центром тестування МОЗ України, та тести USMLE та їх аналоги, що дозволяє контролювати якість засвоєння знань студентів та допомагає їм більш ретельно готуватися до поточного контролю та екзаменів, в тому числі КРОКу.

**Висновки.** 1. Започаткована нами система СПРС є важливою складовою навчального процесу та сприяє розвитку самостійності студентів, покращує оволодіння сучасною медичною інформацією, розширює світогляд майбутнього лікаря, формує клінічне мислення, готує до здобуття знань протягом всього життя.

2. Активне впровадження сучасних інформаційних технологій в освіту і медицину обумовлює необхідність постійного удосконалення вже існуючих та створення нових більш ефективних форм та методів навчання, що можливо лише при спільних зусиллях усіх зацікавлених, незалежно від підпорядкування, сторін.

совець О.П. Сучасний стан та проблеми освітньо-професійної підготовки лікарів та провізорів в Україні // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України: Матеріали науково-методичної конференції (Чернівці, 20-22 листопада 2002 року). – Чернівці, 2002. – С.3-13.

### Література

1. Яблунчанський М.І., Панчук С.М. Безперервна післядипломна медична освіта в Україні як засіб покращення якості медичної допомоги населенню // Часопис Всеукраїнського лікарського товариства “Українські медичні вісті”. – 2003. – Т. 5, № 1(63). – С. 25.

2. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С., Воло-

УДК 615 (075.5)

## УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ІНТЕРНІВ-ТЕРАПЕВТІВ

О.І. Дядик, А.Е. Багрій, В.Б. Гнилицька, А.Л. Христуленко,  
М.В. Хоменко, І.І. Здоховська, Н.В. Мальцева, С.С. Чубенко,  
О.В. Щукіна, В.О. Гайдуков, Я.Ю. Галаєва, О.Л. Стулікова  
*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького*

## IMPROVING OF THE SELF-TRAINING OF THE THERAPEUTISTS DURING IN-HOSPITAL INTERNATURE

O.I. Dyadyk, A.E. Bagriy, V.B. Gnylytska, A.L. Khrystulenko,  
M.V. Khomenko, I.I. Zdykhovska, S.S. Chubenko, N.V. Maltseva,  
O.V. Schukina, V.O. Gaydukov, Ya.Yu. Galayeva, O.L. Stulikova  
*Donetsk State Medical University by M. Horky*

У роботі представлений досвід організації самостійної роботи лікарів-інтернів терапевтів на кафедрі терапії факультету післядипломної освіти Донецького медичного університету, де разом з традиційними методами (робота з методичними рекомендаціями, рекомендованою літературою, cura хворих, рішення ситуаційних задач, що моделюють роботу з хворими) використовується також участь у клінічних конференціях. Розгляд всіх етапів організації таких конференцій висвітлює методи підвищення ефективності самостійної роботи інтернів.

The article deals with improvement of postgraduate education for general practitioners during in-hospital internature including different aspects of theoretical and practical training. Special attention should be paid to the detailed self-teaching of educated persons in modern aspects of diagnostics, treatment and prevention in internal medicine. The approaches to out-auditorial training and improving of postgraduate education efficacy are also discussed.

**Вступ.** Один з напрямків підвищення ефективності навчання лікарів-інтернів полягає в наданні умов для інтенсифікації активної розумової діяльності, яка найкраще стимулюється в процесі самостійної роботи [1-3].

На кафедрі терапії факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету ім. М. Горького з метою підвищення ефективності позааудиторної підготовки інтернів-терапевтів прийнято здійснювати в процесі навчання разом з традиційними методами (робота з методичними рекомендаціями, рекомендованою літературою, cura хворих, рішення ситуаційних задач, що моделюють роботу з хворими) також підготовку і проведення лікарями-інтернами щотижневих клінічних конференцій, які спрямовані на максимальну активізацію самостійної творчої роботи лікарів-інтернів, удосконалення їх клінічного мислення, опрацювання навичок діагностичного пошуку, лікарської деонтології [4].

**Основна частина.** Тематика клінічних конференцій встановлюється з урахуванням актуальності

патологій внутрішніх органів, що вивчаються лікарями-інтернами терапевтами. Про тему конференції інформуються також всі співробітники клініки, що дає їм можливість заздалегідь ознайомитися з проблемними питаннями і активно брати участь у дискусії. В разі потреби обговорення діагнозу, лікування, прогнозу з фахівцями різного профілю на конференцію запрошуються спеціалісти суміжних спеціальностей – хірурги, рентгенологи, дерматовенерологи, реаніматологи, морфологи тощо.

Кожну конференцію готує академічна група лікарів-інтернів, викладачу надаються функції консультанта і керівника. На етапі підготовки інтерни одержують від викладача індивідуальні завдання з ретельного вивчення обраних клінічних випадків, складання діагностичної та лікувальної програм, визначення безпосереднього та віддаленого прогнозу, заходів профілактики, що підсумовується в реферативних повідомленнях з використанням додаткових джерел монографічних і періодичних видань. Таким чином, лікарі-інтерни виконують великий обсяг самостійної роботи, що супроводжується

© О.І. Дядик, А.Е. Багрій, В.Б. Гнилицька та інш., 2004



осмисленням суб'єктивних і об'єктивних ознак захворювання, патофізіологічного їх обґрунтування, оцінки інформативності додаткових лабораторних і інструментальних методів дослідження, оптимізації тактики диференційної діагностики, лікування, профілактики, прогнозування безпосереднього та віддаленого виходу захворювання. Для підготовки доповідей інтерни використовують не тільки демонстраційний архів кафедри, але й самостійно готують додаткові ілюстрації.

Проведення конференції передбачає доповідь про історію хвороби, демонстрацію хворого, повідомлення з питань визначення стратегії і тактики ведення хворого. Головуючий на початку конференції

обґрунтовує актуальність обраної проблеми, а наприкінці підсумовує вирішення стратегічних завдань у веденні хворого, дає оцінку виконаної інтернами роботи.

**Висновки:** 1. Самостійна підготовка інтернів до конференцій сприяє формуванню лікарського мислення на основі активного відношення до справи, а виступи у високопрофесійній аудиторії удосконалюють мистецтво формування своєї думки та коректного ведення дискусії.

2. Участь у науково-практичних конференціях дає можливість інтернам проявити себе як потенційних науковців і отримати змогу продовжити навчання у клінічній ординатурі чи аспірантурі.

#### **Література**

1. Гирін В.М. Післядипломна медична освіта: проблеми і перспективи їх формування на етапі перебудовних процесів у галузі охорони здоров'я України // Медична освіта. – 1999. – №1. – С.16-20.

2. Портус Р.М., Резніченко Г.І. Самостійна робота інтернів на клінічних кафедрах // Практичне заняття у підготовці лікарів і провізорів. Збірник науково-методичних

праць. КМАПО ім.П.Л.Шупика, – Київ, 2001. – С.70-73.

3. Стародуб Є.М. Особливості викладання терапії на факультеті післядипломної освіти // Медична освіта. – 1999. – №1. – С. 59-62.

4. Казаков В.Н., Талалаєнко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г. Высшее медицинское образование (методология, управление). – Донецк: Здоровье, 1992. – 226 с.

УДК[611+612]:371.3

## **СУЧАСНА ІНФРАСТРУКТУРА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЇЇ ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ**

**Н. Ващенко**

*Одеське обласне базове медичне училище*

## **MODERN INFRASTRUCTURE OF INFORMATION IN PUBLIC HEALTH OF UKRAINE AND ITS ECONOMIC ASPECTS**

**N. Vaschenko**

*Odessa Regional Basic Medical College*

Розглянуто питання комп'ютеризації в медицині та її напрямки, правове забезпечення інформації, захист інформації та прав її користувачів, економічні аспекти інформатизації.

The questions of computerization in medicine and its directions, legal maintenance of the information and rights of the users, economic aspects of information are considered.

**Вступ.** При вивченні предмета "Медична інформатика" велику увагу необхідно звертати на такі питання, як: комп'ютеризація в медицині та напрямки її розвитку, правове забезпечення інформації, сучасна інфраструктура інформатизації, її

економічні аспекти, розвиток та створення нових технологій.

Для одержання позитивного результату у різній сфері людської діяльності замало збільшити активність лише в одному напрямку, навіть якщо це створення нових інформаційних технологій. Для

цього повинна існувати відповідна інформаційна інфраструктура. Вона має бути забезпечена за допомогою комп'ютерних засобів при відповідних економічних та правових механізмах.

**Основна частина.** Інформаційна інфраструктура – поєднання технічних, програмних, інформаційних, організаційних, економічних, правових, нормативних та інших засобів та методів, які створюють умови для ефективної інформатизації.

Зараз інформаційна інфраструктура охорони здоров'я в Україні формується на державному, регіональному, територіальному рівнях та у закладах охорони здоров'я.

Інформаційні системи лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) є основою для одержання повної, адекватної та сучасної інформації. Тут на конкретних даних формується інформація про ресурси та якість роботи закладів, збирається інформація про пацієнтів. Тут закладена основа інформаційного поля галузі [1].

Комп'ютери – це основа технічного оснащення галузі.

Комп'ютерні технології включають в себе:

1. Комп'ютери.
2. Засоби відображення.
3. Засоби для зберігання інформації (носії інформації).
4. Засоби передачі інформації.

Процес комп'ютеризації закладів охорони здоров'я поділяють на три етапи:

- Початковий (кожний заклад купував ту техніку, на яку вистачало грошей).
- Осередковий (кушляли переважно IBM-сумісні комп'ютери).
- Сьогоденний – почалося придбання локальних мереж та багатьох термінальних комплексів.

Але, взагалі, галузь погано забезпечена сучасною технікою, бо багато сил та коштів було вкладено в перший етап.

Важливість наявності сучасної техніки не означає, що комп'ютери повинні стояти у кожному кабінеті, де часто їх використовують лише як засіб друкування. Адже комп'ютерна техніка у першу чергу необхідна для створення та зберігання необхідних баз даних (БД), для того, щоб зібрати, обробити та використовувати необхідну інформацію.

Перед тим, як почати комп'ютеризацію закладу, треба вибрати розробника, поставника готових програм. Якщо ви вибрали фірму, яка буде розробляти для вас програмне забезпечення (а таких фірм,

що спеціалізуються на охороні здоров'я, дуже мало), спочатку випробуйте 3-4 програмних продукти цієї фірми, а вже потім заключайте договір, в якому обов'язково повинен бути пункт щодо гарантійного обслуговування, а при необхідності – доопрацювання пакету програм.

В процесі комп'ютеризації не треба повністю орієнтуватися на погляд програмістів, бо вони, за деяким винятком, не знають лікувальної специфіки.

Якщо є можливість, треба орієнтуватися на установку локальної мережі, це дасть ряд переваг у роботі, як то:

- єдину ідеологію комп'ютеризації;
- єдине використання програмних засобів;
- єдиний доступ до апаратних засобів усіх користувачів;
- можливість підключення електронної пошти.

Спочатку рекомендують комп'ютеризувати адміністративно-господарські, потім лікувальні і, на кінець, лікувально-діагностичні служби.

Якщо є можливість, треба купувати готові автоматизовані системи (АС) для приймального відділення, аптеки, відділу кадрів, бухгалтерії, складу. Треба використовувати стандартне програмне забезпечення (Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Access та ін.).

Такі питання, як контроль за високим рівнем медичного обслуговування, раціональним використанням кадрових, матеріально-технічних та фінансових ресурсів вирішуються лише завдяки комп'ютеризації закладів охорони здоров'я.

Безумовно, основною метою комп'ютеризації лікувально-профілактичних закладів є централізація даних. Найбільш ефективним є створення інформаційних систем нагляду за станом пацієнтів, як то: автоматизоване ведення історії хвороби, комплексне рішення різних фінансово-економічних, лікувальних і лікувально-діагностичних завдань.

Комп'ютеризація закладів охорони здоров'я суттєво впливає на рівень медичного обслуговування, раціональне використання кадрових, матеріально-технічних та фінансових ресурсів.

Із сучасної літератури (як періодичної, так і наукової) можна зробити висновок, що при формуванні інформаційного середовища галузі етап комп'ютеризації вже пройшов [2]. Але, на жаль, це не зовсім так. У багатьох закладах працюють малопотужні машини, а деякі заклади їх і зовсім не мають. Тому важливі на сучасному етапі модернізація, розробка та впровадження засобів передачі даних, систем автоматизованого зчитування інформації і т. п.

На жаль, реформування інформаційної інфраструктури охорони здоров'я супроводжується негативними явищами, як то: скороченням чи ліквідацією інформаційних служб, патентних підрозділів, науково-технічних та медичних бібліотек. Але, поруч з цим, створюються і нові структури: служба акредитації і ліцензування, служба медичних експертів, служба стандартизації.

Увесь інформаційний простір медицини та охорони здоров'я складається із:

- інформації, яка використовується для керування галуззю;
- інформації, яка забезпечує виробничі процеси (сюди входить і елемент купівлі-продажу).

Те, що інформація стала об'єктом купівлі та продажу, стало причиною створення багатьох інформаційних систем та програмних продуктів. Але на Україні ринок інформаційних послуг тільки починає створюватись, і, на жаль, його розвиток не дуже інтенсивний. Це має місце не тому, що недоцінюють значення інформації для прогресу галузі, а тому, що дуже низька купівельна спроможність і слабо розвинена конкуренція [3].

На сьогоднішній день властивостями товару володіють, передусім, комерційні бази даних. Але в медицині вони знаходяться на початковій стадії свого формування. Зараз, в основному, вони включають комерційно-привабливу інформацію: з фармації, страхової справи, нормативних документів, експертних прогнозів, бібліографічних довідок.

Важливий вплив на інформаційні процеси галузі має правове забезпечення інформатизації – це нормативні правові акти, які регулюють відношення, пов'язані зі створенням та використанням інформації [4]. Сертифікація інформаційних систем, технологій і засобів їх забезпечення є однією із важливих умов вирішення цього завдання.

Безпеку медичної інформації треба розглядати та забезпечувати з двох сторін. По-перше, з точки зору безпеки держави та галузі, по-друге, забезпечення прав на конфіденціальність інформації про стан здоров'я кожного пацієнта. Рішення цього питання дуже важливе тому, що в сучасних інформаційних системах можливе легке і непомітне внесення змін в дані. Запобігти останньому можна через забезпечення блокування доступу до інформації на робочих місцях та по каналах зв'язку. З точки зору забезпечення безпеки інформації не треба забувати і про можливість пошкодження комп'ютерних систем через комп'ютерні віруси. На сьогодні забез-

печення безпеки з цього боку є складним технічним завданням [4].

Треба підкреслити, що поняття "інформатизація" набагато ширше, ніж "комп'ютеризація", і робота з інформацією здійснюється не в умовах комп'ютеризації, а з її допомогою.

Рішення завдань підвищення ефективності управління галуззю та якості медичної допомоги залежить від рівня взаємодії між інформаційними системами. Вимоги до засобів інформатизації в медицині формуються на основі принципів відкритих систем з використанням методів функціональної стандартизації. Такий підхід забезпечує можливість нарощування інформаційних систем без їх модифікації з використанням універсальних програмних засобів, дозволяє реалізовувати різні технічні засоби та взаємозв'язок з іншими інформаційними системами при необхідному рівні захисту інформації [5].

**Висновки.** 1. При викладанні предмета "Медична інформатика" особливу увагу студентів треба звертати на такі моменти:

- впровадження інформаційних систем будь-якого рівня не зможе дати якісного результату роботи без технічного, програмного, організаційного, технологічного, економічного, правового та нормативного забезпечення;

- інформаційні системи, які використовують в охороні здоров'я, відповідають загальним властивостям інформаційних систем, але мають і свою специфіку, яка полягає в забезпеченні позитивного ефекту лікувально-діагностичного процесу та конфіденціальності інформації про пацієнта;

- медицина та охорона здоров'я з розповсюдженням в них інформаційних систем все більше включаються в коло конкретних регламентованих правових та економічних відношень.

2. Перспектива розвитку галузі охорони здоров'я на основі всебічної інформатизації полягає в:

- розширенні єдиного інформаційного простору галузі;

- автоматизації діяльності закладів;

- розвитку сучасних технологій зв'язку і телекомунікацій;

- впровадженні комп'ютерних технологій в діагностику та лікування;

- розробці та впровадженні телемедичних технологій в процеси консультацій, діагностики та лікування, а також навчання.

## Література

1. Гасников В.К. Основы научного управления и информатизации в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В.Н.Савельева, В.Ф. Мартыненко. – Ижевск: Вектор, 1997. – 169с.

2. Информатизация процессов охраны здоровья населения / Под общ. ред. А.Д. Царегородцева – М.: ВНИИ проблем вычислительной техники и информатизации, 1995. – 148 с.

3. Кучеренко В.З., Гришин В.В., Шамшурина Н.Г. и др. Экономика здравоохранения: Учебное пособие – М., 1996. – 144 с.

4. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.

5. Ващенко Н.М. Медична інформатика: Навчальний посібник. – Одеське обласне базове медичне училище, 2001. – 112 с.

УДК 615:371.321

## МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ОСНОВ ЛІКАРСЬКОЇ РЕЦЕПТУРИ В МЕДИЧНОМУ ВНЗ

М.П. Скакун, О.М. Олещук, І.П. Мосейчук, Н.М. Мулярчук,  
О.В. Гриців, Т.А. Лебедева

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

## METHODICAL PROVIDING OF PHARMACOLOGY AND MEDICAL PRESCRIPTION PRACTICAL CLASSES IN THE HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

M.P. Skakun, O.M. Oleshchuk, I.P. Moseichuk, N.M. Mulyarchuk,  
O.V. Grytsiv, T.A. Lebedeva

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

В роботі представлено узагальнення досвіду створення методичного забезпечення практичних занять з фармакології та лікарської рецептури. Особливу увагу при створенні методичних матеріалів для студентів, на думку авторів, слід приділяти не тільки питанням базової фармакології, а й основам фармакотерапії, включаючи невідкладні стани, хронофармакологію, фармакогенетику.

This article summarizes the experience of the methodical providing of pharmacology and medical prescription practical classes' creation. The special attention in this case should be paid, in opinion of authors, to the necessity to include not only the questions of basic pharmacology but also to the bases of pharmacotherapy, including emergency states, chronopharmacology, pharmacogenetics.

**Вступ.** Постійне вдосконалення навчального процесу в медичних, як і в будь-яких інших ВНЗ країни, є одним із провідних службових обов'язків усіх викладачів. Реалізація основної мети вищого навчального медичного закладу – підготовка лікаря, здатного у своїй практичній та науковій діяльності свідомо і грамотно користуватися набутими знаннями і навичками, можлива лише при наявності добротного навчально-методичного матеріалу [1]. Це, перш за все, відноситься до створення матеріалів

з методичного забезпечення навчального процесу, зокрема практичних занять відповідно до сучасних технологій навчання.

**Основна частина.** Цій роботі колектив кафедри фармакології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського постійно приділяє багато уваги. Так, уже на третьому році існування кафедри були створені і видані типографським способом “Методические указания к лабораторным занятиям по фармакологии и врачебной рецептуре” (1960) [2] і “Краткое пособие по рецептуре” (1960)

© М.П. Скакун, О.М. Олещук, І.П. Мосейчук,  
2004

[3]. Ці видання регламентували позааудиторну підготовку студентів лікувального факультету, містили алгоритм відповідних завдань, які вони зобов'язані були виконувати як в процесі підготовки, так і на практичних заняттях.

З часом, в міру накопичення досвіду і врахування відомчих вимог, методичні посібники і рекомендації систематично перероблялись і доповнювались. Зокрема, були видані "Методические разработки по курсу фармакологии с элементами программированного обучения и контроля" (1972) [4], "Основы фармакологии и фармакогенетика развивающегося организма" (1976) [5], "Методические указания по фармакологии и врачебной рецептуре" (частина I (1985) [6] і частина II [7]) тощо.

Після проголошення України як самостійної демократичної держави вся навчальна література нашої кафедри випускається лише державною мовою. Зокрема, в 1992 і 2000 роках були оприлюднені "Методичні рекомендації з фармакології і лікарської рецептури (для самостійної позааудиторної і аудиторної роботи студентів)" [8]. В них до кожної теми наведена програма самопідготовки студентів і методика виконання ними практичної роботи.

Програма самостійної підготовки передбачає перелік основних питань теми (теоретична підготовка після вивчення матеріалу підручника і прослуховування відповідної лекції) і самостійне виконання 3-4 завдань. Так, по темі "М- і Н-холіноміметичні засоби" передбачено виконання 3 завдань. Мета першого з них полягає в самостійному контролі студентами засвоєння фармакології відповідних препаратів шляхом відповіді на наступні запитання: 1. Чим відрізняються за будовою і функцією симпатичний і парасимпатичний відділи вегетативної нервової системи? 2. Які нерви є холінергічними, а які адренергічними? 3. Де локалізуються М-холінорецептори, Н-холінорецептори, адренорецептори? 4. Основні сторони фармакодинаміки і механізму дії холіноміметичних і холінолітичних засобів. 5. Чому М-холіноміметичні (пілокарпін, адеклідін) і антихолінестеразні засоби (прозерин, фізостигмін) знижують внутрішньоочний тиск? 6. Чим подібні і чим відрізняються антихолінестеразні та М- і Н-холіноміметичні засоби? 7. Для лікування яких захворювань використовують антихолінестеразні засоби? 8. Які заходи проводяться при гострому отруєнні антихолінестеразними засобами?

Завдання друге передбачає раціональний відбір лікарських засобів для використання в наступних ситуаціях: 1. Хворим з післяопераційною атонією

кишечника і сечового міхура. 2. Хворим із залишковими явищами після перенесеного поліомієліту. 3. Хворим для лікування глаукоми. 4. Хворим, у яких розвинулась атонія м'язів через використання міорелаксантів антидеполяризуючого типу дії для відновлення тону скелетної мускулатури в післяопераційний період. 5. Які препарати використовуються для стимуляції пологової діяльності?

Третє завдання передбачає вирішення ситуаційних задач відповідно до теми заняття, зокрема:

1) Хворому для ліквідації післяопераційної атонії кишечника призначено лікарський засіб, який викликав посилення секреції слинних і потових залоз, підвищення перистальтики кишківника, спазм бронхів. Який препарат введено хворому? Механізм його дії.

2) Чоловік помилково випив розчин хлорофосу. Невдовзі виникло сильне пото- і слиновиділення, нудота, блювання, пронос, міоз, бронхоспазм і бронхорея, фібриляція м'язів, брадикардія, гіпотензія. Створити програму надання індивідуальної високоєфективної і безпечної медичної допомоги.

Самостійна аудиторна робота студентів також регламентується комплексом завдань, які вирішуються під контролем викладачів. Це, перш за все, постановка відповідних експериментів і аналіз їх результатів, перегляд слайдів і таблиць, виписування рецептів. Підсумковий контроль за якістю засвоєння програмного матеріалу здійснюється шляхом виконання кожним студентом індивідуального завдання, в яке включається: а) виписування рецептів на вказані препарати з визначенням їх групової належності і показань до застосування в медичній практиці; б) визначення лікарського засобу при відповідній патології; в) аналіз результатів раніше поставленого експерименту; г) аналіз клінічної ситуації.

Так, з цієї ж теми можливий варіант індивідуального контрольованого завдання має наступний вигляд:

1) Виписати рецепти на фосфакол в очних краплях, прозерин в ампулах, галантаміну гідробромід, дипіроксим. 2) Вказати препарат для попередження і лікування післяопераційної атонії кишечника та сечового міхура. 3) Проаналізувати результати експериментів по дії ацетилхоліну і атропіну на моторику ізольованого кишечника жаби. 4) Проаналізувати клінічну ситуацію. Дитина, 8 років, випила півфлакона (10 мл) очних крапель своєї бабусі. Через 30 хв виникли надмірне слино-, потовиділення, різкий міоз, утруднене дихання, нудота, блювання, пронос. Чим викликано отруєння? Заходи допомоги.

Інформація щодо основ лікарської рецептури і регламентація роботи студентів з освоєння ними правил виписування рецептів на будь-які лікарські форми наведені нами в окремих методичних рекомендаціях. Вони раніше неодноразово друкувалися російською мовою, в 1998 році – українською під назвою “Основи лікарської рецептури (методичні рекомендації для студентів)”[9]. В цьому виданні підкреслюється, що безпомилкове і швидке оформлення рецептів на різні лікарські форми є складовою іміджу лікаря будь-якого фаху. Тому в запропонованих методичних рекомендаціях детально висвітлені сучасні вимоги і правила виписування рецептів, які ілюструються конкретними прикладами, наводяться необхідні розрахунки при виписуванні магістральних лікарських форм, містяться завдання для самостійної підготовки студентів. Приділена увага правилам зберігання та обліку рецептурних бланків, відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек, сучасним вимогам щодо предметно-кількісного обліку наркотичних і отруйних лікарських засобів в аптеках та лікувально-профілактичних закладах.

Останнє із шести 2-годинних практичних занять присвячене контролю якості засвоєння студентами основ лікарської рецептури. Для цього упродовж 45 хвилин кожен студент зобов'язаний виписати 18-20 рецептів по індивідуальному завданню, наприклад, виписати:

1. Сульфацил-натрій (Sulfacilum-natrium) з 10 % вмістом його в: а) присипці, б) мазі, в) пасті, г) очних каплях.

2. Йод (Iodum) в 1 % спиртовому розчині для обробки ран.

3. Атропіну сульфат (Atropini sulfas) в дозі 0,001 г для призначення 3 рази на день в: а) порошках, б) таблетках, в) свічках ректальних, г) розчині для приймання по 10 крапель 2 рази на день, 5 днів.

4. Атропіну сульфат (Atropini sulfas) в ампулах по 1 мл 0,1 % розчину, вводити підшкірно по 1 мл.

5. Екстракт чоловічої папороті густий (Extractum Filicis maris spissum) в желатинових капсулах по 0,5 г; прийняти 12 капсул протягом півгодини, запиваючи кожно розчином натрію гідрокарбонату.

6. Таблетки “Аерон” (Aeronum), по 1-2 таблетки під язик за півгодини до польоту.

7. Дигален-нео (Digalen-neo) по 1 мл в ампулі, 6 ампул, по 1 мл під шкіру щоденно.

8. Емульсію з 15 мл олії оливкової, приймати по 1 столовій ложці 3 рази в день.

9. Мікстуру, до складу якої входить настій кореню блювотного (radix Ipecacuanae), кодеїну фосфат

(Codeini phosphas), разова доза 0,01 г, натрію бензоат (Natrii benzoas, pro dosi 0,05г) і олія ганусова (Oleum Anisi) 10 крапель на всю мікстуру; по 1 столовій ложці 3 рази на день.

10. 200 мл 5 % розчину глюкози (Glucosum), для введення у вену.

11. Перерахувати латинською мовою формують речовини для паст.

Підсумкові заняття передбачені також при вивченні спеціальної фармакології, зокрема:

1. Лікарських засобів, які впливають на периферичну іннервацію.

2. Лікарських засобів, які впливають на центральну нервову систему.

3. Лікарських засобів, які впливають на функцію виконавчих органів.

4. Лікарських засобів, які впливають на обмін речовин.

На таких заняттях кожен студент отримує індивідуальне завдання, яке передбачає виписування рецептів, аналіз раніше поставленого експерименту, аналіз клінічної ситуації, визначення лікарського препарату відповідно до фармакологічної характеристики і перерахування препаратів однієї із фармакологічних груп із характеристикою механізму їх дії.

Наводимо одне з таких індивідуальних контрольних завдань до теми “Лікарські засоби, що впливають на центральну нервову систему”.

*Завдання 1.* Виписати рецепти на: натрію оксидират, спирт етиловий для стерилізації хірургічних інструментів, фенобарбітал, пентазоцину гідрохлорид у таблетках, парацетамол, етосуксимід у капсулах, дроперидол, сибазон в ампулах, анальгін, морфіну гідрохлорид в ампулах; вказати їх групову належність і основні показання до застосування.

*Завдання 2.* Проаналізувати експеримент. У 4 пробірки помістити по 0,2 г камфори і додати по 1 мл: в I – воду, в II – спирт, в III – ефір, в IV – олію соняшникову, потім збовтати. Зробити висновок про розчинність камфори і можливість використання її розчинів у медичній практиці.

*Завдання 3.* Проаналізувати клінічну ситуацію. Для лікування невроту хворий тривалий час приймав усередину лікарський засіб, внаслідок чого виникли кашель, нежить, кон'юнктивіт, шкірне висипання, погіршення пам'яті. Який препарат міг викликати ці явища? Чим вони зумовлені? Як називається це ускладнення? Заходи допомоги.

*Завдання 4.* Визначити препарат. Має протисудомну дію й ефективний при епілепсії, особливо при малих випадках. Основною ланкою механізму його

дії є вплив на метаболізм гама-аміномасляної кислоти. Побічні ефекти: нудота, блювання, біль в ділянці шлунка, сонливість, іноді порушується функція печінки, підшлункової залози, випадає волосся.

**Завдання 5.** Перерахувати програмні препарати антидепресантної дії.

Нами практикується також випуск навчальних посібників з актуальних проблем фармакології, наприклад, "Мікробіологічні і фармакологічні основи раціонального застосування антибіотиків" [10], "Фармакогенетика" [11] тощо. Необхідність у виданні останнього посібника викликана тим, що фармакогенетика вже давно є молекулярною основою сучасної фармакології, клінічної фармакології і фармакотерапії. Тому знайомство студентів медичних ВНЗ і лікарів факультету післядипломної освіти із сутністю цього фундаментального наукового напрямку молекулярної біології, його проблемами і завданням, сприятиме розширенню уявлень тих, хто навчається, про механізми взаємодії лікарських засобів з організмом, їх терапевтичну і токсичну дію. Це сприятиме також прогнозуванню високої ефек-

тивності і безпечності фармакотерапії не тільки спадкових, але й інших захворювань. Своїми рекомендаціями фармакогенетика полегшує здійснення лікарями сучасної концепції медицини: кожному хворому – індивідуальну програму високоефективного і безпечного лікування.

Про вивчення фармакогенетики на кафедрі фармакології повідомлялось раніше [12].

**Висновки.** 1. Методичне забезпечення практичних занять з фармакології та основ лікарської рецептури – дуже важлива і вкрай необхідна ланка навчально-виховної діяльності викладачів кафедри фармакології ВНЗ.

2. В розробці матеріалів з методичного забезпечення практичних занять слід приділяти увагу не тільки провідним проблемам базової фармакології (фармакокінетиці, фармакодинаміці, фармакотоксичності), але й основам фармакотерапії (перш за все невідкладних станів), фармакогенетики, хронофармакології та іншим науковим напрямкам сучасної фармакології.

#### Література

1. Ковальчук Л.Я. Фаховий підручник з дисципліни – складова якісної підготовки спеціалістів / Матеріали Всеукраїнської наук.-метод. конф. "Форма і зміст навчального підручника та інших навчально-методичних матеріалів для медичних вищих навчальних закладів України" (16-17.04.2003 р., м. Тернопіль) // Медична освіта. – 2003. – № 2. – С. 62-64.

2. Скакун Н.П., Пасечник И.Х., Кучерук и др. Методические указания к лабораторным занятиям по фармакологии и врачебной рецептуре / Н.П. Скакун, И.Х. Пасечник, А.С. Кучерук, Н.С. Бывшук. – Тернополь, 1960. – 192 с.

3. Скакун Н.П. Краткое пособие по рецептуре. – Тернополь, 1960. – 342 с.

4. Скакун Н.П., Олейник А.Н., Власов А.И. Методические разработки по курсу фармакологии с элементами программированного обучения и контроля. – Тернополь, 1972. – 158 с.

5. Скакун Н.П., Олейник А.Н., Шендевицкий В.И. Основы фармакологии и фармакогенетика развивающегося организма. – Тернополь, 1976. – 36 с.

6. Скакун Н.П., Олейник А.Н., Мулярчук Н.М. и др. Методические указания по фармакологии и врачебной

рецептуре (для самостоятельной внеаудиторной работы студентов) / Н.П. Скакун, А.Н. Олейник – Часть I. – Тернополь, 1985. – 75 с.

7. Методические указания по фармакологии и врачебной рецептуре (для самостоятельной аудиторной работы студентов) / Н.П. Скакун, А.Н. Олейник и др. – Часть II. – Тернополь, 1985. – 78 с.

8. Методичні рекомендації з фармакології і лікарської рецептури (для самостійної позааудиторної та аудиторної роботи студентів) / К.А. Посохова, М.П. Скакун, Н.М. Мулярчук та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 176 с.

9. Основи лікарської рецептури (методичні рекомендації для студентів) / К.А. Посохова та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 68 с.

10. Посохова К.А., Климяк С.І. Мікробіологічні і фармакологічні основи раціонального застосування антибіотиків – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 131 с.

11. Скакун М.П. Фармакогенетика: навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 212 с.

12. Скакун Н.П. О преподавании основ фармакогенетики в медицинском вузе // Клини. мед. – 1985. – № 3. – С. 132-135.

УДК 614.253 – 057.875

## ДЕОНТОЛОГІЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ

С.М. Андрейчин, В.О. Лихацька, С.Л. Маланчук

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

## DEONTOLOGICAL EDUCATION OF STUDENTS

S.M. Andreychyn, V.O. Lykhatska, S.L. Malanchuk

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

Важливу роль у становленні професійної культури майбутнього лікаря відіграють його моральні якості, деонтологічне виховання. Головними моментами деонтологічного виховання студентів можна вважати любов до своєї професії, рішучість, оптимізм, доброту, спостережливість, лікарську ерудицію, самовдосконалення.

The moral qualities and deontological education are very important in the professional culture of a young physician. Love to chosen profession, determination, optimism, kindness, attentiveness, professional competence, selfimprovement are considered to be the main points of deontological education.

**Вступ.** Деонтологія – це сукупність етичних норм, необхідних для виконання професійного обов'язку. Медична деонтологія – вчення про професійний обов'язок і принципи поведінки медичного персоналу, спрямовані на створення сприятливих умов одужання хворого. Це поняття включає також систему взаємовідносин між лікарем і пацієнтом.

Юридичними засадами деонтології є Конституція України, а також “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, введені в дію Постановою Верховної Ради України 19 листопада 1992 р.

Суспільство завжди цікавила особистість лікаря, його поведінка, морально-етичні й професійні вимоги до нього. Два з половиною тисячоліття тому це сформував Гіппократ у своїй відомій “Клятві”. За цей час змінилась медицина і ставлення до неї, але незмінними залишились обов'язки лікаря: підтримувати життя, полегшити страждання хворого, зберігати професійну таємницю [1].

У процесі вивчення та засвоєння програми з пропедевтики внутрішніх хвороб передбачається практичне застосування конкретних загальних деонтологічних принципів, які максимально сприяють підвищенню якості лікування, взаємовідносинам між медичним персоналом і пацієнтом.

**Основна частина.** Мета роботи – навчити студентів основам етики, ознайомитись з деонтологічними проблемами: особистістю лікаря, основними рисами медичного характеру, взаємовідносинами між лікарем і пацієнтом.

Максимально ці знання та вміння студенти одержують на кафедрах клінічного профілю, де під час

занять студенти мають безпосередній довготривалий контакт із пацієнтами.

Вдалим з цього приводу є вислів Тадеуша Калиновського: “Клініка – перш за все лікарня, і хоч додатково має роль навчання студентів, спеціалізація та підвищення кваліфікації лікарів, а також науково-дослідна робота – тут все повинно бути підпорядковано основному завданню – лікуванню хворих людей. Хворі в клініці не матеріал, не пробірка та хімічний реактив, а живі та переважно нещасні люди”.

Успішне клінічне виховання студентів можливе за умови правильного підходу до організації роботи в клініці. Під час курації студент працює з хворим самостійно. Процес вивчення основ деонтології здійснюється на всіх етапах роботи студентів у клініці:

- при індивідуальній роботі з хворими;
- при розборі історії хвороби пацієнта на практичному занятті;
- під час лекції.

Велике значення надається організації загального навчального процесу в клініці (роботі лікаря, медсестри, студента).

Деонтологічному вихованню студентів сприяє їх співбесіда з асистентом, доцентом, професором під час занять і засідань студентського наукового гуртка. Оцінюються демонстрація хворого, те, як доповідається анамнез, проводиться огляд хворого.

Значне місце у вихованні студентів повинно відводитись лекційному курсу. Поведінка лектора має велике виховне значення.

Дуже важливим є питання про виховання корисних лікарських якостей не лише в студентські роки,



а й на етапі становлення лікаря. Самовиховання не припиняється із закінченням навчального закладу та одержанням диплома, а швидше навпаки, основний відрізок часу лікареві ще необхідно пройти в "післядипломний" період. Отже, постає питання, які ж основні аспекти і напрямки цієї великої роботи з самовиховання лікарських якостей, з "професійного автотренінгу" лікаря.

Основними аспектами самовиховання і самопідготовки є постійне освоєння нової науково-практичної інформації, систематичне поповнення знань, а також їх оновлення [2]. Роль деонтологічного виховання особливо зростає в наш час, адже зросла загальна культура населення, хворі дуже обізнані із захворюваннями, методами лікування через радіо, телебачення, науково-популярну літературу. Сумнівним є твердження про те, що хворий нічого не повинен знати про хворобу. Тактовна, розумна відповідь часто приносить ліпший результат, ніж коштує багато адаптивних і психотропних препаратів [3].

Одним з головних джерел систематичного поповнення лікарських знань є спеціальна медична література – підручники, монографії, довідники, випуски експрес-інформації, дані з інтернету. Постійний ріст інформованості, оновлення інформації, лікарська ерудиція – це ще не все в процесі самопідготовки лікаря. Студенту необхідно постійно удосконалювати і зміцнювати своє клінічне мислення та логіку доказів [4].

У студентів слід виховувати доброзичливість і співчуття до хворої людини, постійно підкреслювати, що необережно сказане слово або дія лікаря можуть суттєво погіршити перебіг хвороби. Нині також не треба забувати етичні принципи медичної деонтології, сформульовані І.А. Касирським: "Інструментальні дослідження не повинні бути гірші за саму хворобу." [3].

Особливо суттєвим є зіставлення цілей та засобів навчання із завданнями деонтологічного виховання студентів. Лікар, який любить свою професію, повинен розвивати та вдосконалювати в собі спостережливість, об'єктивність та педантизм у всьому, що стосується лікувального процесу і хворого, обов'язковість і скрупульозність, мужність, оптимізм, рішучість та, разом з тим, обережність при вирішенні життєво важливих для хворого питань.

Авторитет лікаря залежить не лише від його професійного досвіду та знань, а й від загальної ерудиції, ставлення до хворих, поведінки на роботі і в побуті, вміння спілкуватися з людьми, від тактовності та водночас принциповості, доброзичливості до колег, навіть при їх недостатній професійній підготовці [5].

Співробітники кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб читають лекції для студентів II курсу з елективного курсу "Деонтологія в медицині". Всього аудиторних лекцій 18, на яких вивчаються: поняття медичної етики та деонтології, лікарської таємниці, виникнення медичної етики в суспільстві, державно-правове та міжнародно-правове забезпечення деонтології, основні риси лікарського характеру, взаємовідносини між лікарем і медичним колективом, деонтологічні аспекти діагностичного обстеження та лікування хворих, контакту з безнадійно хворими людьми, медична етика і деонтологія в роботі середнього медперсоналу, при роботі з хворими похилого віку.

Засвоєння студентами принципів медичної етики та норм деонтології перевіряється під час складання іспитів і заліків.

Ще одним важливим розділом деонтологічного виховання студентів є виховання в собі, починаючи з перших курсів і в наступні роки, відчуття нового, ініціативності та енергії у його впровадженні.

Лікар повинен уміти правильно підійти до хворого, встановити з ним контакт. Без індивідуального підходу неможливо розпізнати ні хворобу, ні ефективність лікування [7, 8]. Треба навчитись цінувати важку і відповідальну працю своїх помічників – санітарок, фельдшерів, медичних сестер. Стосунки в колективі потребують культури поведінки, витримки, взаємоповаги.

**Висновки.** 1. Деонтологічне виховання студентів – один з основних факторів виховання лікаря.

2. Головними рисами медичного працівника можна вважати любов до своєї професії, мужність, рішучість, оптимізм, доброту, спостережливість, самодисципліну, лікарську ерудицію, самовдосконалення.

3. Лікар повинен уміти правильно підійти до хворого, встановити з ним контакт. Без індивідуального підходу неможливо розпізнати ні хворобу, ні ефективність лікування [7, 8]. Треба навчитись цінувати важку і відповідальну працю своїх помічників – санітарок, фельдшерів, медичних сестер. Стосунки в колективі потребують культури поведінки, витримки, взаємоповаги.

**Висновки.** 1. Деонтологічне виховання студентів – один з основних факторів виховання лікаря.

2. Головними рисами медичного працівника можна вважати любов до своєї професії, мужність, рішучість, оптимізм, доброту, спостережливість, самодисципліну, лікарську ерудицію, самовдосконалення.

#### Література

1. Орлов А.Н. Исцеление словом. – Красноярск: Изд-во Красноярского университета, 1989. – 512 с.
2. Медицинская этика и деонтология / Под ред. Г.В. Морозова, Г.И. Царегородцева – М.: Медицина, 1983. – 272 с.
3. Кассирский И.А. О врачевании. Проблемы и раздумия. – М.: Медицина, 1970. – 271 с.

4. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. – М.: Медицина, 1989. – 208 с.

5. Шамов И.А. Врач и больной. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 168 с.

6. Угрюмов Б.Л. О врачебном долге. – К.: Здоров'я, 1987. – 104 с.

7. Науменко Л.Ю., Радіонова В.В., Шпонька І.С. Формування всебічно розвинутої особистості лікаря в сучасних умовах // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 39-42.

8. Циганенко А.Я., Алексеєнко А.П. Духовність як основний принцип підготовки сімейного лікаря // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 25-28.

УДК 371.213.8

## ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

**В.В. Файфура, Ю.І. Бондаренко, М.Р. Хара, С.В. Дзига, Л.М. Сас,  
Л.О. Островська, Н.Є. Зятковська**

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

## THE STUDENTS' SELF-DEPENDENT WORK IN MODERN CONDITION

**V.V. Faifura, Yu.I. Bondarenko, M.R. Khara, S.V. Dzyga, L.M. Sas,  
L.O. Ostrovska, N.E. Zyatkovska**

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

У статті звернуто увагу на зростаючу роль самостійної позааудиторної роботи студентів у системі підготовки фахівців. Підкреслено домінуюче значення комп'ютерної модернізації позааудиторної роботи з метою підвищення мотиваційного рівня реалізації студентами навчальної програми.

The article pays attention to increasing role of the students' self-dependent out-auditorial work. The prevail sense of computer modernization of self-dependent work with the aim of elevation of motivation rang of realization of the students' educational program is underlined.

**Вступ.** У сучасній вищій школі позааудиторній роботі відводиться все більша роль. Ця тенденція охопила вищі навчальні заклади як за кордоном, так і в Україні, незалежно від їх професійної спрямованості. Практичним втіленням її є скорочення робочого тижня студента, зменшення кількості обов'язкових аудиторних занять і лекцій, а натомість розширення позааудиторного опанування програмного матеріалу. Акцент на позааудиторну роботу викликаний не тільки збільшенням навчальної інформації, яку неможливо втиснути в рамки навчального плану. Ми стали свідками і учасниками нового стратегічного курсу, мета якого полягає в переорієнтації молодих людей на самостійну пізнавальну діяльність: спочатку з обмеженою участю викладача, а далі – без його безпосередньої участі. Можна не сумніватися, що здобування знань під більшою чи меншою опікою викладача стане лише перехідним етапом і врешті-решт завершиться самоосвітою. Але це зовсім не означає, що молодий здобувач знань залишиться повністю безконтрольним і опануватиме програмний матеріал на власний розсуд. Завдання якраз у тому й полягає, щоб зробити позааудиторну роботу такою ж керованою, як і аудиторна.

© В.В. Файфура, Ю.І. Бондаренко, М.Р. Хара та інш., 2004

**Основна частина.** Позааудиторна робота студентів завжди була непростою педагогічною проблемою. Дві складових визначають її кінцеву ефективність: з одного боку, цілеспрямована організаційна діяльність викладацького колективу, а з другого – ступінь реалізації студентами рекомендованої кафедрою навчальної програми. Від поєднання цих компонентів очікують високого рівня засвоєння базових знань, а самостійну роботу на кафедрі розглядають лише в аспекті їх практичної конкретизації. Проте досвід показує, що ця схема надто далека від ідеалу.

Щоб зорієнтувати студента на активну позааудиторну роботу, потрібні надійні важелі впливу на цей процес. І досі широко використовуються традиційні і добре апробовані засоби організації позааудиторної роботи у вигляді відповідно складених методичних рекомендацій, переліку практичних навичок і екзаменаційних питань, ситуаційних задач і комплектів тестових завдань [6], включення у неї елементів наукового дослідження [5], але, як показує досвід, ці заходи не завжди досягають мети. Це означає, що необхідно не тільки вдосконалювати зміст, але й вводити нові форми позааудиторної роботи, які б відзначалися привабливою новизною

і самі створювали пізнавальну мотивацію. Серед таких засобів на перше місце виступає зараз технічна модернізація позааудиторної роботи, яка цілеспрямовано і систематично здійснюється в Тернопільській медакадемії [2]. Уже зараз відіграють позитивну роль виготовлені видавництвом "Укрмедкнига" електронні підручники і посібники (компакт-диски), які передані в комп'ютерні класи і доступні всім студентам. Вагомим внеском в організацію позааудиторної роботи і управління нею буде оновлена кафедральна Web-сторінка в Інтернеті з повним комплектом навчально-методичних документів, необхідних для підготовки до занять. Впровадження дистанційної форми організації позааудиторної роботи дозволить вивільнити частину часу студента і використати його на пізнавальну діяльність. Це технологічне вдосконалення позитивно оцінене деякими, поки що дуже небагатьма кафедрами, які вже створили власну Web-сторінку [1,4].

Цілком очевидно, що позааудиторна робота може бути успішною лише при зустрічній активності студентів. Не можна скидати з рахунку байдужого, а з боку частини студентів навіть негативного ставлення до навчального процесу і до позааудиторної роботи, зокрема. Раніше ми вже обговорювали цей

аспект проблеми [3], але вважаємо за необхідне повернутися до нього ще раз.

Мова йде про психологічні установки молодого покоління, які не тільки не стимулюють самостійне здобування знань, але нерідко виконують протилежну функцію. В кінцевому результаті це обертається втратою зацікавленості в навчанні. Що стосується підґрунтя цих установок, то найсуттєвіше значення тут мають низький рівень підготовки в загальноосвітній школі, втрата культури навчання у ВНЗ, різке падіння престижу медичної професії, заміна переважаючих духовних життєвих цінностей у минулому на матеріальні – у теперішній час. На бюджеті позааудиторного часу студентів згубно позначається перевантаження побуту інформаційною і розважальною технікою.

**Висновки.** 1. Розширення і вдосконалення позааудиторної роботи студентів – це стала тенденція, яка переорієнтовує їх на самостійне здобування знань при мінімальній участі викладача.

2. Найперспективнішим напрямком вдосконалення позааудиторної роботи є впровадження нових освітніх технологій, зокрема електронних підручників і посібників, і формування всеохоплюючої Web-сторінки кафедри в Інтернеті.

### Література

1. Аряев М.Л., Капліна Л.Є., Старикова А.А. та ін. Впровадження дистанційних форм навчання студентів за допомогою системи Internet // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 19-20.
2. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18-20.
3. Мисула І.Р., Файфура В.В. Самостійна робота та її вдосконалення // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 14-16.
4. Рудай В.В. Створення кафедрального навчально-методичного сайту як один з перших етапів впровадження

дистанційних форм навчання у ВНЗ // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 128.

5. Трохимчик В.В., Лук'янчук І.І., Рожковський Я.В. Організація самостійної роботи студентів на фармакологічному факультеті // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 92.

6. Чекман І.С., Горчакова Н.О., Ніженковська І.В. та ін. Сучасні напрямки активізації самостійної роботи студентів // Проблеми медичної та фармацевтичної освіти і шляхи підвищення якості підготовки лікарів і фармацевтів в Україні: Матеріали науково-методичної конференції (Харків, 5-7 листопада 2003 року). – Харків, 2003. – С. 134.

УДК 378.147

## ПРИНЦИПИ НАСТУПНОСТІ В ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕОРЕТИЧНИХ І ПРАКТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН

А.А. Гудима, Ю.В. Угляр, Н.Є. Зятковська, В.В. Твердохліб  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

## PRINCIPLES OF CONTINUITY IN THE ORGANIZATION OF STUDENTS' SELF-DEPENDENT WORK IN THE PROCESS OF THEORETICAL AND PRACTICAL SUBJECTS LEARNING

A.A. Hudyma, Yu.V. Uhlyar, N.Y. Zyatkovska, V.V. Tverdokhlib  
Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

У статті наведено принципи наступності в організації навчального процесу на теоретичних і практичних кафедрах для підвищення ефективності самостійної роботи студентів.

The article presents the principles of continuity in the organization of educational process on theoretical and practical departments with the aim of raising the effectiveness of students' self-dependent work.

**Вступ.** Самостійна робота студента – головна форма навчання у вищому закладі освіти. Обов'язковим етапом засвоєння знань після сприйняття навчальної інформації є її узагальнення на основі власного досвіду та логічного мислення [1]. Цей процес вимагає існування загальної ідеї в опануванні спеціальністю і стрижневої ідеї у вивченні кожного предмета зокрема, а також наступності і послідовності побудови навчальної програми. У цьому контексті самостійна робота студента – це внутрішня самоорганізація його навчально-пізнавальної діяльності, яка підсвідомо йде в руслі логічного і послідовного сприйняття інформації, що надходить, відкидаючи те, що інтелект і логіка студента не здатні вписати у цілісну картину опанування предметом. Тому в кінцевому результаті ефективність здобуття знань і практичних навичок залежать, з одного боку, від організації подання навчальної інформації, з іншого – від здатності студента її засвоїти.

У медичних навчальних закладах існує чітке розмежування навчального процесу на гуманітарний, теоретичний і практичний курси. Цілком зрозуміло, що якість освіти в цьому випадку значною мірою залежатиме від їх логічного взаємозв'язку, а ефективність самостійної роботи визначатиметься глибоким усвідомленням студентом доцільності і спадкоємності гуманітарного курсу як елементу

загальної культури людини, що здобуває вищу освіту, а теоретичного курсу – як підготовчого етапу до роботи в клініці.

Мета роботи – проаналізувати наступність самостійної роботи студентів при вивченні теоретичних і практичних дисциплін і намітити принципи її вдосконалення.

**Основна частина.** Спершу наведемо всі можливі види самостійної роботи студентів у вищому медичному навчальному закладі:

– аудиторна робота (робота з хворими, виконання лабораторних завдань, розв'язування тестових задач);

– позааудиторна робота із джерелами знань (методичними вказівками, підручниками, посібниками, цифровими мультимедійними джерелами);

– позааудиторна робота в наукових гуртках, творчих групах (удосконалення окремих практичних навичок, виконання тем науково-дослідних робіт);

– позааудиторна робота в клініках (відпрацювання лікувально-діагностичної техніки).

Перших два види самостійної роботи мають чітко окреслене методичне забезпечення, яке вчить студента вчитися. Наступних два види самостійної роботи побудовані виключно на індивідуальних мотивах студента, які, на наш погляд, заповнюють ті логічні провали, що існують через непослідовність і не наступність в організації навчального процесу.

На теоретичних кафедрах студенти самостійно опрацьовують значні інформаційні масиви з

різноманітних джерел, на заняттях підкріплюють засвоєні знання лабораторними роботами, розв'язують ситуаційні задачі, тестові завдання. На жаль, говорити про послідовність і наступність опанування теоретичних дисциплін не доводиться. На заняттях з нормальної анатомії, фізіології, гістології вивчення інформації відбувається у значній мірі без необхідного взаємозв'язку. Немає послідовного ланцюга: анатомія органа – гістологія органа – фізіологія органа. У такому ж відриві відбувається опанування знаннями з біохімії. Тому засвоєння цих й інших предметів відбувається на тлі недостатнього рівня узагальнення одержаної інформації, а значить її практичне підкріплення на заняттях носить більше формальний характер.

Клінічні кафедри вимагають певного і гарантованого теоретичного рівня студента. Адже кожне заняття в клініці – це вивчення окремого діагнозу із тільки йому притаманним алгоритмом діагностики, лікувальної тактики, профілактики і реабілітації.

Спілкуючись зі студентами-відмінниками п'ятого курсу перед весняною сесією, можна констатувати, що у більшості з них у свідомості хаос від логічно неосмисленої інформації. Проте звертає на себе увагу той факт, що здебільшого відмінники працюють у гуртках, виконують теми науково-дослідних робіт, саме їх можна найчастіше побачити в клініках у позааудиторний час. Свідомість таких студентів вимагає вписування одержаної на заняттях інформації в індивідуальний ланцюг логічного сприйняття предмета, підсвідомо формує мотивацію до закріплення одержаних знань на практиці.

Які можна виділити загальні принципи формування наступності викладання теоретичних і практичних предметів, а отже й самостійної роботи студентів при вивченні теоретичних і практичних дисциплін?

1. Теоретичні курси повинні бути максимально спрямованими на кінцевий об'єкт дослідження – організм людини. Необхідно переосмислити практичні заняття і все, що можна прив'язати до стану здорової чи хворої людини, використати з навчальною метою.

Наприклад, на заняттях з нормальної фізіології розділ "Фізіологія збудливих структур" практично весь можна побудувати на вивченні проведення нервово-м'язових імпульсів на людині. Причому такий досвід вже є з використання сучасного електрографічного обладнання на кафедрі нормальної фізіології Тернопільської медакадемії.

На патологічній фізіології організм хворого – чи не найголовніший об'єкт для вивчення. Ідея, що експеримент – основа вивчення цього предмета, нам видається застарілою, оскільки цілий ряд

патологічних процесів і механізмів можна визначити і осмислити при клінічному обстеженні хворого. Звичайно, на цій кафедрі повинні працювати і клініцисти, і теоретики. У зв'язку з цим можна використати досвід роботи кафедри загальної і клінічної патологічної фізіології Одеського медичного університету.

2. Кафедри загальної хірургії і пропедевтики внутрішніх хвороб, які працюють зі студентами в момент їх переходу з теоретичних кафедр на клінічні, повинні задати єдиний лейтмотив для клінічного вивчення хворого, який в подальшому буде доповнюватися окремими специфічними рисами наступних клінічних дисциплін. Звичайно, ці кафедри повинні бути глибоко інтегрованими з іншими клінічними кафедрами.

3. При формуванні методичної бази предмета слід більше уваги приділяти дидактичним прийомам навчання – навчанню розумовій діяльності. В організаційному плані це, насамперед, стосується визначення внутрішньої логіки предмета: формування його головної ідеї і послідовності в опануванні інформацією. В конкретній роботі зі студентами – це не констатування формального рівня знань чи навичок, а оцінка їх взаємозв'язку з попередньо засвоєною інформацією.

4. Доцільно створити студентам умови для позааудиторної роботи у наукових гуртках, клініках. Гурткова діяльність повинна фінансуватися і заохочуватися. Непотрібно боятися виділити для студентів-відмінників один день на один-два тижні для наукової роботи з наступним відпрацюванням теми на поточному практичному занятті. Це прояв поваги до студента, оцінка його праці. У роботі з гуртківцями повинен бути зацікавленим й викладач, хоча б у плані педагогічного навантаження. Не секрет, що викладачі, які мають дар до наочування, обов'язково організують навколо себе студентів-гуртківців, оскільки це їх внутрішня потреба.

5. При відборі абітурієнтів до медичного навчального закладу слід оцінювати не тільки формальний рівень знань з окремих предметів, але й рівень логічного мислення. Це ж стосується й формування кадрового потенціалу закладу освіти.

**Висновки.** 1. Наступність організації самостійної роботи студентів на теоретичних і практичних дисциплінах вищих медичних закладів освіти – одна із заповорок ефективного формування майбутнього фахівця.

2. Забезпечення наступності полягає в максимальному досягненні логічного взаємозв'язку у викладанні різних дисциплін, що досягається

спрямуванням теоретичних курсів на вивчення головного об'єкта – організму людини, формування єдиного методичного підходу до клінічного вивчення хворого, поглибленням дидактичних прийомів навчання.

#### Література

1. Педагогічні технології / О.С. Падалка, А.С. Нісімчук, І.О. Смолюк, О.Т. Шпак. – К.: Українська енциклопедія, 1995. – 253 с.

3. Важливе значення у наступності організації самостійної роботи студентів на теоретичних і клінічних кафедрах є залучення студентів до науково-пізнавальної діяльності зі створенням відповідних умов і системи заохочення.

УДК 614.253:378.02:372.8

## РОЛЬОВА ГРА ЯК ЗАСІБ НАВЧАННЯ ТА КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СУБОРДИНАТОРІВ

І.М. Островський, Є.В. Прохоров

*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького*

## ROLE PLAYING AS FACILITY OF THE STUDY END EXAMINATION OF SUBORDINATORS

I.M. Ostrovsky, Y.V. Prokhorov

*Donetsk State Medical University by M. Horky*

В статті йде мова про досвід використання рольових ігор на підсумкових заняттях у субординаторів медичних факультетів на кафедрі дитячих хвороб №1 ДонДМУ.

The article deals with the experience of the role playing use at the summative classes for subordinators of medical faculties at the department of children diseases N1 of Donetsk State Medical University.

**Вступ.** Кваліфікаційна характеристика лікаря вимагає оволодіння субординаторами навичками встановлення діагнозу та визначення тактики терапії. Традиційні засоби контролю, такі як тести або індивідуальна оцінка оволодіння навичками обстеження, навіть практична частка державних іспитів, коли студенти працюють з конкретним хворим, повністю статичні та суттєво обмежені в обсязі інформації, що задається. На противагу цьому, рольова гра має розвиток, а обсяг інформації у ній не обмежений. Рольова гра також завжди має як контролюючий, так і навчальний аспекти, навіть тоді, коли її використовують на підсумковому занятті. Далі йдеться про досвід у використанні рольових ігор на підсумкових заняттях у субординаторів медичних факультетів на кафедрі дитячих хвороб №1 ДонДМУ.

**Основна частина.** Сценарій гри, зрозуміло, “веде” викладач, який встановлює діагноз (один чи більше) вигаданого хворого. Діагноз – це той мінімум інформації, який потрібно переказати студенту, який буде виконувати роль “носія інформації про хворого”. Всі інші відомості про пацієнта, а саме: скарги, анамнез, об'єктивні, лабораторні та інструментальні дані – обраний студент визначає самостійно згідно зі своїм розумінням проблеми. При цьому субординатора слід попередити, щоб він не називав діагноз, а тільки відповідав на поставлені йому запитання, не коментуючи їх та не добавляючи нічого “зайвого” від себе.

Якщо студент – “носіє інформації” – робить грубі помилки, тобто не називає важливі, патогномонічні клінічні ознаки або називає другорядні, не характерні для нозолої, що встановлюється, викладач втручається в гру та виправляє “носія”. Цього

можна не робити, якщо визначений стан хоча і не співпадає з початковим задумом, але має прояви іншої хвороби, діагностика якої також можлива.

Діагноз, який на початку гри викладач пропонує обраному субординатору, це найкоротша форма “вступу”. Зрозуміло, що “вступ” може також вмещати відомості про вік, стать, скарги і т.ін., а також можливий розвиток подій, тобто стан хворого, якщо діагноз або призначене лікування будуть помилковими. Наводимо приклад поширеного “вступу”:

*“На перші клінічні ознаки цукрового діабету в дитини (спрага, поліурія, полідипсія, схуднення, сухість шкіри) батьки уваги не звернули, хлопчик відвідував школу, доки не захворів на ГРВІ, що ускладнилася гострим бронхітом. Батьки на прийомі в дільничного лікаря скаржились на наявність у дитини катаральних явищ та інтоксикації.*

*Якщо дільничний лікар при першому огляді не встановить діагнозу цукрового діабету, то через три дні у хворого з’являться ознаки кетоацидозу: нудота, блювання, біль у животі, погіршення апетиту, у зв’язку з чим батьки викличуть лікаря на дім.*

*Якщо й у цьому разі діагноз діабету не буде встановлено, то наступної доби у хлопчика з’явиться порушення свідомості, батьки викличуть бригаду швидкої допомоги.*

Очевидно, що наведена можлива клінічна ситуація має не тільки поширені вихідні дані, а й варіанти розвитку подій.

Власне гра фактично починається після визначення викладачем першої дійової особи. В наведеному прикладі – це дільничний педіатр. Після того, як призначений на цю роль студент вичерпає свої можливості, викладач, ще в межах поліклінічного етапу, може підключити до гри “другого дільничного лікаря”, “завідуючого поліклінікою” тощо. На цьому етапі “лікарі” в змозі зробити доступні обстеження, результати яких оголосить “носій інформації”. Якщо можливості поліклініки буде вичерпано або “стан хворого” потребує негайної госпіталізації, викладач підключить до дії, послідовно, “лікаря швидкої допомоги”, “лікаря приймального відділу”, “чергового лікаря”, “завідуючого відділенням”,

“ординатора”, “консультантів з кафедри”. За умовами гри не тільки викладач може залучити “більш кваліфікованого” спеціаліста, але й самі гравці, як це буває на практиці, в змозі звернутися за допомогою до “консультанта” або до колег.

Повністю передбачити розвиток кожної гри неможливо, але це й недоцільно. Головне, що викладач протягом гри має можливість оцінити не відповіді на питання, а дії кожного студента в умовах, що досить виразно імітують реальну ситуацію. Тривалість гри – від 20 до 40 хвилин, рідко більше, кожна охоплює в середньому 5-6 осіб, тобто половину учбової групи. Використання гри на підсумковому занятті не дає субординаторам змоги здогадатись про нозологію, що, звичайно, можливо на семінарському (тобто тематичному) занятті.

Подібна форма контролю знаходить схвалення також і студентів, бо їм, чи не вперше, надається можливість “діяти” в “реальних” обставинах – встановлювати діагноз хоча і вигаданому, але конкретному хворому, призначати йому лікування, яке впливатиме на “подальший стан пацієнта”.

Закінчується гра підсумком, в якому викладач оцінює дії кожного “лікаря” і, що важливо, вказує на помилки, які мали місце, та з’ясовує шляхи їх усунення.

Рольова гра не потребує значної попередньої підготовки, як, наприклад, тестовий контроль або іспит біля ліжка хворого за допомогою виписки з його історії. Для проведення гри досить бажання та загальної підготовки будь-якого викладача. На наш погляд, використання гри найбільш доцільно у субординатурі, але цілком можливо при навчанні інтернів та лікарів на ФПО.

**Висновки.** 1. Рольова гра, яка має як контролюючий, так і навчальний аспекти, дозволяє здійснювати одночасний контроль знань значної кількості студентів в умовах, що максимально наближені до реальних обставин клінічної практики.

2. Використання рольової гри як доступної, цікавої та сучасної форми контролю знань найбільш доцільне у субординатурі, можливе при навчанні інтернів та лікарів на ФПО і повинне знайти більше розповсюдження в практиці роботи викладачів медичних ВНЗ України.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ  
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

**МАТЕРІАЛИ**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ  
НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ТА ПАТЕНТНОГО  
СУПРОВОДЖЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У МЕДИЦИНІ.  
ШЛЯХИ ІННОВАЦІЙНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ  
КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНИХ ТЕХНІЧНИХ  
РІШЕНЬ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ**

**22-23 квітня 2004 року**



УДК 614.2:[002.6+008.5/.6+61.008.4]

## НАУКОВА ІНФОРМАЦІЯ, ІННОВАЦІЙНА ПОЛІТИКА, ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА – ВЗАЄМОПОВ'ЯЗАНІ КАТЕГОРІЇ УПРАВЛІННЯ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

А.Р. Уваренко

*Український центр наукової медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, м. Київ*

Із позицій загальноприйнятих кінцевою метою науково-інформаційної діяльності завжди є ефективне опанування на практиці нових досягнень світової медичної науки та практики, проблема науково-інформаційного супроводження наукових досліджень та узагальнення набутого досвіду в охороні здоров'я, що є найбільш вирішальним для усього творчого процесу, тобто від початку планування такого дослідження до матеріалізації його результатів. Це не нова теза у медичному наукознавстві, проте вона до цього часу науковцями розуміється по-різному, а тому практично науково-інформаційне супроводження, наприклад теми НДР, сприймається поверхнево, без глибокого уявлення про згадане науково-інформаційне супроводження, формально, без певного аналітичного сприйняття цього процесу, з проявами недостатньої науково-інформаційної компетентності тощо. Ось та основна причина, чому далеко не завжди дослідники одержують очікувані результати, марно витрачають мізерні асигнування на медичну науку, не отримують задоволення від творчого пошуку. Одним словом, наукове дослідження перетворюється у безплідну роботу, яка тільки для самого автора здається потрібною для медичної науки технологією з одержанням певного бажаного результату.

Через зрозумілі причини, без детального тлумачення додаємо, що про доказову медицину при веденні адекватних технологій дослідження та оцінки результатів науковець сьогодні можливо тільки щось чув і не більше.

У медичній науці цивілізованого світу доказова медицина уже більше десяти років супроводжує прийняття рішень стосовно кожного клінічного випадку, тобто строго доказові наукові факти є базою для медичної науки. Така медицина сьогодні стає найголовнішою у формуванні бази інформації для прийняття управлінських рішень не тільки у клінічній практиці (лікуванні, діагностиці, профілактиці), а й в управлінні системою охорони здоров'я на усіх її ієрархічних рівнях.

З опануванням принципу доказової медицини зовсім по-іншому постає перед нами наука про управління у медицині, інноваційна політика, формування засобів наукової комунікації, формування реєстрів нововведень, оцінка досягнень у медицині та багато іншого. Доказова медицина — це шлях до істини, архіважливий для галузі, якщо йде мова про здоров'я хворої чи не хворої людини.

На жаль, наша країна поки що позбавлена належної турботи про цю нову галузь знань, адже, як не дивно, доказова медицина не знаходить місця у програмі підготовки та перепідготовки лікарів, спеціалістів високої кваліфікації, підготовки дисертацій, а на наш погляд, ще і бракує належної турботи управлінців галузі та АМН України про науково-інформаційну діяльність як систему. Це може привести до того, що медична галузь не буде прийнята у міжнародне співтовариство, а результати наукових досліджень за кордоном не зацікавлять медичну громадськість. Цього допустити не можна, адже негативні наслідки навіть важко уявити.

Не варто бути задоволеним тим, що за останні 5 років в Україні опубліковано близько 10 оригінальних праць, що запозичені із зарубіжних науково-інформаційних джерел, які так чи інакше відтворюють сучасне уявлення про доказову медицину. Цього замало. Потрібні наукові видання, які чекає медична громадськість, потрібно продумати та реалізувати ідею науково-інформаційного центру доказової медицини чи філіалу Європейської Кохрейнівської бібліотеки доказової медицини; варто подумати, як численні методичні рекомендації перетворити в клінічні рекомендації, де б панували доказова медицина та стандартне уявлення про медичні технології. Загалом, при негативному ставленні до наукової медичної інформації як нової медичної науки говорити про доказову медицину просто несерйозно. На жаль, не всі в управлінській ланці вітчизняної медичної науки згодні з такою тезою; нам здається, що це явище можна пояснити, насамперед, низькою наукознавчою компетентністю, а не навмисними діями згаданих фахівців.

УДК 347.77; 347.78

## НОВИЙ ЦИВІЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ – ГАРАНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІННОВАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ ГАЛУЗІ

Є.М. Горбань, Н.М. Жданова

*Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, м. Київ*

У всьому світі інноваційна політика перетворилась у промислову панацею, завдяки якій досягається економічне зростання країн. Україна сьогодні не може стояти осторонь, і інноваційна діяльність в країні регулюється Законом України "Про інноваційну діяльність" (2002 р.). Фахівці відзначають тенденцію до технологічного відставання країни у порівнянні з іншими розвиненими державами світу. Майже уся вироблена вітчизняна промислова продукція не має сучасного рівня науково-технічного забезпечення. У світовому обсязі торгівлі наукомісткою продукцією доля нашої країни складає всього 0,1 %. Подолати такі негаразди можливо і за рахунок прискореного розвитку інноваційних процесів, адже у результаті інноваційної діяльності інтелектуальна власність трансформується в інноваційний продукт або інноваційну продукцію.

На жаль, у медичній галузі лівова частка науково-технічних розробок не перетворюється ні в інноваційний продукт, ні в інноваційну продукцію. На нашу думку, це пояснюється невирішеними на державному рівні фінансовими та техніко-економічними умовами здійснення інноваційної діяльності, а також нерозумінням суб'єктами господарювання послідовності етапів інноваційного процесу і, зокрема, маркетингового інструменту у медичній галузі.

Однак, якою б термінологією ми сьогодні не користувались, перераховані недоліки зводяться до одного: розробниками не виконуються вимоги як чинного законодавства, так і державних стандартів України: ДСТУ 3575-97, ДСТУ 3574-97, ДСТУ 3294-94. Негативні наслідки сказаного важко переоцінити, та і з часом така ситуація суттєво погіршується. Сьогодні у системі відсутні договори щодо передачі прав та ліцензійні договори на використання об'єктів інтелектуальної власності, зокрема об'єктів авторського права, мають місце факти створення нормативно-правових актів, які не відповідають вимогам законодавства з інтелектуальної власності. Отже, для усунення таких негараздів, перш за все, представникам владних структур галузі та суб'єктам господарювання необхідно мати високий рівень інноваційної та інформаційної культури.

З 1 січня 2004 року набрав чинності Цивільний кодекс України (ЦКУ), який містить книгу четверту "Право інтелектуальної власності" та книгу п'яту "Зобов'язальне право", котрі стосуються питань інтелектуальної власності.

Згідно з ЦКУ об'єктами права інтелектуальної власності є: наукові відкриття, винаходи, корисні моделі, промислові зразки, компонування інтегральних мікросхем, раціоналізаторські пропозиції, комерційні найменування, торговельні марки, географічні зазначення, сорти рослин, породи тварин, літературні та художні твори, комп'ютерні програми, бази даних, виконання, фонограми, відеограми, передачі організацій мовлення, комерційні таємниці. З 01.01.2004 р. вже не приймаються до розгляду Укрпатентом заявки на видачу деклараційних патентів на винаходи, а об'єктом корисної моделі можуть бути всі об'єкти, що визначені для винаходу, а саме, "продукт" і "процес". Терміни "патентоспроможність" та "патентоздатність" замінені на "придатність". ЦКУ нарешті врегульовано відносини між суб'єктами права інтелектуальної власності з приводу об'єктів, які створені за замовленням, та у зв'язку з виконанням трудового договору. ЦКУ визначено нові назви об'єктів інтелектуальної власності згідно з міжнародними договорами: торговельна марка, комерційне найменування, географічне зазначення. По-новому регулюються відносини, пов'язані з раціоналізаторськими пропозиціями. ЦКУ вперше встановлює правову охорону комерційного найменування.

Таким чином, ЦК України має сприяти підвищенню розуміння реалізації основ охорони інтелектуальної власності, радикально змінити законодавство у сфері інтелектуальної власності та, зокрема, суттєво вплинути на ліцензійну діяльність щодо передачі майнових прав інтелектуальної власності. Більш жорсткі вимоги законодавства у сфері інтелектуальної власності мають покласти край порушенням прав інтелектуальної власності, зокрема, в медичній галузі.

УДК 61:378:002

## ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Л.Я. Ковальчук, М.А. Андрейчин, В.В. Дем'яненко

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

Винахідницька й раціоналізаторська робота в медичній академії є важливою складовою наукової роботи. У вигляді захищеного патентом принципово нового технічного рішення вона уособлює реальний науковий потенціал навчального закладу, торує шлях до наступного етапу – втілення в практику найбільш оригінальних і конкурентноспроможних винаходів шляхом їх інноваційної реалізації.

Значного імпульсу винахідництво і раціоналізаторство в академії отримало в 1998 році. Так, якщо до цього періоду винахідники щорічно створювали 8-12 винаходів, то в 1998 році до Укрпатенту було направлено 22 заявки на винаходи. Лише за останні три роки (2001-2003) до Укрпатенту направлено майже 200 заявок на винаходи, а охоронних документів за цей же час надійшло понад 210. Тільки за минулий 2003 рік академія отримала 109 охоронних документів, з яких 82 – патенти і 27 – позитивні рішення. Щорічно раціоналізатори впроваджують 30-35 раціоналізаторських пропозицій у сфері медичної науки і практики. Рейтинговий показник у сфері винахідництва з розрахунку на 100 працівників за останні два роки перевищував 25, тобто кожний четвертий викладач в академії є винахідником або у створенні кожного винаходу беруть участь 4 винахідники. Два роки тому цей показник творчої активності професорсько-викладацького складу в академії був майже втричі нижчим.

У розподілі винахідницьких пріоритетів першість зберігається за медичними технологіями. Так, близько половини винаходів присвячено новим способам діагностики, лікування і профілактики захворювань, четверта частина їх припадає на створення способів відтворення патологічних процесів в експерименті, стільки ж – на розробку нових речовин (медикаментозних засобів) та принципово нових пристроїв.

Постійно підвищується увага вчених академії до актуальних проблем збереження здоров'я людей шляхом екологічної оптимізації довкілля. Так, на кафедрі мікробіології розроблений високоточний спосіб визначення бактерійного забруднення питної води, а у співдружності з кафедрою екстремальної і військової медицини запропоновано ефективну очисну гравійну систему на основі мінерального сорбенту цеоліту. У ході виконання планової науково-дослідної роботи науковцями кафедр фармакології спільно з колегами з кафедри медицини катастроф і військової медицини розроблено чутливий хімічний індикатор монооксиду вуглецю, а також пристрій для експериментального дослідження токсичності чадного газу. На кафедрі медичної хімії створено новий високоактивний антиоксидант на основі амінокислоти гістидину. Ряд винаходів присвячено новим лікувальним засобам на рослинній основі, головним діючим компонентом яких використані біологічно активні сполуки унікального за фармакологічними властивостями листя дерева гінкго, кореня ферули-смолоносиці та ін. На кафедрі інфекційних хвороб запатентовані нові ефективні способи лікування хворих на вірусний гепатит, високоточні методи діагностики лептоспірозу, лікування хворих на кліщовий енцефаліт, atopічні дерматози, при ураженнях товстої кишки.

Унікальністю й новизною відрізняються винаходи в області клінічної та експериментальної хірургії. Серед них нові технічні рішення у судинній реконструктивній хірургії, оригінальні оперативні прийоми в хірургічній гастроентерології, комбустіології і травматології, пластичній хірургії. Не тільки в Україні, а й за її межами відомі способи лікування операційних і опікових ран, високотехнологічні способи виконання хірургічних операцій на внутрішніх органах і кінцівках. Ряд оригінальних винаходів розроблено на кафедрі онкології, вони спрямовані на підвищення імунної опірності організму шляхом фотоактивації шкірного покриву, на покращання транспозиційної пластики дефекту шкіри.

Одним із перспективних шляхів оптимізації науково-технічного потенціалу академії є створення умов для творчої співпраці науковців різних спеціальностей. Так, розробка способу потенціювання антимікробної активності ліофілізованих ксенодермотрансплантатів, високоточної методики дослідження полімерного матеріалу для компресійної терапії на цитотоксичність є результатом співдружності винахідників курсу комбустіології, кафедр мікробіології, військової медицини. Деякі винаходи створені на основі співпраці з

іншими навчальними закладами. Спосіб вульнерометрії, остеобразії при опіках голови та ряд інших є продуктом творчих зусиль наших і львівських винахідників з Національного медичного університету імені Д. Галицького. Винахідники-хірурги академії разом з інженерами вийшли на рівень створення нових діагностичних пристроїв на сучасній електронній елементній базі. Саме так був створений електронний пристрій для вимірювання венозного тиску.

Нові інформативні способи діагностики захворювань з порушеннями структури і функції сполучної тканини, у тому числі пов'язаних з остеопорозом, патології органів дихання і шлунково-кишкового тракту запропонували винахідники терапевтичних кафедр. Оригінальними винаходами відзначилися роботи усіх педіатричних кафедр, присвячені перспективним способам діагностики і лікування хворих дітей. Традиційно вагому частку до загального наукового продукту вносять кафедри оперативної хірургії, патологічної, нормальної фізіології, фармакології, медичної хімії та ін. Запропоновані ними нові інформативні моделі патологічних процесів і відповідні способи експериментальної терапії, як і принципово нові способи експериментальної хірургії, знайдуть подальшу практичну реалізацію.

До конкурентоздатних і перспективних в аспекті можливої інноваційної реалізації слід віднести розробку на кафедрі онкології епілюмінесцентного мікроскопа. З його розробкою пов'язані принципово нові високоточні методики діагностичного процесу в онкології, технічне рішення яких містить "ноу-хау".

З метою підвищення інноваційної спроможності оригінальних розробок в академії вперше серед медичних закладів країн СНД реалізована нова організаційна ідея: в академії упродовж двох останніх років успішно працює комісія з нової медичної техніки і перспективних медичних технологій. Результатом її роботи стали затверджені вченою радою медичного закладу інструкції з використання нових авторських методик і пристроїв. Такий організаційний крок надає право науковцям академії під керівництвом досвідчених і авторитетних керівників проводити найвідповідальніший етап апробації принципово нових технічних рішень в медичній практиці.

УДК 002.61.001.8

## СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ЗАСОБІВ НАУКОВОЇ КОМУНІКАЦІЇ В ІННОВАЦІЙНИХ ПРОЦЕСАХ

**А.І. Притуляк**

*Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, м. Київ*

Велика кількість наукових видань не завжди може задовольнити потреби абонентів, на що є ряд об'єктивних причин. До них варто віднести і розпорошеність інформації у великому обсязі видань, і досить значний термін підготовки до публікації матеріалів, і, врешті, високу вартість видань. Поряд з цим, значний термін підготовки до видання журналів теж впливає на оперативність отримання інформації абонентами. Дослідження проведені в Укрмедпатентінформі, а також багаторічний досвід підготовки та видання засобів наукової інформації, за багатьма показниками надають перевагу інформаційним листам. Інформаційний лист є носієм інформації з певної конкретної проблеми. Він знаходить споживача через адміністративну систему організації охорони здоров'я, через управління охорони здоров'я області (міста). Зокрема, через головних фахівців, які відповідають за інноваційну політику і її реалізацію в регіоні. Цим забезпечується не тільки оперативність отримання інформації, а й адресний принцип інформування споживача тощо. Якість інформаційних листів також гарантується не лише результатами власних досліджень авторів, але й проходженням пропозицій для матеріалізації через експертну комісію МОЗ і АМН України з даної проблеми та рецензуванням головних фахівців МОЗ України, а також практикою додаткового рецензування фахівцями профільних наукових закладів (кафедр), якщо у цьому виникає потреба з боку

Укрмедпатентінформу. До позитивних ознак інформаційного листа слід віднести дешевизну його видання та розповсюдження, прикладний характер інформації, зручність у використанні і *останнє та головне* – оперативність подання інформації. Терміни наукових досліджень інколи збільшуються до 5-7 років (це особливо стосується дисертаційних робіт), а інформаційні листи дають змогу доводити до відома медичної громадськості окремі результати роботи і прискорити їх впровадження (іноді за декілька днів).

Аналізуючи кількісні показники в підготовці до видання інформаційних листів, варто зауважити, що в останні роки встановилась стійка тенденція до щорічного зростання кількості листів. Причому внесок ВМЗО зростає, і вони займають провідне місце у кількості виданих інформаційних листів (від 54 до 67 % від загальної їх кількості кожного року). Науково-дослідні установи МОЗ України видають 8-10 % від загального обсягу. Установи, підпорядковані АМН України, стабільно видають близько 50-60 найменувань листів щорічно, хоча внесок згаданих установ зменшується. Аналізуючи проблеми, які висвітлюються в інформаційних листах, варто відзначити, що традиційно найбільше проблем вирішує "Педіатрія". Далі йдуть (за кількістю найменувань листів) "Хірургія", "Акушерство та гінекологія", "Гігієна навколишнього середовища", "Соціальна гігієна" та "Кардіологія та ревматологія". Поряд з цим, за три роки не видано жодного листа з таких проблем, як "Біологічна та медична хімія", "Гігієна і токсикологія агрохімікатів і полімерів, засоби та методи детоксикації", "Патологічна анатомія", "Патологічна фізіологія та імунологія", "Судова медицина", "Хірургічне лікування серця та судин", хоча тут є об'єктивні причини. Ряд наукових закладів популяризують нові ліки, включають їх в схеми лікування, як препарати вибору. Це близько 25 % від загальної кількості листів. До таких листів ми ставились як до додаткової реклами, а для практичної охорони здоров'я такий засіб наукової комунікації малоефективний.

Якщо говорити про конкретні заходи удосконалення інформаційних листів як засобів інноваційної комунікації, то варто посилатись на розроблені алгоритми (стандарти) діагностики і лікування певної патології, які знаходять себе у тексті згаданих листів. Інформаційні листи, за останніми вимогами Центру, повинні бути позбавлені інформаційного шуму, мати максимально повний опис медичної технології, серед авторів – відомих спеціалістів з проблеми, посилання на джерело формування пропозиції тощо. Гадаємо, що вершиною удосконаленості листа може бути тільки врахування даних доказової медицини.

УДК 61:002.5

## **ТВОРЧА СПІВДРУЖНІСТЬ ПІДПРИЄМСТВА І ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ЯК КРОК ДО ФОРМУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО НАУКОВО-ВИРОБНИЧОГО ІННОВАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ**

**Л.М. Мандзюк, А.А. Гудима, В.В. Дем'яненко**

*Спільне медико-технічне підприємство "МТЦ" Лтд., м. Тернопіль  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Етап інноваційної реалізації науково-технічного проекту відзначається особливо складністю. Перш за все, це впливає з необхідності порозуміння науковців і розробників – інженерів-конструкторів – з виробничниками на всіх рівнях структурно-організаційного втілення творчого задуму в кінцевий продукт. Складність проявляється і в тому, що навіть після доведення проекту до серійного виробництва проблем ділового спілкування не стає менше: постають невідкладні завдання з виконання наступних етапів бізнес-плану у вигляді реклами, збуту готової продукції, удосконалення конструкції, організації науково-технічного супроводу і т.ін. Досвід формування і розвитку ділового партнерства між Тернопільською медичною академією (ТДМА), з одного боку, і Спільним медико-технічним підприємством "МТЦ" Лтд. (МТЦ) – з іншого, показав складність цього процесу, об'єктивні і суб'єктивні чинники, які суттєво впливають на

співдружність. З огляду на пройдений період, слід, на наш погляд, виокремити вузлові точки ділового партнерства. Це, перш за все, постачання силами "МТЦ" необхідним медичним обладнанням кафедр та інших підрозділів ТДМА, виготовлення на замовлення винахідників академії макетів перспективних пристроїв, партнерська участь у науково-технічних виставках. Проте до найважливіших сфер співдружної праці слід віднести виконання в рамках державної "Програми комплексного розвитку медичної промисловості України" двох проектів.

Апарат "Квант 01" – один із розроблених за планом державної програми проект. Розробником і офіційним калькотримачем, окрім ДУО "Політехмед", є "МТЦ". Медичним співвиконавцем проекту достойно виступила ТДМА. Апарат призначений для фотооксигенації трансфузійних рідин на основі збагачення їх фотоактивованим киснем. Принцип методу розроблений наприкінці 80-х років науковцями Тернопільського медінституту у співпраці з Всесоюзним науково-дослідним інститутом джерел світла ім. О.М. Лодигіна (Росія). Активний кисень утворюється у фотоіонізаційній камері при фотонному розщепленні молекул води. Трансфузійну рідину збагачують такими формами активного кисню, як озон, синглетний збуджений молекулярний, атомарний кисень, іон-гіпохлорит та ін. Апарат забезпечує широкий спектр медичних показань, основні з яких: тяжкі токсичні ураження, анаеробна та інша ранова інфекція, травматичні ураження м'язів тканин, опіки, затяжні пневмонії, імунодефіцитні стани різної природи. Апарат пройшов кваліфікаційні випробування у провідних клініках України, серед яких Київський науково-дослідний інститут клінічної та експериментальної хірургії, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київський міський опіковий центр та ін. Через відсутність коштів апарат у серійний випуск на пройшов. Натомість, принцип, закладений у винаході наших винахідників і реалізований у розробці апарата "Квант-01", на даний час дістав поширення у медичній практиці. Росія випускає їх декілька типів. Саме у зв'язку з цим слід наголосити на об'єктивних труднощах інноваційної реалізації наших технічних рішень – перспективних і конкурентноспроможних. Одна з них, як було зазначено, є брак коштів, хоч при більш гнучкій державній політиці у сфері сприяння вітчизняній наукоємкій продукції кошти можна знайти. Доцільною, на наш погляд, є реорганізація взаємин вітчизняних підприємств, зайнятих інноваційним впровадженням вітчизняної наукоємкої продукції, із Департаментом з нової медичної техніки МОЗ України, його підрозділами. Особливо, це мало б стосуватися бюджетних закладів науки і освіти. Непомірна плата за сприяння у розробці технічної документації часто виступає в ролі нездоланної перешкоди, непомірного фінансового тягара.

Беручи до уваги позитивний досвід співдружності ТДМА з іншими підприємствами, зокрема ВАТ "Ватра", Тернопільським технічним університетом ім. І. Пулюя, результатом якої стало виконання діючих макетів пристроїв, запропонованих винахідниками ТДМА, при певних кількісних і якісних пертвореннях в організаційній сфері можна очікувати формування на Тернопіллі регіонального науково-виробничого інноваційного комплексу як однієї з форм позитивного зрушення інноваційних процесів на теренах держави.

УДК 001.89

## СИСТЕМА КЕРУВАННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ ВЛАСНІСТЮ В НАУКОВИХ УСТАНОВАХ

**Н.О. Артамонова**

*Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМН України, м. Київ*

Стратегія керування об'єктами права інтелектуальної власності є однією з головних складових інноваційної політики наукової організації. Інтерес до інтелектуальної власності в науковій сфері обумовлений тим, що в результаті наукової діяльності створюються продукти (інноваційні продукти), ефективне використання яких залежить від наявності спеціальних знань, що дозволяють реалізувати процеси їхнього виявлення, класифікації, правової охорони, а також вибрати форми договірних відносин при передачі прав на використання продукту і т.д.

Важливим елементом стратегічного керування об'єктами права інтелектуальної власності є формування патентної стратегії у сфері наукових і практичних інтересів медичної установи. Реалізація патентної стратегії дозволить здійснювати моніторинг еволюційного просування об'єктів права інтелектуальної власності від етапу створення до етапу реалізації, а також забезпечить можливість планування розробки високоефективних і конкурентоздатних технічних рішень.

До основних завдань у стратегічному керуванні об'єктами права інтелектуальної власності можна віднести такі, як аналіз можливостей практичного використання; виявлення перспективних об'єктів; визначення форм і методів їхньої правової охорони; здійснення правової охорони; комерціалізацію об'єктів інтелектуальної власності та ін.

Для формування стратегії керування об'єктами права інтелектуальної власності необхідно, у першу чергу, ідентифікувати наявні об'єкти, визначити їхній правовий статус, оцінити перспективи їхнього використання, можливості і перспективи комерціалізації з урахуванням специфіки кожного із об'єктів права інтелектуальної власності.

До системи керування об'єктами права інтелектуальної власності належать наступні підсистеми:

- обліку об'єктів права інтелектуальної власності;
- виявлення патентоспроможних проектів;
- проведення патентних досліджень;
- вибору форми і шляхів забезпечення правової охорони об'єктів права інтелектуальної власності;
- проведення моніторингу об'єктів права інтелектуальної власності;
- визначення перспектив і здатності до комерціалізації вказаних об'єктів;
- трансферу технологій;
- забезпечення винагороди авторам за використання об'єктів права інтелектуальної власності.

Реалізація кожної з підсистем вимагає подальшого поглибленого аналізу. Таким чином, створення системи керування об'єктами права інтелектуальної власності в державній установі дозволить оптимізувати інноваційну діяльність із забезпеченням її патентно-інформаційного супроводу на всіх етапах наукового дослідження.

УДК 61:618.3

## ШЛЯХИ КООРДИНУВАННЯ ПАТЕНТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК

**Л.М. Овсянникова, Н.О. Артамонова**

*Науково-координаційне управління Академії медичних наук України, м. Київ*

*Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва, м. Київ*

Ефективність наукової діяльності в медицині визначається, у першу чергу, тим, як її результати використовуються в різних галузях охорони здоров'я і ступенем їхнього інноваційного потенціалу. Інноваційний процес – це замкнутий цикл, що базується на фундаментальних і прикладних дослідженнях. Він передбачає випуск дослідного зразка, надання медичних послуг або реалізацію медичної продукції. У науці ефективність прикладних досліджень має визначатися співвідношенням кількості отриманих результатів (інноваційного продукту), які забезпечують задоволення медико-соціальних потреб, до суми фінансових витрат і інших матеріальних ресурсів.

У медичній галузі, установи і заклади якої в переважній більшості фінансуються з держбюджету, питання комерціалізації медичних розробок – об'єктів права інтелектуальної власності – вимагають особливого підходу до вирішення. Визначення високоефективних медичних розробок, здатних стати об'єктом правової охорони і ліцензійних відносин, пошук шляхів стимулювання інноваційної діяльності і

проведення моніторингу наукових досліджень мають стати найважливішими напрямками діяльності патентно-інформаційних служб медичних закладів і установ України.

Реалізація медичних наукових розробок, у тому числі комерційна, залежить від наявності відповідної нормативно-правової та економічної платформи, що чітко регламентує всі питання створення і трансферу науково-технічної продукції та механізми її фінансового забезпечення. В даний час у зв'язку із запровадженням у дію Цивільного кодексу і внесенням значних змін у законодавство з питань інтелектуальної власності виникає гостра необхідність у перегляді багатьох основних положень, що входять у систему управління інтелектуальною власністю.

Мета роботи – забезпечення ефективної координації патентно-ліцензійної діяльності в системі установ Академії медичних наук України.

Для реалізації поставленої мети з урахуванням вимог нового законодавства і врегулювання правовідносин між роботодавцем (керівником установи) і співробітником, а також стимулювання творчої діяльності, пов'язаної із створенням об'єктів права інтелектуальної власності (ОПІВ), розроблена відомча інструкція, що стосується питань керування ОПІВ, створеними за рахунок державного фінансування наукових досліджень і програм.

У відомчій інструкції викладені наступні кроки: виявлення й оформлення прав на ОПІВ і комерційної таємниці, первинний облік і формування статистичних звітів, оплата зборів за дії, пов'язані з охороною ОПІВ, розпорядження майновими правами інтелектуальної власності, реєстрація і використання службових об'єктів авторського права, проведення моніторингу результатів інтелектуальної діяльності при здійсненні міжнародного співробітництва та інвентаризації нематеріальних активів.

Інструкція призначена для використання патентними службами, патентознавцями, зайнятими у сфері патентно-ліцензійної діяльності в закладах і установах Академії медичних наук України.

УДК 001.894/895

## ОЦІНКА ІННОВАЦІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ПАТЕНТНОГО ПРОДУКТУ ЗА КРИТЕРІЯМИ НОВИЗНИ І ВІНАХІДНИЦЬКОГО РІВНЯ

**М.А. Андрейчин, В.В. Дем'яненко, І.І. Івасенко**

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

Формування стратегії і тактики процесу інноваційної реалізації сумарного патентного продукту, який належить науковому закладу, як об'єкт інтелектуальної (промислової) власності вимагає особливої уваги до оцінки значущості кожного з науково-технічних проектів в аспекті ймовірних наслідків його впровадження. Сортування патентної продукції має здійснюватися відповідно до характеру, особливостей і вимог ринку за адекватними критеріями.

До таких, що мають стратегічне значення, вочевидь, слід віднести новизну проекту і висоту його винахідницького рівня. Новизна технічного рішення як самодостатня ознака якості патентного продукту лише певної мірою визначається актуальністю, новизною науково-технічної проблеми, проте нею не вичерпується. Нова якість запропонованого до інноваційної реалізації технічного рішення має базуватися на принципово новій науково-технічній основі і одночасно забезпечувати отримання кращого за відомий результату. І хоча поняття світової новизни і відносної світової новизни дають в цілому чітку уяву про межі сфери їх застосування, усе ж слід визнати, що при вирішенні питання стратегії і тактики інноваційного процесу однозначного підходу до оцінки ступеня новизни певного технічного рішення не може бути. Саме тому оцінка інноваційної перспективи проекту за критерієм новизни закладеного в ньому технічного рішення вимагає всебічного виваженого аналізу з врахуванням і таких питань, як актуальність проекту, потреба в ньому відповідної галузі народного господарства, об'єктивна готовність галузі до використання



нового продукту, наявність реального інвестора, споживача, виробника, ситуація на внутрішньому і зовнішньому ринках і т.д.

При розгляді науково-технічного проекту за критерієм висоти винахідницького рівня початковим кроком, як відомо, є формування попередніх висновків за результатами зіставлення запропонованого рішення з відомим аналогами. Проте практика показує, що в цілому ряді випадків цього може бути недостатньо, оскільки взятий для порівняння еталонний аналоговий рівень техніки може не відповідати сучасному науково-технічному рівню як такому. Виникає потреба висоту технічного рішення, запропонованого до інновації проекту, зіставляти з рівнем науково-технічного розвитку суміжних галузей науки, техніки і виробництва. Цілком очевидно, що прийняття відповідальних за долю закладу, галузі, а в ряді випадків – і науково-технічної політики держави, рішень щодо інноваційної реалізації тих чи інших проектів вимагає колегіального підходу із залученням провідних спеціалістів відповідних галузей науки і техніки, економіки і виробництва.

З метою підвищення інноваційної спроможності оригінальних розробок в Тернопільській медичній академії вперше серед медичних закладів країн СНД втілена нова організаційна ідея. Сутність її полягає у тому, що упродовж двох останніх років успішно працює комісія з нової медичної техніки і перспективних медичних технологій. До її складу входять науковці, патентознавець, інженери-метрологи, а також (при потребі) провідні спеціалісти з відповідних галузей науки і техніки. Результатом роботи комісії вже стали затверджені вченою радою академії інструкції з використання нових авторських методик і пристроїв відповідно до Державного стандарту України ДСТУ 3627-97 щодо впровадження засобів одиничного виробництва. Ефективність наведеного організаційного заходу уважно вивчається в академії, щорічно голова комісії звітує перед Науковою комісією. Мета організаційної ініціативи спрямована на усунення ускладнень правового порядку, які нерідко ще виникають при застосуванні нових, незатверджених МОЗ України методів і засобів лікування, що сприятиме прискоренню інноваційної реалізації власних науково-технічних проектів.

УДК 371.214.114

## **ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИМОГ ДО СТВОРЕННЯ СУЧАСНИХ ГАЛУЗЕВИХ МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ**

**Н.В. Романюк, О.О. Мусіна**

*Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, м. Київ*

При розробці методичних рекомендацій в розвинутих країнах керуються принципами прозорості та чесності, беруть до уваги результати всіх існуючих клінічних досліджень фактів доказової медицини, а при відсутності ймовірності таких результатів спеціалісти беруть на себе відповідальність за прийняття рішень, що стосуються кінцеві мети методичних рекомендацій (клінічних рекомендацій) або медичних технологій.

Згідно з вищесказаним важливого практичного значення набуває питання про відповідність сучасним вимогам та принципам існуючих сьогодні в вітчизняній галузі організаційно-методологічних підходів до інноваційних процесів в сфері охорони здоров'я, насамперед, – питання про якість "Методичних рекомендацій" ("МР"), як вторинного науково-інформаційного інноваційного продукту та засобу наукової комунікації в галузі.

Згідно з даними вітчизняних авторів, саме "МР" мають найвищий рейтинг серед практичних лікарів, як найбільш доступне і надійне джерело інформації, що має прикладне значення. Між іншим, судячи з діючих нині нормативних документів, процедура видання та написання "МР" істотно не змінювалась за останнє десятиріччя.

Вважаємо за необхідне підкреслити, що враховуючи ступінь повноважень, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи на сьогодні здійснює формальну експертизу за окремими параметрами (дублювання, новизни, форми тощо) методичних рекомендацій. Нижченаведені пропозиції щодо удосконалення МР та висновки стосуються переважно профільних проблемних комісій, головних по проблемі НДІ, головних спеціалістів, власне авторів МР, головних управлінь структури центральної влади охорони здоров'я. Йдеться про наступне:

– організаційно-методологічні підходи щодо створення та підготовки до видання вітчизняних МР потребують перегляду та удосконалення з метою реалізації загальноприйнятого світовою медичною спільнотою принципу "не впроваджувати нічого, крім доведеного";

– в МР, що містять інформацію, яка стосується власних наукових розробок укладачів (авторів), доцільно та необхідно наводити стислі, але конкретні статистичні дані, що підтверджують достовірність отриманих фактів про клінічну ефективність, перевагу та безпеку методів, які пропонуються, відповідно до міжнародних вимог. При цьому МР даної групи повинні обов'язково доповнюватись списком посилань на значущі публікації, що відображають результати наукових розробок, які стосуються теми МР;

– процедура підготовки до видання МР означеної групи доцільно доповнити практикою незалежних експертних комісій та "сліпого" рецензування;

– нові методи діагностики, лікування та профілактики, що базуються на недостатньому статистичному матеріалі недоцільно рекомендувати до широкого впровадження у клінічну практику шляхом видання МР, оскільки останні вважаються провідними галузевими інноваційними документами у галузі, відповідальність за якість яких бере на себе в тому числі і МОЗ України;

– доцільність перегляду нині діючих нормативних документів (які не змінювались за останнє десятиріччя) та створення нових нормативно-правових актів щодо процедури укладання та видання методичних рекомендацій, які відповідають сучасним вимогам сьогодення.

Автори цього повідомлення впевнені, що сьогодні варто переглянути існуючі положення щодо підготовки та використання методичних рекомендацій, що суттєво покращить інноваційні процеси в галузі.

УДК 002.6:61:681.3

## СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ У НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Л.Н. Колесникова, В.Я. Мартиненко, Л.Ф. Воловик

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

Біомедичні ресурси Інтернету дозволяють одержати будь-яку інформацію в найбільш представницькому і повному спеціалізованому інформаційному фонді при високій оперативності доступу. Проте для ефективного використання цих можливостей необхідне всебічне вивчення біомедичних ресурсів Інтернету і методів пошуку в ньому.

Мета даної роботи – на прикладі використання біомедичних ресурсів Інтернету продемонструвати реальну можливість оперативного одержання достатньо повної інформації у вигляді текстів статей з проблеми псоріазу – клінічні, імунологічні, генетичні аспекти цього захворювання; а також з проблем алергічного і атопічного дерматитів у дітей.

Вибір ресурсів для проведення пошуку з наведених питань визначався за критеріями сучасності, якості та доступності. Для пошуку використовувалися джерела: пошуковий сервер Derm-Guide, пошукові системи Excite, Overture (GoTo), сервер Medscape, бібліографічна база даних з біомедичних публікацій Національної медичної бібліотеки США – PubMed, on-line журнали, High Wire Press і Free Medical Journals –

списки журналів з термінами доступності повнотекстових статей після опублікування. Серед результатів пошуку слід зазначити Web-сторінки Національного фонду псоріазу (NPF), великий масив ресурсів Грецької асоціації дерматології-венерології (Hellenic Association of Dermatology and Venereology). У розділі Dermatological resources вказаного сайту – посилання на високоякісно організовані і інформативно насичені сайти Derm Web Links при University of British Columbia (<http://www.derm.ubc.ca/dermlinks/>) і дерматологічні ресурси університету Erlangen (<http://www.derma.med.uni-erlangen.de>). Аналіз результатів показав, що релевантна інформація з предметів пошуку отримана з усіх використовуваних джерел. Пошукові системи Excite (<http://www.exite.com>), Overture (<http://www.overture.com>), пошуковий сервер DermGuide (<http://www.dermguide.com>) забезпечують доступ до ресурсів з дерматології і педіатрії. Джерелом повнотекстових статей можуть бути база даних PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), on-line журнали на сайтах High Wire Press (<http://highwire.stanford.edu/lists/freeart.dtl>), FreeMedicalJournals (AmedeoGroup) (<http://www.freemedicaljournals.com>), у яких доступ до повнотекстових статей можливий відразу після опублікування і від 1-6 місяців до одного року після опублікування, у рідких випадках – через два роки. Поширений серед користувачів сайт NPF (<http://www.psooriasis.org>) містить інформацію про поточні фундаментальні і клінічні дослідження. На сторінках сайту висвітлені особливості досліджень з генетики псоріазу, які частково фінансуються NPF. Інформаційний сервер Medscape (<http://www.medscape.com>) забезпечує можливість одержання рефератів наукових статей і оглядів, опублікованих протягом попереднього тижня за багатьма напрямками медицини, у тому числі з дерматології і педіатрії, резюме минулих конференцій, підготовлених незалежними авторами за редакцією Medscape. Крім того, вказаний сервер вміщує списки журналів, причому деякі з них надають вільний доступ не тільки до змісту статей і рефератів, але й до повнотекстового формату.

УДК 614:339.138(477.84)

## МАРКЕТИНГ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

О.Н. Литвинова

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

При розгляді маркетингу як науки про ринок постає питання, чи можна говорити про маркетингові заходи у системі державної охорони здоров'я, яка не базується на ринкових засадах? Безперечно, що так, і в зазначеному аспекті слід говорити про це з кількох міркувань. По-перше, основні маркетингові поняття "необхідність", "потреба", "запит", "товар", "обмін", "угода" і "ринок" притаманні сьогodній системі охорони здоров'я у всіх напрямках її діяльності. По-друге, головні учасники ринкових відносин "виробник" і "споживач" у нашій галузі іменуються як "лікар" і "пацієнт" і за своїми ринковими характеристиками, за винятком деяких особливостей, майже нічим не відрізняються. По-третє, принципи маркетингової діяльності застосовуються для всіх сфер життєдіяльності людини, де є поняття "задовільнити потреби", яким в системі охорони здоров'я фактично заміняється термін "товар".

Для системи охорони здоров'я головною метою є задовільнити потреби людей у здоров'ї. До сьогodні у нашій країні на виконання цього завдання використовують масовий маркетинг, з розрахунку, що пропозиція виробника повинна задовільнити всіх споживачів. Які при цьому результати, бачимо сьогodні – масове незадоволення і виробників і споживачів.

Ринок складається із виробників, які мають найрізноманітніші цілі, інтереси і можливості, і зі споживачів, які також мають найрізноманітніші цілі, інтереси, потреби і можливості. В найоптимальнішому варіанті задовільнити обидві сторони, тобто укомплектувати ті цілі, інтереси і можливості може допомогти лише сегментація ринку.

Так от, в системі охорони здоров'я України своєрідна сегментація практикувалась. Так можна певною мірою назвати спеціалізацію в системі медико-санітарної допомоги. Це не що інше, як сегментація

ринку виробників. Таких сегментів сьогодні нараховується 138 – за кількістю лікарів-спеціалістів, перелік яких обумовлений Наказом МОЗ України №385 від 28.10.2002 року. Якби ще ринок споживачів був сегментований аналогічно – проблем би значно поменшало. Але є 21 клас видів хвороб, згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, які включають більше 2,5 тисяч захворювань. Окремий пацієнт може мати кілька захворювань і комбінація їх безмежна.

Сегментація ж ринку споживачів не за захворюваннями значно бідніша: цей ринок розділений на дорослих і дітей, і незначний сегмент виділений для жінок.

Ситуація ускладнюється ще й тим, що спрямовувати споживачів на використання послуг у системі охорони здоров'я можуть лише виробники. Це та унікальна характеристика ринку медичних послуг, яка не характерна більше жодним товарам і галузям. Виробник виступає водночас продавцем і агентом споживача в одній особі. Зрозуміло, що вберегти споживачів від ролі жертви ринку можуть лише унікальні і виважені маркетингові заходи.

Сьогодні в Україні вводиться спроба запровадити ще одну ринкову сегментацію – інститут сімейної медицини, коли на існуючі сегменти нашарується ще один поділ – це поділ сімейний. В нинішніх умовах відбудеться саме нашарування, бо виокремлення або заміщення при існуючій системі організації охорони здоров'я є нереальне і, зрештою, недоцільне. Не слід ламати добре відлагоджені системи з кваліфікованими кадрами і заміщати їх починаючими механізмами нової організації. Хоч численні публікації і доводять великі позитиви земської медицини і позитивний досвід Канади та США в плані сімейної медицини. Та, напевно, доцільно зауважити, що земська медицина мала свої позитивні результати у зовсім інших часових та соціальних масштабах, а досвід зарубіжжя позитивний при їх географічних особливостях та їхньому територіальному розподілі населення, що значно відрізняються від умов сьогоденної України.

Медична допомога – найвартісніша система у всьому світі. Вартість медичної допомоги під впливом науково-технічного прогресу щороку зростає і зростатиме надалі. Процес подорожчання медичних послуг неможливо зупинити ніякими урядовими, економічними чи силовими методами. Власна платоспроможність споживачів за цими темпами не встигає у всьому світі, а про Україну, де 80 % населення має доходи нижче 300 грн в місяць (прожитковий мінімум 340) говорити не доводиться. Отже, постає необхідність вирішення питання: або сегментувати ринок медичних послуг за ознакою "платоспроможність – пропозиція", або шукати механізми, які перекриватимуть недостатню платоспроможність. Перший варіант простіше реалізовується в ринковій економіці, але не забезпечує частину населення доступною медичною допомогою. Другий легше реалізувати в плановому господарстві і, звичайно, він грішитиме елементами тиску і економічного насильства. Для сьогоденної України складними є обидва шляхи.

УДК 338.45-230.047

## **ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ НЕОБХІДНОГО РІВНЯ ОХОРОНИ ОБ'ЄКТІВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦІЇ**

**О.В. Посилкіна, В.Н. Тиманюк**

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків*

Результатом інтелектуальної діяльності у фармації є нововведення, створені при виконанні фундаментальних пошукових, науково-дослідних і дослідно-конструкторських розробок (НДДКР) тощо. Наприклад, тільки в інноваційному портфелі Національного фармацевтичного університету (НФУ) нараховується 132 лікарських препарати, частина з яких проходить різні стадії впровадження. Однак перетворення науково-дослідних розробок в інноваційний продукт, придатний для виробництва і такий, що користується попитом на ринку, залишається найскладнішим етапом у ланцюжку, що зв'язує науку із споживачем.

Незважаючи на те, що вітчизняна фармація більше десяти років розвивається в умовах ринкових відносин, виконавці НДДКР дотепер мають недостатній досвід технологічного підприємництва, не в повній мірі усвідомлюють важливість правового захисту технологічних рішень, мають недостатнє уявлення про сутність і задачі комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності (ОІВ).

Метою виконаної на кафедрі економіки підприємства НФУ наукової роботи є розробка механізму, спрямованого на перетворення накопичених суб'єктами інноваційної діяльності перспективних технічних рішень в інтелектуальні продукти, упорядкування їх за ступенем значущості і конкурентноздатності, визначення ринкової вартості і перетворення ОІВ у стратегічний ресурс – керований актив підприємства.

Найважливішим у фармації етапом процесу комерціалізації ОІВ є інвентаризація наявних науково-дослідних розробок (дисертаційних досліджень, НДДКР, технологічних регламентів та ін.) і встановлення необхідного рівня їх охороноздатності.

Надалі інтелектуальні продукти повинні трансформуватися в тематичні інноваційні портфелі, що складаються з комплексу взаємодоповнювальних наукових досліджень.

Необхідною умовою конкурентноздатності будь-якого інноваційного портфеля є його всебічна правова охорона: наявність патентів, що блокують ноу-хау. Використання прав на ОІВ не окремо по кожному із об'єктів, а в складі пакета, забезпечує їхньому власникові додаткові переваги. Охорона прав по ОІВ, які використовують у складі пакета, повинна здійснюватися відразу по декількох позиціях (авторське право, право промислової власності).

Запропонована авторами методика формування тематичного інноваційного портфеля для цілей наступної комерціалізації включає наступні основні блокові етапи:

1. Аналіз наявних у підприємства (організації) інтелектуальних продуктів і систематизація їх за визначеною тематикою.
2. Поділ інтелектуальних продуктів, що входять до інноваційного портфеля, на об'єкти інтелектуальної власності.
3. Визначення відповідної форми охорони об'єктів інтелектуальної власності, рівня правової охорони наукової розробки.
4. Оформлення охоронних документів.

Окремо повинні розглядатися групи об'єктів інтелектуальної власності, що можуть використовуватися самостійно, а також товарні знаки.

Необхідною умовою наукового підходу до формування інноваційних портфелів також є визначення можливого ризику втрати прав на об'єкти інтелектуальної власності у рамках портфелів, що можуть виникнути за умов некоректного оформлення патенту або свідоцтва; при суперечностях із питань авторства, у тому числі з питань пайової участі кожного розробника в створенні винаходу; суперечках із сплати мита, з визначення патентодавця.

УДК 717.3:001.89

## **ПАТЕНТНО-ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОРТОПЕДІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ**

**М.Ф. Мороз, О.М. Щербань, Л.О. Половинка, В.О. Дейнеко**

*Інститут травматології та ортопедії АМН України, м. Київ*

Інститут травматології та ортопедії АМН України за весь період свого існування (85 років) постійно зміцнював свою матеріально-технічну базу, розширював обсяг наукових досліджень і лікувальної роботи і сьогодні є одним із провідних наукових центрів у галузі травматології і ортопедії, де на високому науково-методичному і методологічному рівнях розробляються найбільш пріоритетні наукові напрямки вітчизняної ортопедії і травматології.

Успішне вивчення етіопатогенезу захворювань та розробка ефективних методів діагностики, профілактики та лікування ортопедо-травматологічних хворих в значній мірі залежить від своєчасного і повного інформаційного забезпечення наукових досліджень, яке здійснюється в інституті співробітниками відділу патентно-ліцензійної роботи та науково-медичної інформації. Патентно-інформаційний пошук, системний огляд і аналіз наукової літератури за результатами раніше проведених патентно-інформаційних досліджень дають можливість правильно визначати пріоритетні напрямки НДР і планувати етапи наукової роботи, формулювати мету і завдання досліджень, визначати новизну і патентоспроможність НДР.

Для забезпечення високого рівня патентно-інформаційних досліджень співробітники відділу користуються довідково-інформаційним фондом Інституту, який має велику кількість науково-медичної та патентно-ліцензійної інформації з України, Росії та інших зарубіжних країн. Для проведення оперативного пошуку наукової інформації використовується предметний каталог та сучасні форми бібліотечного обслуговування – книжкові виставки, відкриті перегляди нових надходжень, міжбібліотечний абонемент, дні інформації та ін. Крім того, пошук інформаційних джерел проводиться з різних баз даних державної науково-медичної бібліотеки, збірників рефератів НДР та ДКР, РЖ "Изобретения стран мира", офіційних патентних бюлетнів України і Російської Федерації, фахових періодичних видань, монографій, дисертацій та авторефератів дисертацій, матеріалів з'їздів та конференцій. Ефективно використовується матеріал дисертацій, матеріалів з'їздів та конференцій. Використовується електронний зв'язок та мережа Інтернет, яка сьогодні стає одним із головних каналів пошуку джерел інформації і поповнення інформаційної бази Інституту.

З метою підвищення ефективності наукових досліджень співробітники Інституту співпрацюють з багатьма науково-дослідними закладами Міністерства охорони здоров'я, Національної академії наук і Академії медичних наук України, профільними НДІ і кафедрами медичних ВНЗ республіки, а також з провідними профільними установами зарубіжних країн. 9 співробітників Інституту є членами Міжнародної асоціації ортопедів-травматологів (ISOT), 4 – членами Американської академії хірургів-ортопедів.

Для впровадження наукових досягнень з питань ортопедії-травматології співробітники інституту беруть участь у роботі конгресів, з'їздів, конференцій та семінарів. В Інституті щорічно видається декілька монографій, тематичні бібліографічні збірники та бібліографічні покажчики наукових робіт співробітників Інституту. На базі Інституту видається український науково-практичний журнал "Вісник ортопедії, травматології та протезування".

Для популяризації наукових розробок Інституту широко використовуються газетні видання, виступи на радіо і телебаченні. Науково-практична та інноваційна діяльність Інституту неодноразово була представлена на міжнародних виставках та постійно діючому Виставковому центрі досягнень народного господарства України, а також двома сайтами у мережі Інтернет.

За результатами наукових досліджень співробітниками Інституту опубліковано у періодичній пресі більше 5300 наукових статей, видано 160 монографій та посібників, 119 методичних рекомендацій, 123 інформаційні листи, отримано 241 авторське свідоцтво та патенти на винаходи. За розробку нових методів лікування ортопедо-травматологічних хворих 9 співробітників удостоєні звання лауреатів Державної премії України.

Спираючись на значний науковий потенціал, науково-інформаційний і патентний фонди з розгалуженою системою інформаційного пошуку, відділ продовжує сприяти успішному вирішенню проблем ортопедії-травматології і ефективно здійснювати патентно-інформаційне супроводження при плануванні та виконанні науково-дослідних робіт, забезпечувати високий рівень інноваційних процесів у галузі.

УДК 61+(083.8)

## **ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ПАТЕНТОЗНАВСТВА ЯК ПЕРЕДУМОВА СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У МЕДИЦИНІ**

**М.І. Лазорик**

*Ужгородський національний університет*

Проведення наукових досліджень у медицині в сучасних умовах вимагає використання, окрім журнальних публікацій та монографій, і такого потужного джерела найбільш достовірної інформації, як описи патентів на винаходи. Але програмами медико-біологічних навчальних дисциплін у вищому медичному закладі не передбачено оволодіння основами патентознавства, як і використання патентної інформації. Тому випускник медичного навчального закладу, як лікар і як науковець, недостатньо підготовлений для професійної діяльності в умовах ринку об'єктів інтелектуальної власності.

На жаль, незважаючи на відомий Указ Президента про необхідність викладання в системі вищої освіти основ охорони інтелектуальної власності, реальних зрушень у сфері практичної реалізації вимог Указу на даний час ще немає, що зумовлено цілим рядом обставин об'єктивного і суб'єктивного порядку. Наш досвід викладання протягом 9 років основ патентознавства на медичному факультеті показав, що предмет не слід викладати на I-II курсах у зв'язку з відсутністю у студентів мотивації для вивчення цього достатньо складного предмета. На наш погляд, викладання основ патентознавства доцільно проводити на III курсі одночасно з вивченням клінічних дисциплін. Викладання не може бути чисто академічним, а супроводжуватися пошуком ілюстративних прикладів патентування відповідно до тематики клінічних дисциплін на основі дотримання принципу наступності навчального процесу. Одержані навички повинні бути основою при написанні історій хвороб з клінічних дисциплін на III-VI курсах. Використання патентної інформації уже на студентській лаві сприятиме майбутній успішній професійній та науковій роботі лікаря.

УДК 616.8-009.3

## **ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВО-ТЕХНІЧНИХ РОЗРОБОК І ОПИСІВ ВІНАХОДІВ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ**

**А.Н. Стоянов, В.С. Вишневський, В.С. Левищенко**

*Одеський державний медичний університет*

Більше 15 років на кафедрі нейрохірургії і неврології Одеського державного медичного університету проводяться дослідження треморогенезу, діагностики, лікування і профілактики різних видів гіперкінезів, що супроводжуються тремтінням. Ряд пристроїв, способів вивчення тремору і координації рухів запатентовані, впроваджені і знаходять використання в навчальному процесі: А.с. СРСР № 1695885 (1991); Патенти України: № 9047 (1996), № 10336 (1996), № 20160 (1997), № 22207 (1998). У 1990 р. на ВДНГ України пристрій і спосіб дослідження тремору визнані гідними срібною медаллю і Диплома II ступеня. У 2000 р. Південним науковим центром НАНУ пристрій для дослідження динамічного тремору зареєстровано як передову розробку у сфері охорони здоров'я (каталог "Інновації – Південному регіону").

Спосіб діагностики тремору і координації включений до "Реєстру галузевих нововведень МОЗ України", вип. 14-15 № 99/15/01 (Київ, 2001). На рівні міністерства освіти і науки України розробку "Пристрій для дослідження динамічного тремору" внесено у Каталог "Освітні інновації у вищих навчальних закладах України", Код НМУ ВО 42,3 (Київ, 2003). Обласним управлінням охорони здоров'я Одеської облдержадміністрації і Одеським державним медичним університетом визнані раціоналізаторськими більше 20 пропозицій, які були впроваджені в лікувальних установах і клініках м.Одеси і області. Ряд розробок із вивчення

гіперкінезів опубліковані в "Інформаційному листі Управління охорони здоров'я про прийняті до використання винаходи", вип. XXVI (Одеса, 2001).

Відображені у наукових публікаціях різні аспекти дослідження тремору, його класифікації, діагностики, лікування і профілактики знаходять застосування в розробках для самостійної роботи курсантів факультету післядипломної освіти. Більшість науково-дослідних робіт і винаходів відображені в навчально-методичних джерелах інформації, а також впроваджені в процес післядипломної освіти, зокрема на практичних, семінарських заняттях, при самостійній роботі під час вивчення рухових, екстрапірамідних дисфункцій, спадкової, судинної патології вегетативної нервової системи, інтоксикацій та ін.

УДК 001.8.004.14:[061.6(477):616-006]

## **ІННОВАЦІЙНА РЕАЛІЗАЦІЯ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНИХ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ В ІНСТИТУТІ ОНКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ**

**А.І. Селюченко, А.Б. Данцкер**

*Інститут онкології АМН України, м. Київ*

Виходячи з актуальності проблем онкології для здоров'я населення України і розуміння важливості завдань профілактики, ранньої і своєчасної діагностики онкологічних захворювань, до невідкладних завдань слід віднести розробку і вдосконалення алгоритмів комплексного раціонального підходу до первинної, диференційної та остаточної діагностики пухлин різної локалізації, пошук нових шляхів підвищення ефективності лікування злоякісних новоутворень, розробку і впровадження скринінгових програм раннього виявлення злоякісних новоутворень. Запорукою їх вирішення має стати активна інноваційна політика, яка є пріоритетним напрямком діяльності відділу інформації та інтелектуальної власності Інституту онкології АМН України.

Науково-інформаційна робота в Інституті тісно переплітається з діяльністю служби охорони інтелектуальної власності і направлена на забезпечення високого методичного рівня наукових досліджень та патентоспроможності способів діагностики і лікування онкологічних хворих. Серед 17 науково-дослідних робіт, що виконувалися в 2003 році, охороноспроможні теми склали 82 % (14 НДР), а серед завершених у 2003 році 6 НДР цей показник склав 83 % (5 НДР). За останні 3 роки (2001-2003 рр.) до Держпатенту України було подано 55 заявок на винахід і отримано 51 деклараційний патент. Аналіз динаміки винахідницької активності в розробці нових способів діагностики та лікування онкологічних захворювань дозволяє також прогнозувати успішне продовження їх і в наступні роки. Цілком виправданим є орієнтування на теми науково-дослідних робіт, що можуть завершитися перспективними охороноспроможними рішеннями, особливо такими, що можуть бути матеріалізованими і внести вагомий вклад у рішення онкологічних проблем, зокрема на основі нових медичних технологій, у тому числі спрямованих на розробку органощадних методів лікування онкологічних хворих.

З точки зору інноваційних процесів важливими є шляхи матеріалізації наукових охороноспроможних розробок у практику діяльності онкологічних диспансерів. Заслужовують на увагу при цьому нововведення, методичні рекомендації, інформаційні листи. За останні 3 роки науковцями Інституту розроблені та подані до Інформаційного бюлетеня "Наукові пропозиції установ АМН, які рекомендуються до впровадження в практику охорони здоров'я" (додаток до "Журналу Академії медичних наук України") 25 нововведень. Підготовлено та видано 8 найменувань інформаційних листів та 9 найменувань методичних рекомендацій.

У відділі інформації та інтелектуальної власності створена і постійно поповнюється база даних методичних рекомендацій та інформаційних листів з питань онкології та радіології (з 1960 року), також база даних патентів, отриманих Інститутом.

У комплексі заходів з інноваційної реалізації охороноспроможних рішень у практику онкологічної служби в Інституті онкології важливе значення надається проведенню тематичних науково-практичних



конференцій. Так, протягом 2004 року Інститутом будуть проведені 4 науково-практичні конференції, спрямовані на впровадження в практику онкологічної служби новітніх медичних технологій у сфері діагностики і лікування онкологічних хворих.

На наш погляд, гальмом на шляху оптимізації інноваційних процесів в онкології залишається відсутній зворотний зв'язок між розробником проекту і результатами впровадження, що вкрай необхідно для оцінки його соціально-медичної та економічної значущості. Налагодження зворотного зв'язку з широким використанням сучасних комунікаційних засобів потребує негайного вирішення, можливо, у законодавчому порядку.

УДК 616. 24-008.64-08-084+616-001-031.-14

## **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ДИХАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ПОЛІТРАВМІ**

**П.М. Замятін**

*Харківський державний медичний університет*

Політравма, що супроводжується крововтратою, вираженим больовим синдромом, нестабільністю грудної клітки, гемопневмотораксом, обмеженням рухливості діафрагми, призводить до нерівномірності і неефективності альвеолярної вентиляції, дихального ацидозу і гіпоксемії з одночасним порушенням компенсаторних процесів у системі зовнішнього дихання. Складність лікування хворих з поліорганним ушкодженням полягає в неможливості проведення довготривалої медикаментозної терапії. Водночас, більшість методів інтенсивної терапії хворих з розладами дихання при політравмі традиційно залишаються складними, трудомісткими, недостатньо патогенетично обґрунтованими, вимагають відстеження динаміки клінічного перебігу і оцінки ефективності лікування на основі аналізу великої кількості показників, отримання яких, у свою чергу потребує застосування інвазивних методичних прийомів. У зв'язку з наведеним розробка науково обґрунтованих, методично доступних і клінічно ефективних методик лікування хворих з порушеннями функції зовнішнього дихання при тяжких комбінованих травматичних ушкодженнях залишається актуальною задачею.

Як приклад практичної реалізації вказаного завдання наведені конструктивні особливості запатентованого і впровадженого в клінічну практику пристрою для відновного лікування хворих з порушенням функції зовнішнього дихання у зв'язку з політравмою.

Конструктивно пристрій для тренування органів зовнішнього дихання складається з порожнистого корпусу з отворами, на одному кінці якого встановлено мундштук, а інший кінець закрито заглушкою, причому на бічній поверхні корпусу висвердлено випускний отвір, а блок регулювання опору вдиху та видиху виконано у вигляді встановленого на корпусі з можливістю обертання навколо поздовжньої осі корпусу кільця з отвором, розташованим над випускним отвором. При такому положенні кільця відносно корпусу (вихідне положення) досягається повне відкриття випускного отвору, в результаті чого повітряний потік вільно поступає через канал у корпусі в органи дихання пацієнта – при вдиху, і назад – при видиху. При обертанні кільця відносно корпусу отвір на кільці зміщується відносно випускного отвору: при цьому настає поступове перекриття поверхнею кільця вихідного отвору, а опір повітряному потоку через випускний отвір збільшується і наростає до максимального в момент повного перекриття випускного отвору. В результаті рух повітряного потоку припиняється. Для зручності користування пристроєм на корпусі встановлено мундштук, який пацієнт охоплюється ротом, а за допомогою елементів фіксації у вигляді скоб, розташованих на мундштуці, пристрій зручно і надійно прикріплюється до голови пацієнта. Ефективність візуального контролю і точність встановлення оптимальної величини опору потоку повітря на вдиху і видиху контролюються за допомогою шкали, нанесеної на корпусі в зоні розташування випускного

отвору. Таким чином, здійснюється регулювання величини опору вдиху і видиху, чим забезпечується тренувальний ефект і поступове відновлення функції нейрорефлекторних механізмів регуляції функції зовнішнього дихання.

Досвід клінічного застосування пристрою у хворих з розладами функції зовнішнього дихання, принцип дії якого спрямований на тренування нейром'язового апарату дихання, підтверджує достатньо високий рівень лікувальної ефективності пристрою, його технологічності і методичності, забезпечує можливість індивідуалізованого регулювання величини опору потоку повітря на фазах вдиху і видиху, що особливо є важливим при застосуванні його у пов'язаних з політравмою складних клінічних випадках.

## ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ "МЕДИЧНА ОСВІТА" ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Окремо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210-297 мм), 1800-2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова "вступ", "основна частина", "висновки" виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, починаючи з лютого 2003 р. та у подальшому, якщо вони належать до рубрик "Вдосконалення вищої медичної освіти" та "Досвід з організації навчальної роботи", повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У вступі – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

В основній частині – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У висновках – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки "Верх", "Низ". Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення одного і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СИ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначати її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

10. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

1. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежного. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase. – Berlin: Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / Ed. by S. Udenfriend. – New York: Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п'ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним "та ін.", "и др.", "et al."

5. Петров Г.В., Хантов Р.М., Манько В.М. и др. Контроль и регуляция иммунного ответа. – М.: Медицина, 1981. – 311 с.

Перекладні видання:

6. Гроссе Э., Вайсмангель Х. Химия для любознательных: Пер. с нем. – М.: Химия, 1980. – 392 с.

– посилання на статті:

1. Гарина М.Т. Тестовый контроль в мединституте // Клинический хирург. – 1994. – № 5. – С. 67 – 68.

2. Chisari F.V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver // J. Immunol. – 1978. – 121, № 4. – P. 1279 - 1286.

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. 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.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

1. А.с. 1007970 СССР, МКИ В 25 G 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей / В.С. Батулин, В.Г. Кемайкин. – Оpubл. 30.08.81. – Бюл. № 12. – 2 с.

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Оpubл. 22.06.86. – НКИ 355/68. – 3 с.

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

1. Кияшко А.О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1983. – 280 с.

2. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с.

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні // Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.

2. Про розробку типових навчальних планів та програм підготовки лікарів на циклах спеціалізації // Наказ МОЗ України № 197 від 9.07.97.

3. Про затвердження положення про державний вищий заклад освіти // Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 5.09.96.

4. Про освіту // Закон України № 100/96 ВР від 23.03.96.

11. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, при потребі скорочує текст.

12. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

13. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу "Медична освіта"

Видавництво "Укрмедкнига"

Медична академія

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

**Бажаємо успіху !**

# ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ "МЕДИЧНА ОСВІТА" ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Особливо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210 – 297 мм), 1800–2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова "вступ", "основна частина", "висновки" виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, починаючи з лютого 2003 р. та у подальшому, якщо вони належать до рубрик "Вдосконалення вищої медичної освіти" та "Досвід з організації навчальної роботи", повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У **вступі** – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

В **основній частині** – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У **висновках** – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки "Верх", "Низ". Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення олюго і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначати її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

10. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

1. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase. – Berlin: Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / Ed. by S. Udenfriend. – New York: Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п'ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним "та ін.", "и др.", "et al."

5. Петров Г.В., Хаптов Р.М., Манько В.М. и др. Контроль и регуляция иммунного ответа. – М.: Медицина, 1981. – 311 с.

Перекладні видання:

6. Гроссе Э., Вайсмангелъ Х. Химия для лобознательных: Пер. с нем. – М.: Химия, 1980. – 392 с.

– посилання на статті:

1. Гарина М.Т. Тестовый контроль в мединституте // Клин. хирург. – 1994. - № 5. – С. 67 – 68.

2. Chisari F.V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver // J. Immunol. – 1978. – 121, № 4. – P. 1279 - 1286.

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. 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.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

1. А.с. 1007970 СССР, МКИ В 25 G 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей / В.С.Батулин, В.Г.Кемайкин. – Оpubл. 30.08.81. – Бюл. № 12. – 2 с.

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Оpubл. 22.06.86. – НКИ 355/68. – 3 с.

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

1. Кияшко А.О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни. Дис. ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1983. – 280 с.

1. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с.

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні // Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.

2. Про розробку типових навчальних планів та програм підготовки лікарів на циклах спеціалізації // Наказ МОЗ України № 197 від 9.07.97.

3. Про затвердження положення про державний вищий заклад освіти // Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 5.09.96.

4. Про освіту // Закон України № 100/96 ВР від 23.03.96.

11. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, при потребі скорочує текст.

12. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не ресструються. У першу чергу друкуються статті переддруків журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

13. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу "Медична освіта"  
Видавництво "Укрмедкнига"  
Медична академія  
Майдан Волі, 1  
46001, Тернопіль  
Україна.

Бажаємо успіху !