

*Міністерство охорони здоров'я України*

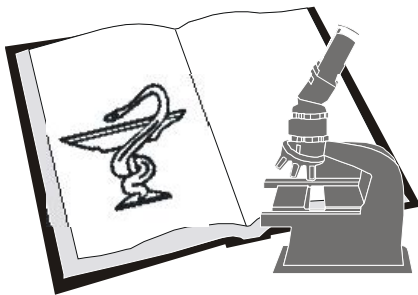
*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

# МЕДИЧНА ОСВІТА

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

- ◆ ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
- ◆ ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ
- ◆ ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ
- ◆ З ІСТОРІЇ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ
- ◆ ЮВІЛЕЇ



*Ministry of Public Health of Ukraine*

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

*National Medical Academy of Post-Graduate Education by P. L. Shupyk*

# MEDICAL EDUCATION

**SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**

# 1/2011

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор  
Вороненко Ю. В.  
Заступники головного редактора:  
Волосовець О. П.  
Ковальчук Л. Я.  
Вітенко І. С.

Боднар Я. Я.  
Вдовиченко Ю. П.  
Гойда Н. Г.  
Гощинський В. Б.  
Гребеник М. В.  
Зозуля І. С.  
Кліщ І. М. – відповідальний секретар  
Криштопа Б. П.  
Мазур П. Є.  
Масик О. М.  
Мисула І. Р. – відповідальний редактор  
Мінцер О. П.  
М'ясников В. Г.  
Поліщук В. А.  
Поляченко Ю. В.  
Посохова К. А.  
Романишина Л. М.  
Рудик Б. І.  
Файфура В. В.  
Харченко Н. В.  
Хміль С. В.  
Шкробот С. І.  
Шютц В.  
Янкович О. І.  
Ярема Н. З.

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В. Ф. (Київ)  
Бабанін А. А. (Сімферополь)  
Балл Г. О. (Київ)  
Бондаренко О. Ф. (Київ)  
Богатирьова Р. В. (Київ)  
Буларчук Л. Ф. (Київ)  
Дзяк Г. В. (Дніпропетровськ)  
Запорожан В. М. (Одеса)  
Зіменковський Б. С. (Львів)  
Казаків В. М. (Донецьк)  
Ковешніков В. Г. (Луганськ)  
Максименко С. Д. (Київ)  
Мороз В. М. (Вінниця)  
Орбан-Лембрик Л. Е. (Івано-Франківськ)  
Пішак В. П. (Чернівці)  
Портус Р. В. (Запоріжжя)  
Проданчук М. Г. (Київ)  
Скрипніков М. С. (Полтава)  
Туманов В. А. (Київ)  
Хвисюк М. І. (Харків)  
Циганенко А. Я. (Харків)  
Чернишенко Т. І. (Київ)  
Черних В. П. (Харків)  
Чепелева Н. В. (Київ)  
Яценко Т. С. (Черкаси)

# МЕДИЧНА ОСВІТА

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну  
реєстрацію: КВ № 16982-5752Р

Передплатний індекс: 21885

Відповідно до постанови Президії ВАК України  
№ 1-05/3 від 30.03.11 р. журнал “Медична освіта” внесе-  
ний до переліку фахових видань, в яких можуть публі-  
куватися результати дисертаційних робіт на здобут-  
тя наукового ступеня кандидата і доктора педагогіч-  
них наук.

### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медична освіта”  
Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського  
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль  
46001, УКРАЇНА  
Тел.: (0352) 43-49-56  
Факс: (0352) 52-80-09  
E-mail: [mededu@tdmu.edu.te.ua](mailto:mededu@tdmu.edu.te.ua)  
<http://www.tdmu.edu.te.ua>

За зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів  
відповідальність несе рекламодавець.  
Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів,  
власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях.  
При передруці або відтворенні повністю чи  
частково матеріалів журналу “Медична освіта”  
посилання на журнал обов'язкове.

Затверджено вченою радою Тернопільського державного  
медичного університету ім. І. Я. Горбачевського (протокол  
№ 11 від 31.03.2011 р.)

© Тернопільський державний медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського  
© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

Редагування і коректура	Мартюк Н. Є.
Технічний редактор	Демчишин С. Т.
Комп'ютерна верстка	Бенько Н. Б.
Дизайн обкладинки	Кушик П. С.

Підписано до друку 01.04.2011. Формат 60×84/8.  
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.  
Ум. др. арк. 10,70. Обл.-вид. арк. 9,87.  
Тираж 600. Зам. № 71.

Надруковано в друкарні  
Тернопільського державного медичного  
університету ім. І. Я. Горбачевського  
46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1

## ЗМІСТ

<i>І. Р. Мисула, В. В. Файфура, А. І. Паламарчук</i> <b>МЕТОДИЧНІ КОНФЕРЕНЦІЇ ЯК ЗАСІБ УДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО</b> .....	5
<i>Л. Д. Чулак, А. О. Бас, В. Г. Шутурмінський, В. В. Корчемний</i> <b>ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ</b> .....	11
<i>С. Г. Гривенко, Ю. Г. Барановський</i> <b>ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ КРЕДИТНО- МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ</b> .....	15
<i>В. Я. Юкало</i> <b>ВИВЧЕННЯ КУЛЬТУРИ ПИСЕМНОЇ ДІЛОВОЇ МОВИ В КУРСІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ) У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ</b> .....	17
<i>О. В. Шальнова–Козаченко</i> <b>ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА ТА ПРЕДМЕТ ВИКЛАДАННЯ У СВІТІ, В УКРАЇНІ ТА В ОНМедУ: ВСТУПНА ЛЕКЦІЯ З КУРСУ “ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ”</b> .....	20
<i>О. Л. Ковальчук, М. С. Гнатюк, П. І. Шев'як, Ю. С. Сморицьок, І. С. Кулянда</i> <b>ПОЕТАПНІСТЬ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ НА КУРСАХ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ</b> .....	29
<i>А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський, О. М. Стоянов, Н. В. Добровольська</i> <b>ОПАНУВАННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ НЕЙРОХІРУРГІЇ І НЕВРОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ</b> .....	32
<i>К. В. Вовк, О. В. Сокруто, Є. Я. Ніколенко</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ У СУЧАСНИХ УМОВАХ</b> .....	35
<i>Т. І. Шевчук, Р. П. Піскун, С. М. Горбатюк, О. О. Ніколаєнко</i> <b>МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЕЛЕКТИВНОГО КУРСУ “СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ МОЛЕКУЛЯРНОЇ БІОЛОГІЇ” У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ</b> .....	37
<i>М. І. Бобак, С. В. Бондаренко, В. Й. Кульчицький, М. Л. Кушик, Г. Б. Паласюк, Г. О. Попадинець, І. А. Прокон, А. М. Пришляк, Т. В. Саварин, В. Я. Юкало</i> <b>САМОСВІДОМІСТЬ ЯК СКЛАДНИК МОВНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ ОСОБИСТОСТІ</b> .....	40
<i>Л. Р. Шостакович-Корецька, В. В. Маврутенков, А. В. Чергінець, І. В. Будаєва, О. М. Якуніна, О. В. Шевельова</i> <b>САМОНАВЧАННЯ ЯК МОТИВАЦІЙНА СКЛАДОВА ЯКІСНОЇ ОСВІТИ</b> .....	43
<i>Б. М. Дикий, Г. Б. Матейко, О. Я. Пришляк, О. Є. Кондрин</i> <b>МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПРОБЛЕМНИЙ СЕМІНАР ЯК ІНТЕРАКТИВНИЙ МЕТОД НАВЧАННЯ СЛУХАЧІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ</b> .....	46
<i>Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко, Р. Ф. Макулькін</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й ЧЕСЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ</b> .....	50
<i>І. М. Білай, В. І. Дарій, О. А. Рижов, Є. С. Пругло, Т. С. Райкова, І. В. Бушуєва, Т. П. Зарічна, В. О. Демченко М. В. Білоус, Н. В. Кандибей</i> <b>ПРО ПІДГОТОВКУ ПРОВІЗОРІВ ТА ПРОВІЗОРІВ - ОРГАНІЗАТОРІВ НА КУРСАХ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ НА БАЗІ ФАКУЛЬТЕТУ ПІСЛЯ ДІПЛОМНОЇ ОСВІТИ</b> .....	52
<i>А. Б. Бойків</i> <b>ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З ПРОПЕДЕВТИКИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ</b> .....	55
<i>Г. І. Кліц</i> <b>РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ: ЗРАЗОК УСПІШНОГО ПРОВЕДЕННЯ І ПРИКЛАД ДЛЯ НАСЛІДУВАННЯ</b> .....	58

<i>В. І. Ляховський, Д. Г. Дем'янюк, О. М. Люлька, О. П. Ковальов, І. І. Немченко, М. О. Дудченко, В. П. Дмитренко</i> <b>МАЙБУТНЬОМУ ЛІКАРЮ ДОСКОНАЛІ ЗНАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ .....</b>	<b>66</b>
<i>О. В. Олійник, А. Р. Вайда, А. Я. Господарський, С. Я. Костів, І. В. Чепіль, В. В. Гнатів, О. І. Костів</i> <b>ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ З АНЕСТЕЗІОЛОГІЄЮ №2 ....</b>	<b>69</b>
<i>А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський, О. М. Стоянов, Н. В. Добровольська</i> <b>ДЕЯКІ АСПЕКТИ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ РОБОТИ, ЯКА ПРОВОДИТЬСЯ НА КАФЕДРІ НЕЙРОХІРУРГІЇ І НЕВРОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ .....</b>	<b>71</b>
<i>В. Ф. Тюріна, І. М. Кліц, І. М. Марків</i> <b>ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ .....</b>	<b>74</b>
<i>О. Л. Ткачук, В. Д. Скрипко, П. І. Шев'як</i> <b>ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ "ХІРУРГІЯ" .....</b>	<b>77</b>
<i>Ю. М. Степанов, І. М. Кононов, А. В. Латфуліна, Л. М. Шендрик</i> <b>ВЗАЄМВІДНОСИНИ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА – ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ .....</b>	<b>80</b>
<i>Ю. М. Степанов, І. Я. Будзак, О. М. Власова</i> <b>КОМУНІКАТИВНІ АСПЕКТИ МІЖ ЛІКАРЯМИ ТА ПАЦІЄНТАМИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ .....</b>	<b>82</b>
<i>Б. А. Клішевич, Ю. В. Рум'янцев, І. Ф. Гончаренко</i> <b>ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ ЯК ДЕРЖАВНОГО НОРМАТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ .....</b>	<b>84</b>

УДК 378:61(063)(477.84)

## МЕТОДИЧНІ КОНФЕРЕНЦІЇ ЯК ЗАСІБ УДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

І. Р. Мисула, В. В. Файфура, А. І. Паламарчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## METHODICAL CONFERENCES AS A WAY OF EDUCATIONAL PROCESS IMPROVEMENT IN TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I. YA. HORBACHEVSKY

I. R. Mysula, V. V. Fayfura, A. I. Palamarchuk

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

У статті коротко, в історичній послідовності описано етапи і шляхи вдосконалення навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті, які знайшли відображення у методичних конференціях.

In the article briefly, in historical sequence are described the stages and courses of the educational process improvement in Ternopil State Medical University, which are reflected in the methodical conferences.

**Вступ.** Науково-методичні конференції стали традиційними. Їм відведено важливу роль своєрідного інструмента, за допомогою якого впроваджуються нові технології навчання, проводиться обмін педагогічним досвідом, намічаються перспективні шляхи вдосконалення навчального процесу і підвищення фахової підготовки випускників. Останнім часом у суспільстві сталися радикальні зміни, які наклали відбиток на тактику і стратегію навчального процесу. Зокрема, розширилося співробітництво з профільними закордонними навчальними закладами, збільшилася кількість іноземних студентів у навчальних закладах України. У контексті нових обставин урізноманітнилися тематика, завдання, рівень організації і проведення методичних конференцій, зросла їх роль у до- і післядипломній підготовці спеціалістів.

**Основна частина.** У Тернопільському медичному університеті з ініціативи проректора з навчальної роботи проф. О. Н. Люльки першу науково-методичну конференцію з питань оптимізації навчального процесу організували рівно чотири десятиліття тому – 9 лютого 1971 р. До того часу проводилися тільки теоретичні конференції політичного, філософського або загальнобіологічного змісту. Більшість їх була присвячена ювілейним датам – 40-річчю Великої Жовтневої соціалістичної революції (12 листопада 1957 р.), 50-річчю виходу з друку праці В. І. Леніна “Матері-

алізм і емпіріокритицизм” (19 травня 1959 р.), 150-річчю з дня народження К. Маркса (24 квітня 1968 р.) і Ф. Енгельса (25 листопада 1970 р.). Бурхливий розвиток генетики і переоцінка її ролі радянськими науковцями знайшли відображення у двох конференціях: “Проблеми сучасної біологічної науки” (25 квітня 1963 р.) та “Сучасні уявлення про спадковість і їх значення для медицини” (28 січня 1968 р.). Зрозуміло, що ці та інші подібні зібрання не мали прямого стосунку до навчального процесу і лише відбивали заідеологізованість тодішньої освіти.

Правда, у збірниках тез VII, VIII і IX звітних наукових конференцій інституту (1965–1967 рр.) можна знайти кілька повідомлень методичного характеру, опублікованих кафедрами іноземних мов і біології. І все ж першочерговим завданням тоді вважалася підготовка науково-педагогічних кадрів. У передмові ректора проф. П. О. Огія до ювілейного видання “10 років Тернопільського державного медичного інституту. 1957–1967” [9] коротко сказано про технічне оснащення практичних занять, перераховано апаратуру, яка використовується не тільки в науково-дослідній роботі, але й у педагогічному процесі. Про інші аспекти навчальної роботи згадки нема. Навіть сам термін “оптимізація” ще не ввійшов тоді у вжиток.

У програмі I науково-методичної конференції з питань оптимізації навчального процесу значиться всьо-

© І. Р. Мисула, В. В. Файфура, А. І. Паламарчук

го дванадцять 10-хвилинних доповідей. Практично всі вони присвячені програмованому контролю знань студентів. У медичних навчальних закладах цей метод почав активно впроваджуватися з 1969 р., особливо після публікації результатів міжуніверситетського експерименту в журналі “Хроника ВОЗ” [8]. У Тернопільському медінституті найпалкішим прихильником і пропагандистом цього методу став доц. Б. І. Дубчак, завідувач кафедри патологічної анатомії.

На II науково-методичну конференцію, яка відбулася 25 лютого 1972 р., було представлено уже 16 доповідей з дещо ширшою тематикою, але програмоване навчання, програмований контроль і самоконтроль все одно займали в ній домінуючі позиції. Програмування визнали тоді одним з найефективніших способів інтенсифікації навчального процесу. Доповідачі поділилися досвідом застосування конструктивного і альтернативного методів контролю з використанням машин “KICI-5” (К. Г. Горшукова, Г. Г. Конопелько), контролюючих машин власної конструкції (Л. І. Богачик), завдань на конструкцію відповідей (Е. Н. Бергер, О. О. Маркова), системи індексів засвоєння (Б. І. Дубчак).

Перспективним напрямком оптимізації навчального процесу вважалася його технізація. На цій конференції було підбито перші підсумки впровадження технічних засобів навчання (ТЗН) – кінофільмів фабричного і власного виробництва (кафедри нервових хвороб, факультетської хірургії, госпітальної терапії), тематичних стендів (кафедри загальної хірургії, госпітальної терапії), телевізійного устаткування і магнітофонних записів лекцій (каф. загальної хірургії).

Новинкою конференції були такі заходи, як виставка технічних засобів навчання, демонстрація навчальних кінофільмів і публікація коротких аногацій доповідей у програмі.

На III конференції (13 березня 1973 р.) знайшли втілення нові модні і, як тоді вважалось, ефективні віяння в оптимізації: наукова робота як засіб покращення практичної підготовки випускників (кафедри патологічної фізіології, оперативної хірургії і топографічної анатомії), хронометраж часу викладачів і студентів з метою раціонального його розподілу (кафедри патологічної фізіології, загальної хірургії), впровадження соціологічних досліджень у навчання (каф. біології). У деяких доповідях пролунала стриманість стосовно доцільності безперервного нагромадження фактичного матеріалу (проф. Ю. Т. Коморовський) і надмірної наукової інформації (проф. О. В. Перов).

Все ж лейтмотивом цієї конференції стало узагальнення винахідницької і раціоналізаторської роботи в галузі оптимізації навчання. Кафедри демонструва-

ли прилади і пристрої власної конструкції: апарати для програмованого контролю і самоконтролю АПК-1 і АПК-2 (каф. інфекційних хвороб), контролюючі прилади “Електросигнал” (курс урології) і КВ-2 (каф. факультетської хірургії), портативний дистанційний підсилювач для прослуховування роботи серця (каф. факультетської терапії), аудіовізуальна установка для запису і відтворення тонів і шумів серця (каф. пропедевтичної терапії), програмований навчальний пристрій з багатоканальними перемикачами (каф. судової медицини), електронно-механічні моделі умовного зв’язку і безумовно-рухового рефлексу (каф. нормальної фізіології), електрифікований стенд-тренажер для вивчення медичної термінології (каф. іноземних мов), просторові моделі комплексних іонів (каф. неорганічної хімії).

У 1973 р. в Тернопільському медичному інституті було введено інтернатуру. Одна з програмних доповідей IV конференції (19 лютого 1974 р.) присвячена саме цьому питанню [1]. Дуже важливого значення почали тоді надавати ще одній ланці навчального процесу – організації самостійної роботи студентів. Принципи цього педагогічного заходу навчальна частина виклала у спеціальних рекомендаціях, розісланих на кафедри. Самостійній роботі присвятили свої повідомлення проф. М. М. Іщенко (проректор з навчальної роботи), проф. А. А. Герасименко і доц. Ж. М. Ваврик (каф. загальної хірургії), проф. Н. І. Тумашова (каф. дерматовенерології), доц. Г. Г. Конопелько і доц. К. Г. Горшукова (каф. соціальної гігієни і ООЗ). В життя почали входити й інші форми оптимізації – навчально-дослідна робота на практичних заняттях (проф. О. В. Перов і доц. Г. І. Кміт), предметна олімпіада (ас. А. М. Олійник), анкетування студентів (проф. Е. Н. Бергер), раціональний відбір інформації (проф. Ю. Т. Коморовський). Кафедри анатомії людини (зав. – проф. В. Г. Ковешников) і гістології (зав. – доц. І. П. Тюрина) вперше винесли на обговорення проблему міжкафедральної інтеграції викладання навчальних дисциплін.

На фоні загального захоплення програмованим контролем зважено виглядають повідомлення д-ра мед. наук В. А. Григоряна і д-ра мед. наук Є. Г. Барби (каф. пропедевтичної терапії), д-ра мед. наук А. Г. Лепявка і доц. Л. П. Кушнір (каф. факультетської терапії), де висловлено думку про те, що на клінічних кафедрах програмований контроль має допоміжне значення і його слід розумно поєднувати з традиційними методами навчання і контролю. Це були перші ознаки прохолоднішого ставлення до програмування в середині 1970-х років.



Досягнення чотирьох навчальних закладів Тернополя за минулі роки підсумувала міжінститутська науково-методична конференція “Шляхи забезпечення творчої діяльності студентів у процесі навчання”, яка відбулася 22–23 листопада 1974 р. в Будинку політосвіти.

Точно таку ж назву має провідна проблема чергової V науково-методичної конференції інституту (18 лютого 1975 р.), тому доповіді інститутської і вже згаданої міжінститутської конференцій багато в чому перегукуються. Друга проблема інститутської конференції – самостійна робота студентів. Наскільки високо підняли тоді цю ланку навчання, можна судити з того, що їй присвячено 18 повідомлень з 30 (60 %). Зате серед представлених доповідей майже відсутні такі, що прямо стосуються програмованого контролю і навчання. Натомість більше уваги приділили науковій (проф. О. О. Маркова, М. Я. Яковенко і В. В. Кушнір) і навчально-дослідній роботі студентів (доц. А. І. Муханов і доц. А. Х. Завальнюк), а також навчанню в субординатурі (проф. А. Г. Лепявко і співавт., проф. Л. І. Богачик і співавт., проф. Г. А. Сардак і д-р. мед. наук М. М. Савула).

Тематика VI конференції під назвою “Формування особистості лікаря” мала виховне спрямування. На обговорення було висунуто моральні, етичні, деонтологічні та психологічні аспекти підготовки спеціалістів, але питання оптимізації на ній не розглядалися.

Починаючи з 1976 р., припинилася публікація анотацій доповідей, тому наступні конференції можна охарактеризувати лише в загальних рисах. VII конференцію (27 березня 1976 р.) присвятили формам і методам контролю за якістю підготовки студентів до практичних занять. Тематика її була визначена директивним документом Державної інспекції МВССО СРСР “Организация контроля качества подготовки специалистов с высшим образованием” (М., 1974). Кожен кафедральний колектив з власних позицій підійшов до цієї проблеми, але більшість із них побудувала свої повідомлення на результатах кількарічного застосування різних методів контролю – машинного і анкетного, конструктивного і альтернативного, лінійного і розгалуженого. Організаційно-методична комісія інституту видала методичні рекомендації щодо реалізації цього завдання [10].

Програма VIII конференції “Інтеграція викладання – важлива ланка в навчальному процесі медичного вузу” (3 лютого 1977 р.) містить 21 доповідь, які повністю відповідають тематиці. IX конференцію “Прийом екзаменів – важливий момент в оцінці знань студентів” (19 квітня 1977 р.) організували спільно з філіалом Львівського політехнічного інституту.

Співробітники цього вузу зробили три доповіді (В. С. Левонян, А. О. Щербаков, С. Т. Шевченко). Темою XI конференції (6 лютого 1978 р.) стала навчально-дослідна робота студентів (УДРС). Завдання, форми і методи цього нововведення було сформульовано ще в 1974 р. в Інструктивному листі № 65 МВССО СРСР “О мероприятиях по совершенствованию научно-исследовательской работы студентов, включенной в учебный комплекс высших учебных заведений”. Навчально-дослідна робота надовго ввійшла в навчальну практику, пізніше досвід її проведення було узагальнено в методичних рекомендаціях [12]. Серед 20 включених у програму XI конференції доповідей тільки дві звучать неоднотипно. У них ідеться про значення предметних олімпіад з анатомії людини (проф. В. Г. Ковешников і доц. П. І. Москаленко) і патологічної фізіології (проф. О. О. Маркова і співавт.) у підвищенні пізнавальної активності студентів. А от XIII конференція “Организация, планирование, контроль, анализ и управления навчальным процессом” (29 березня 1979 р.) не відзначалася монотематичністю. Принципи наукової організації навчального процесу виклав ректор доц. І. І. Гетьман, сучасні вимоги до організації, змісту і методичного рівня навчальних занять – проректор з навчальної роботи проф. І. С. Сміян. Крім звичних питань програмованого контролю, на ній було обговорено багато інших: проміжна атестація (доц. Н. С. Єременко), проблемне навчання (доц. І. Б. Гончаренко), граф логічної структури теми заняття (доц. В. М. Сергєта і співавт.), організація соціологічного дослідження (доц. Б. І. Дубчак, ас. І. І. Квік), навчально-дослідна робота студентів (доц. П. І. Москаленко і співавт.), значення методичного кабінету в організації навчання (проф. Л. І. Богачик), роль навчального музею як бази для самопідготовки (доц. І. З. Штабровський і співавт.). У фойє актового залу відбувся огляд-конкурс засобів наочності і оптимізації навчання.

У наступні роки відбулися дві вузькотематичні конференції: “Роль самостійної роботи студентів у навчальному процесі” (4 лютого 1980 р.) і “Застосування технічних засобів навчання в медичному вузі” (5 лютого 1982 р.). Представлені на них доповіді деякою мірою повторюють матеріал минулих конференцій.

По-новому сформульовано ідею конференції, що відбулася 14 грудня 1982 р.: “Диференційовані форми роботи з добре і недостатньо встигаючими студентами”. Запорукою реалізації цього завдання більшість доповідачів визнала вдосконалення різних форм індивідуальної роботи із застосуванням індивідуальних консультацій (канд. іст. наук А. М. Бількевич), індив-

ідуалізованих задач (доц. В. М. Сергета і співавт.), ділових ігор (проф. Н. І. Тумашова і співавт.) та інших педагогічних прийомів.

4 лютого 1983 р. вдруге організували конференцію, присвячену інтеграції викладання, але вже в плані реалізації “Кваліфікаційної характеристики лікаря”. Крім суто кафедральних повідомлень, було звернуто увагу на необхідність поглиблення профілактичної спрямованості викладання (доц. Г. Г. Конопелько і співавт., проф. О. О. Маркова і співавт.) на основі створеної в інституті міжкафедральної програми “Основи профілактики” [7]. На конференцію, що відбулася 27 листопада 1983 р., знову винесли питання наукової організації праці в навчальному процесі. Проректор з навчальної роботи проф. В. Г. Ковешников доповів про результати розробки матеріалів єдиної методичної системи, яка почала впроваджуватися в усіх навчальних закладах. І хоча через декілька років її відмінили, все ж з точки зору впорядкування і часткової уніфікації методичних матеріалів цей крок можна оцінити схвально.

Профілактичний аспект підготовки студентів почав набувати все більшого значення, і 6 лютого 1986 р. його обговорили на конференції “Фундаментальна і практична підготовка до поліклінічної діяльності”. Було підкреслено важливість навчання студентів основ профілактики та організації диспансеризації населення (проф. Б. І. Рудик і співавт., проф. О. О. Воронцов і співавт., доц. Р. Ф. Ткачук і доц. В. І. Кубей). З цієї конференцією тематично пов’язана наступна під назвою “Профілактика – основний принцип радянської медицини” (3 лютого 1987 р.), а також створення наскрізної міжкафедральної програми [11].

З кінця 1980-х років почалася поступова, повільна за темпами комп’ютеризація навчального процесу. Практично всі викладачі пройшли короткотермінові курси підвищення кваліфікації в галузі комп’ютерної грамотності на базі педагогічного інституту. На кафедрі фізики з’явився перший клас персональних комп’ютерів вітчизняного виробництва, хоча з дуже обмеженими можливостями. Абсолютна ж більшість кафедр застосовувала, звичайно, безмашинний метод контролю. Перші підсумки методичної роботи і конкретних досягнень кафедр у цьому напрямку підбила конференція “Тестовий контроль у навчальному процесі” (26 листопада 1991 р.). У її програмі – 10 доповідей і 18 стендових повідомлень.

27–29 травня 1992 р. в Тернопільському медичному інституті вперше провели Всеукраїнську навчально-методичну конференцію “Розробка та впровадження в процес підготовки медичних кадрів сучасних технологій навчання” (з публікацією її матеріалів).

Аналіз повідомлень свідчить, що тоді ця проблема перебувала на етапі нагромадження комп’ютерної техніки і розробки програмного забезпечення. Про найважливіші досягнення Тернопільського медичного інституту в галузі вдосконалення навчального процесу доповів ректор проф. І. С. Сміян.

З кінця 1990-х років почався новий етап методичної діяльності Тернопільської медичної академії (з 2004 р. – університету). У 1997 р. проведено конференцію “Особливості та науково-методичні аспекти підготовки фахівців у медичному вузі”, у 1998 р. – “Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі”. Тематика обох конференцій надзвичайно строката: самопідготовка студентів до занять, алгоритми практичної діяльності, тестовий контроль знань, проміжне оцінювання знань студентів, використання інформаційно-аналітичних карт, ситуаційних задач і ділових ігор, демонстрація навчальних кінофільмів, виживання знань і т. ін. Ця розмаїтість повідомлень свідчить про великий і різнобічний досвід методичної роботи, набутий колективами кафедр протягом минулих десятиліть, і намагання розумно поєднати різні шляхи оптимізації навчання. У програмній доповіді ректора проф. Л. Я. Ковальчука [2] на конференції 1998 р. вперше визначено курс на тотальну комп’ютерну модернізацію всіх ланок навчального процесу – створення комп’ютерних класів і сучасних читальних залів, виготовлення тематичних лазерних компакт-дисків і відеофільмів, переоснащення навчальних аудиторій.

29 вересня – 1 жовтня 1999 р. в академії відбулася дуже представницька Всеукраїнська науково-методична конференція “Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I–IV рівнів акредитації МОЗ України”, де розглядалися найрізноманітніші питання організації, методики і педагогіки медичної і фармацевтичної освіти. У виступі ректора проф. Л. Я. Ковальчука вперше було представлено основні напрямки розробки і впровадження новітніх технологій у навчальний процес. Було презентовано видавництво “Укрмедкнига”, журнал “Медична освіта” і 6 компакт-дисків: “Шпитальна хірургія” і “Лапароскопічна хірургія” (проф. Л. Я. Ковальчук), “Педіатрія” (проф. І. С. Сміян), “Інфекційні хвороби” (проф. М. А. Андрейчин), “Урологія” (доц. В. В. Твердохліб), “Анестезіологія” (доц. В. В. Гнатів). Учасники конференції вперше мали змогу заслухати виступ акад. О. О. Шалімова “Актуальність впровадження сучасних технологій у навчальний процес” по телекомунікаційній системі.



Інші дві навчально-методичні конференції були монотематичними. На них обговорювалися проблеми міжпредметної інтеграції (27 травня 1999 р.) і самостійної позааудиторної роботи студентів, інтернів і курсантів (17 травня 2001 р.). Вони засвідчили більш високий рівень методичної роботи кафедр. Кожна ланка її все тісніше ув'язувалася з комп'ютеризацією. Найпримітнішим явищем у цьому плані стала конференція “Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі” (5 травня 2000 р.). У доповіді ректора проф. Л. Я. Ковальчука [3] було узагальнено результати проведеної в цьому напрямку роботи: читання телелекцій, виготовлення мультимедійних компакт-дисків, запуск телевідеосистеми консультативно-лікувального центру, організація Центру забезпечення тестування на кафедрі медичної інформатики, проведення ректорської контрольної роботи за системою ліцензійного іспиту “Крок”. Було викладено концепцію подальшої комп'ютеризації як основи сучасних технологій навчання, сформульовано пакети невідкладних і перспективних завдань в рамках її реалізації. Це, насамперед, створення достатньої кількості комп'ютерних класів з виходом в Інтернет, розробка власних і придбання ліцензійованих комп'ютерних програм, оснащення лекційних аудиторій засобами для мультимедійних презентацій, створення Web-сторінок кафедр.

19–20 квітня 2002 р. в Тернопільському медуніверситеті було проведено Всеукраїнську конференцію “Проблеми навчання іноземних студентів у вищих медичних закладах України”, і з того часу такі заходи почали щорічно проводитися на нашій базі. Учасники конференції обговорили організаційні питання, поділилися досвідом цієї роботи в різних навчальних закладах, окремо на теоретичних і клінічних кафедрах і на післядипломному етапі. Окрему секцію відвели обговоренню мовних, психологічних та педагогічних проблем. Наступну конференцію (16–17 квітня 2003 р.) присвятили формі і змісту підручників, посібників та інших методичних матеріалів для медичних навчальних закладів. Питання звучало досить актуально для Тернопільської медакадемії, де з 1997 р. функціонує видавництво “Укрмедкнига”.

Учасників наступної конференції (5–6 квітня 2004 р.) прийняв уже конгрес-центр академії на території навчально-оздоровчого комплексу “Червона калина”. На ній уже вкотре обговорили роль самостійної роботи у становленні майбутнього фахівця, виходячи, звичайно, з нових вимог і можливостей. На цей час у Тернопільській медакадемії розпочалося активне використання системи Інтернет. Кафедри створили

Web-сторінки, де розмістили, крім організаційних матеріалів (робочих програм, розкладів лекцій, практичних занять, самостійної роботи, консультацій), тексти лекцій, інформацію для підготовки до занять, відеофільми, типові ситуаційні задачі, контрольні питання до самостійної роботи. Ще одним заходом, який підвищив ефективність самостійної аудиторної і позааудиторної роботи, було придбання академією навчальних фантомів для випускаючих кафедр медичного факультету. Відпрацювання практичних навиків на фантомах дозволяє випускнику краще підготуватися до професійної діяльності у відповідності з призначенням.

14–15 квітня 2005 р. відбулася конференція “Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти”. Наступні конференції (2006–2010 рр.) були присвячені проблемам впровадження кредитно-модульної системи навчання, практично-орієнтованого викладання теоретичних дисциплін, інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір. На них було достойно представлено вагомі здобутки Тернопільського медичного університету.

У 2006 р. вчена рада прийняла “Концепцію розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського” [6], яка стала основою реорганізації навчального процесу шляхом впровадження нових освітніх технологій. У доповідях ректора члена-кореспондента НАМН України, проф. Л. Я. Ковальчука [4, 5] викладено основні досягнення колективу університету в цьому напрямку. Навчальний процес організовано за методикою “єдиного дня”. Робочий тиждень студента складається з чотирьох днів практичних занять і одного дня лекцій, а практичне заняття включає три компоненти: практичну частину, семінарське обговорення теми і тестовий контроль знань. Втілено в педагогічний процес систему дистанційного контролю “Moodle”, завдяки якій у студента з'явилася можливість пройти тестовий контроль напередодні заняття. Замість традиційної Н-системи навчання впроваджено Z-систему, яка передбачає професійно-орієнтовану підготовку майбутніх фахівців шляхом поступового переходу від теоретичних знань до практичних вмінь. Викладання фундаментальних дисциплін, починаючи з першого курсу, ґрунтується на використанні клінічної інформації, а студентам під час занять надається можливість вчитися працювати на сучасній апаратурі в тематичних навчальних аудиторіях. Відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики складено і внесено в матрикули комплекти практичних навиків,

обов'язкових до опанування на одному з 5 рівнів – від “знає” до “вміє самостійно”. З метою об'єктивної оцінки знань впроваджено єдиний комплексний тестовий іспит, а засвоєння практичних навиків контролюється в процесі складання об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ). Вперше серед медичних навчальних закладів України у підготовці медсестер-бакалаврів застосовано систему дистанційної освіти, вперше розпочато підготовку медсестер-магістрів. Підвищенню якості практичної підготовки майбутніх фахівців сприятиме створення навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги в селах Зарубинці і Гнилиці, а також навчально-практичного центру реабілітації і догляду за людьми похилого віку в с. Гнилиці. Важливим кроком в напрямку інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір стало створення Тернопільської університетської лікарні.

#### Література

1. Гетьман И. И. Организация интернатуры в Тернопольском медицинском институте / Гетьман И. И., Ищенко М. М., Покинчерда В. В. // IV научно-методическая конференция по оптимизации учебного процесса : пригласительный билет, программа и методические материалы. – Тернополь, 1974. – С. 7–8.
2. Ковальчук Л. Я. Навчально-виховний процес в аспекті вимог сьогодення / Л. Я. Ковальчук // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі : матеріали конференції (21 травня 1998 р.). – Тернопіль : Укрмедкнига, 1998. – Ч. 1. – С. 3–5.
3. Ковальчук Л. Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І. Я. Горбачевського : досягнення і перспективи / Л. Я. Ковальчук // Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі : матеріали навчально-методичної конференції (5 квітня 2000 р.). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 3–12.
4. Ковальчук Л. Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : матеріали Всеукраїнської навчально-методичної конференції (21–22 травня 2009 р.). – Тернопіль : ТДМУ, Укрмедкнига, 2009. – С. 7–9.
5. Ковальчук Л. Я. Новітні шляхи вдосконалення підготовки фахівців у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Коваль-

Чей комплекс нововведень вивів Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського в число кращих медичних навчальних закладів України.

**Висновки:** 1. Методичні конференції – важливий механізм планування основних напрямків розвитку освіти, оптимізації навчання і взаємопередачі досвіду, набутого навчальними закладами в цій сфері діяльності.

2. Найперспективніший шлях удосконалення навчання в сучасних умовах – це подальша комп'ютеризація всіх ланок навчального процесу і застосування на цій основі новітніх освітніх технологій.

3. Завдання навчально-методичної діяльності медичних навчальних закладів на сьогоднішньому етапі розвитку полягає в корінному підвищенні якості підготовки фахівців, що створить передумови для інтеграції української медичної освіти в європейський та американський освітній простір.

чук // Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матеріали Всеукраїнської навчально-методичної конференції з міжнародною участю (20–21 травня 2010 р.). – Тернопіль : ТДМУ, Укрмедкнига, 2010. – С. 19–22.

6. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір). – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 50 с.

7. Межкафедральная программа “Основы профилактики” для студентов лечебного факультета / И. С. Смиян, Е. А. Маркова, М. А. Лемке, Л. В. Зоря. – Тернополь, 1983. – 8 с.

8. Новая методика проведения экзаменов в медицинских вузах // Хроника ВОЗ. – 1969. – Т. 23, № 4. – С. 155–163.

9. Огій П. О. Десять років життя інституту / П. О. Огій // 10 років Тернопільського державного медичного інституту 1957–1967. – Тернопіль, 1967. – С. 3–8.

10. Организация внутривузовского контроля за качеством подготовки врачей : методические рекомендации / [И. С. Смиян, В. Г. Ковешников, С. А. Давыда и др.]; под ред. И. И. Гетьмана. – Тернополь, 1979. – 41 с.

11. Сквозная межкафедральная программа “Амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения” / [И. С. Смиян, В. В. Файфура, Л. М. Слободян и др.]. – Тернополь, 1987. – 42 с.

12. Смиян И. С. Организация учебно-исследовательской работы студентов (УИРС) в медицинском вузе / Смиян И. С., Ковешников В. Г., Савула М. М. – Тернополь, 1982. – 15 с.

УДК 615.012.1:547.789.1

## ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Л. Д. Чулак, А. О. Бас, В. Г. Шутурмінський, В. В. Корчемний

*Одеський національний медичний університет*

## USE OF CONTEMPORARY INFORMATION TECHNOLOGIES FOR THE IMPROVEMENT OF THE INDEPENDENT WORK OF STUDENTS

L. D. Chulak, A. O. Bas, V. H. Shuturminskyi, V. V. Korchemnyi

*Odessa National Medical University*

У роботі представлений досвід викладення матеріалу з курсу ортопедичної стоматології на сайті зі застосуванням сучасних Інтернет-технологій.

В результаті обговорення матеріалу автори пропонують цей сучасний метод як основний засіб для самостійної роботи студентів.

The work presents the experience of the account of the material on the course of prosthodontics on the web-site with the application of contemporary Internet- technologies.

As a result of the material consideration the authors propose this contemporary method as basic means for the independent work of students.

**Вступ.** Складовою частиною реалізації стратегії інтеграції України до Європейського Союзу та підвищення конкурентоспроможності наших фахівців є модернізація системи вітчизняної освіти [1].

Відомо, що важливими недоліками організації навчально-виховного процесу у вищій школі в даний час є переважання репродуктивних форм навчання, методів пасивного засвоєння над методами активної роботи [2]. Тому підготовка освічених і кваліфікованих кадрів для сучасного ринку праці вимагає серйозних змін у підходах до навчання, до структури і змісту навчального процесу [3].

При вирішенні таких завдань важливого значення набуває організація самостійної роботи студентів, на яку, згідно з навчальними планами, відводиться близько 1/3 всього навчального часу [4].

За рахунок недостатнього фінансування навчального процесу в медичних вузах України якісно, на європейському рівні проводити навчання студентів не можливо. Студенти повинні бути забезпечені усіма розхідними матеріалами, необхідними інструментами, муляжами та тренінговим обладнанням, достатньою кількістю сучасної навчальної літератури. Всього цього вкрай недостатньо і, на жаль, у найближчий час ситуація навряд чи зміниться на краще.

Все це обумовлює вдосконалення існуючих та пошук нових навчальних технологій і методичних

прийомів у навчальному процесі, які дозволять майбутнім фахівцям набути глибоких професійних знань, навчитися орієнтуватись у великому інформаційному потоці, оволодіти новітніми технологіями та привчитися постійно поновлювати свої знання [5].

Тому для покращення якості навчального процесу ми поставили для себе за *metu* – вдосконалити якість навчального процесу з ортопедичної стоматології за рахунок винесення частини навчального матеріалу в мережу *Internet*.

**Основна частина.** На кафедрі ортопедичної стоматології Одеського національного медичного університету було створено сайт (<http://www.ortstom.odmu.edu.ua>), направлений на вирішення таких задач:

1. Інформування студентів про хід навчального процесу та вимоги кафедри до підготовки.
2. Методичне забезпечення самостійної роботи студентів.
3. Наочність та інтерактивність поданого матеріалу.
4. Знайомство з новітніми технологіями, які ще не набули достатнього освітлення в навчальній програмі.
5. Винесення основного часу з підготовки до ліцензованого іспиту “Крок 2” на самостійну роботу з можливістю самоконтролю.
6. Можливість одержання студентами додаткової індивідуальної консультації під час самопідготовки.

© Л. Д. Чулак, А. О. Бас, В. Г. Шутурмінський, В. В. Корчемний

7. Можливість обміну набутою інформацією та її обговорення під час самостійної роботи.

8. Стимулювання активної роботи з пошуку інформації для її осмислення та вільного володіння нею.

9. Використання змагального компонента для підвищення мотивації самостійної роботи студентів.

10. Поновлювання знань випускників.

З метою інформування студентів про хід навчального процесу та вимог кафедри до підготовки сайт кафедри має розділ “Навчальна робота”. Цей розділ містить таку інформацію: 1) розклад занять; 2) розподіл груп студентів по викладачах; 3) календарно-тематичні плани лекцій та практичних занять; 4) перелік обов’язкових практичних навичок; 5) розклад рубіжних контролів, заліків, дифзаліків, іспитів та модульних контролів; б) питання та завдання до дифзаліків, іспитів та модульних контролів; 7) критерії оцінки знань. Таким чином у студентів відпадають питання про тему наступного заняття, вимог кафедри до підготовки до дифзаліків, іспитів та модульних контролів. Студенти вже до першого заняття в семестрі інформовані, у якій аудиторії проводяться заняття, яким викладачем та яка тема заняття. Це особливо важливо в умовах кредитно-модульної системи навчання, при якій студенти повинні отримати оцінку вже на першому ж занятті.

Ознайомившись з темою наступного заняття та вимогами до підготовки, студенти можуть перейти у наступний розділ сайту “Методична робота”. Цей розділ містить методичні розробки до практичних

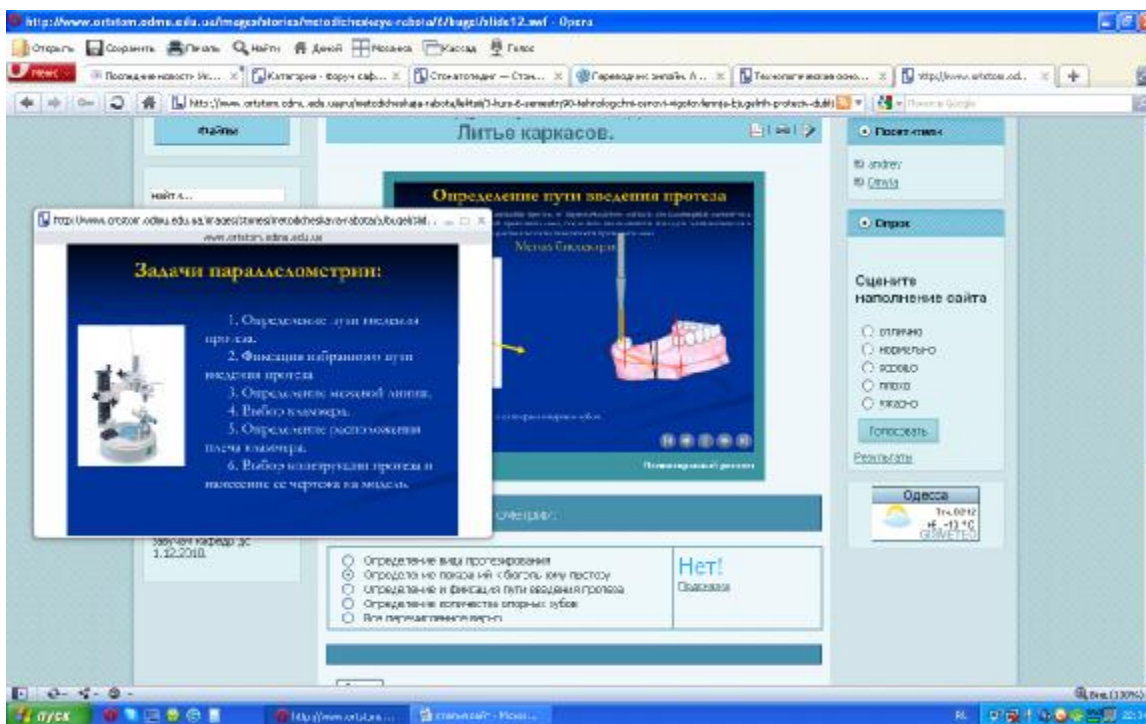
занять, у яких подано наступну інформацію: стисло зміст теми, питання, тести, ситуаційні задачі, що виносяться до розгляду на занятті. Для зручності використання матеріали сайту представлено російською, українською та англійською мовами.

Якщо під час підготовки у студентів виникають додаткові питання, вони можуть скористатися пошуковою системою сайту.

Для ілюстрації поданого матеріалу на сайті представлено розділи фото- та відеоматеріалів, які систематизовано за розділами ортопедичної стоматології. Ці розділи постійно поповнюються. Користувачі сайту можуть добавляти на ці сторінки сайту свої матеріали та обговорювати їх з колегами.

Найбільш важливі та складні для засвоєння теми представлено у вигляді мультимедійних лекцій, які користувачі сайту можуть переглядати в режимі *online*. У теперішній час ведеться робота зі створення інтерактивних лекцій (<http://www.ortstom.odmu.edu.ua/metodicheskaja-rabota/lektsii/3-kurs-6-semestr/90-tehnologichni-osnovi-vigotovlennja-bjugelnih-proteziv-dubljuvannja-modelej-litvo-karkasiv>).

Поданий у лекції текстовий матеріал має голосове супроводження та наглядно ілюстровано. Після матеріалу лекції подано питання за її змістом, за якими студенти можуть самостійно перевірити якість засвоєння матеріалу. У випадку неправильної відповіді є підказка, що відкриває слайд з правильною відповіддю та поясненням (рис. 1).



**Рис. 1.** Інтерактивне засвоєння лекції за запитаннями.



На сайті також розміщено мультимедійні лекції, що освітлюють виготовлення зубних протезів за найсучаснішими технологіями, які ще не набули достатнього висвітлення в навчальній програмі та підручниках, такі як: безметалева кераміка, безакрилові знімні протези, протезування на імплантатах та ін. Ці матеріали ілюстровані роботами співробітників кафедри. Ці матеріали є цікавими як для студентів, так і для випускників, що вже ведуть самостійну практику.

Для представлення на сайті готується сторінка практичних навичок. На цій сторінці буде не тільки текстове описання алгоритму виконання стоматологічних маніпуляцій, а й відеоролики з демонстрацією його виконання з метою наочності.

Для більш детального вивчення матеріалу студенти можуть скористатися електронною бібліотекою кафедри як на базі кафедри, так і в науковій бібліотеці університету. Інформація про наявну літературу також відображена на сайті.

Важливою ланкою підготовки студентів є робота з базою тестів “Крок 2”. Проте на сьогодні ця база налічує вже декілька тисяч питань і обговорювання їх усіх під час практичних занять є нераціональним використанням навчального часу. Тому сайт кафедри має розділ “Крок 2”. Цей розділ містить банк тестових питань, які систематизовано за розділами та роками появи в відкритому банку тестів. Студенти мають можливість самостійного *on-line* тестування. Цей розділ сайту забезпечений сервером статистики, який надає користувачу інформацію про результати його тестування по кожному розділу тестових завдань. Надана інформація дозволяє студентам визначити розділи тестів, за якими вони мають найгірші результати, та приділити більше уваги саме цим розділам. Для створення серед студентів здорової робочої конкуренції і підвищення мотивації до самопідготовки сервер статистики має “Алею слави”, на якій відображено рейтинг користувачів програми тестування.

Викладачам кафедри сервер статистики надає інформацію про тестові завдання, які викликають найбільші складнощі у студентів. Саме цим питанням і приділяється увага на практичних заняттях.

Для більш доступного подання навчального матеріалу на сайті кафедри створено “Стоматопедію” (від др.-грец. *stomatoc* – рот + грец. *paideia* – виховання, навчання) – це спроба створити повну, загальнодоступну, багатомовну енциклопедію знань, прямо або побічно пов’язаних із стоматологією. “Стоматопедію” побудовано за технологією “Вікі” (у перекладі з гавайської *wiki* – *wiki* – швидко), ця тех-

нологія уперше була використана у 1995 році Уордом Каннінґемом, розробником першої вікі-системи [6].

Переваги такої системи – у створенні звичайних джерел інформації бере участь обмежене число авторів. “Стоматопедію” може створювати будь-який відвідувач. Розширення круга авторів дає можливість професійно описувати різні галузі знань.

Недоліки такої системи – для написання достовірних і грамотних статей потрібні певні знання і навички. Автори, особливо початківці, можуть допускати безліч помилок і неточностей у своїх роботах. Шляхом вирішення проблеми є те, що кожен користувач може обговорити будь-яку статтю з іншими користувачами або відредагувати недостовірну інформацію. Адміністратори (у нашому випадку викладачі кафедри) також можуть редагувати будь-яку статтю та повернути її більш ранню та вдалішу версію.

Будь-яка інформація може посилатися на інші статті або категорії.

Переваги: практично усі наукові публікації обмежені у своєму об’ємі, а тому автори не звертають уваги на деталі, вважаючи, що читач вже має базові знання в тій або іншій сфері знань, медицині зокрема. Без цих знань неможливо в повному об’ємі зрозуміти усю інформацію, яку хотів донести автор своєму читачеві. “Стоматопедія” практично необмежена у своїх розмірах, а тому автори енциклопедії можуть явно вказувати на ті статті і категорії, без вивчення яких важко зрозуміти увесь сенс цієї статті. Будь-яка інформація може бути об’єднана в одну або декілька категорій.

Переваги:

- систематизація і структуризація інформації сприяє її розумінню і засвоєнню;
- усі зміни з’являються відразу після їх внесення;
- на відміну від паперового навчального посібника, коли з моменту написання книги автором до того часу, коли вона потрапляє до читача, проходять місяці, а іноді і роки, на сайтах подібних “Стоматопедії” нерідкі випадки, коли інформація оновлюється через декілька хвилин після самої події.

Недолік: моментальна публікація допускає можливість попадання в енциклопедію недостовірної інформації.

Як вже зрозуміло з вищенаведеного, створюють “Стоматопедію” переважно студенти. Для стимулювання творчої діяльності у робочій програмі кафедри передбачені заохочувальні бали для студентів кредитно-модульної системи навчання, які активно беруть участь у створенні “Стоматопедії”. Викладачі кафедри, перевіряючи якість статей, створених сту-



дентами, для нарахування заохочувальних балів, одночасно мають змогу їх редагувати, що підвищує якість “Стоматопедії”.

Проте зрозуміло, що робота сайту та створення “Стоматопедії” тільки розпочато. Тому у студентів під час самостійної роботи може виникати велика кількість питань. Відповіді на ці питання також можна отримати практично відразу на форумі, що працює на сайті. Кваліфіковані відповіді на питання надають викладачі кафедр, які у свій вільний час присутні на сайті.

Представлена на сайті інформація також є корисною для наших випускників. Вони можуть оновити свої знання, дізнатися про новітні технології, що прийшли в

стоматологію вже після закінчення ними університету. На сайті є розділ новин, який освітлює стоматологічні новини з інших сайтів. На сайті розміщено матеріали для підготовки до ліцензованого іспиту “Крок 3”. Крім того, випускники можуть скористатися форумом для отримання консультацій для своєї лікарської практики не виходячи з робочого кабінету.

Про інтерес користувачів до сайту свідчить збільшення числа зареєстрованих осіб. Приємно, що серед зареєстрованих є студенти інших університетів України.

Для оцінки проведеної роботи та врахування недоліків в подальшій роботі нами проводяться опитування, результати яких представлено в таблиці 1.

**Таблиця 1.** Результати оцінювання користувачами Internet якості сайту, % осіб

“Оцінка наповнення сайту”, %				
Відмінно	Добре	Нормально	Погано	Жахливо
50,0	–	33,3	16,7	–
“Чи використовуєте Ви матеріали сайту для підготовки до занять”, %				
Так	Не часто	Незручно	Ні	
73,3	6,7	–	20,0	

**Висновок.** Таким чином, на кафедрі ортопедичної стоматології ОНМедУ (завідувач кафедри проф. Л. Д. Чулак) створено сайт, який виконує усі поставлені перед ним задачі. Проте оцінювати результати його роботи поки що зарано.

Створення подібного Інтернет-ресурсу – це цілком ентузіазм викладачів кафедри. На наш погляд, було б доцільно створення комісії на всеукраїнському рівні для визначення переліку необхідних інтерактивних навчально-методичних матеріалів, їх збору та рецен-

зування. Це дало б можливість присвоїти їм статус “друкованих праць”, що, без сумніву, підвищить зацікавленість авторів. В такому разі можна розраховувати на швидкий розвиток подібних інтерактивних технологій в навчанні та, як наслідок, підвищення якості вітчизняної освіти.

Слід також відмітити, що створення та обслуговування сайту вимагає порівняно невеликих витрат в порівнянні з друкованими підручниками, дисками тощо, що досить важливо в сучасних економічних умовах України.

**Література**

1. Ковальчук Л. Є. Удосконалення самостійної роботи студентів – необхідна умова реалізації ідей Болонського процесу / Л. Є. Ковальчук, В. І. Шутак, П. М. Телюк // Галицький лікарський вісник. – 2008. – Т. 15, № 1. – С. 79–80.  
 2. Грубінко В. В. Нова парадигма вищої освіти в контексті Болонського процесу / В. В. Грубінко, І. І. Бабин // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 7–14.  
 3. Чабан Т. І. Аналіз об’єктивності тестового контролю знань студентів вищих медичних навчальних закладів / Т. І. Чабан, Н. Ю. Ткачишина // Медична освіта. – 2003. – № 3. – С. 11–13.

4. Нейко Є. М. Навчально-методичне забезпечення самостійної роботи студентів при вивченні фундаментальних дисциплін / Є. М. Нейко, Л. В. Глушко, Г. М. Ерстенюк // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 13–14.  
 5. Досвід використання сучасних інформаційних технологій в самостійній позааудиторній роботі студентів-медиків / М. І. Яблучанський, С. М. Панчук, О. Ю. Бичкова [та ін.] // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 33–34.  
 6. Історія Вікіпедії / <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title> [електронний ресурс].

УДК 378.4:61:68

## ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ КРЕДИТНО-MОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ

С. Г. Гривенко, Ю. Г. Барановський

*Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського*

## THE PROSPECTS OF USING UP-TO-DATE COMPUTER TECHNOLOGIES IN CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM

S. H. Hryvenko, Yu. H. Baranovskyi

*Crimean State Medical University by S. I. Heorhiyevskyi*

У статті розглядаються можливості використання сучасних комп'ютерних технологій у навчальному процесі. Вони полягають у використанні неттопів при створенні комп'ютерних класів. Залучення інноваційних технологій контролю та викладання дозволить оптимізувати навчальний процес, об'єктивізувати оцінювання студентів та зменшити енерговитрати більше ніж у 5 разів у порівнянні з "класичними" комп'ютерними класами.

The opportunities of using up-to-date computer technologies in educational process are considered in the article. They consist in using of nettops to set up computer classes. The attraction of innovative technologies for control and teaching will enable to optimize training, make objective evaluation of students and reduce the power consumption more than in five times compared to the 'classical' computer classes.

**Вступ.** Реформування вищої медичної освіти в Україні на засадах Болонської декларації має на меті привести рівень підготовки лікарів у відповідність до європейських критеріїв. На сьогодні стає цілком очевидним той факт, що система традиційної організації процесу навчання у вищих медичних закладах України має цілий ряд суттєвих недоліків і потребує значного реформування. Хоча впродовж останніх десятиріч суттєво змінилася технологія навчального процесу і все ширше впроваджуються нові технічні засоби навчання та інформаційні комп'ютерні технології, проте якість підготовки лікарів не відповідає вимогам Болонської декларації. З цих позицій пошук нових підходів в оптимізації навчального процесу безперечно є актуальним [1].

**Основна частина.** Розвиток сучасного суспільства характеризується впровадженням у всі сфери діяльності людини інформаційних та комунікаційних технологій. Природно, що у сфері освіти комп'ютерні технології стали обов'язковим компонентом педагогічного процесу, запровадивши нові підходи до викладу і вивчення навчальних матеріалів, а також доступу до міжнародних та національних освітніх ресурсів колективного використання [6].

При переході вузів України на кредитно-модульну систему навчання значно збільшилась кількість контрольних заходів, відповідно збільшилось і наванта-

ження на викладачів, що не може не призвести до зниження якості контролю успішності. Виходом із даної ситуації є застосування комп'ютерного обладнання та спеціального програмного забезпечення для автоматичного контролю знань студентів [4]. Основними напрямками інноваційних технологій є збільшення питомої ваги самостійної позааудиторної роботи студентів, комп'ютеризація та застосування сучасних засобів контролю знань із використанням рейтингової системи оцінювання рівня знань [3].

Проте перевірка знань студентів повинна здійснюватись об'єктивно і швидко, охоплювати весь матеріал навчального курсу, давати результат оцінювання з чітким розмежуванням для кожного студента, використовуючи однаковий матеріал і однакові умови процедури тестування. Об'єктивність оцінювання, як відомо, створює більш позитивний стимулювальний вплив на пізнавальну діяльність студентів. Найбільше цим вимогам відповідає комп'ютерне тестування, під час проведення якого виключається негативний вплив на результати тестування таких факторів, як настрої, рівень кваліфікації й інші характеристики викладача [5]. В той же час, об'єктивізація оцінювання знань студентів є однією з найбільш вагомих переваг модульного принципу організації навчального процесу. Щоденне оцінювання рівня підготовленості студентів

© С. Г. Гривенко, Ю. Г. Барановський

та високий рівень навчальної активності протягом заняття гарантує об'єктивність оцінювання та мотиваційну зацікавленість студента в його результатах. Досягти цього можна залученням стандартизованих занять, зокрема тестів, що є кроком не тільки до зазначеної вище необхідної складової навчального процесу, а ще й вагомим важелем підготовки студентів до майбутніх стандартизованих державних тестів формату "Крок" [2].

В останні декілька років на ринку ІТ технологій з'явилися нетопи. Нетоп – це надкомпактний, енергоощадний та абсолютно безшумний комп'ютер (рис. 1).



Рис. 1. Зовнішній вигляд нетопу.

Він ідеально підходить як для використання на роботі, так і вдома. Використовуючи нетопи, можливо створити ідеально тихий комп'ютер з енерговитратами та електромагнітним опроміненням в 4-6 разів нижче, ніж при використанні стандартних ПК. Це крім значної економії заощаджень також покращує всі показники безпеки робочих місць. З нетопомі офіс (клас) буде позбавлений набридливого шуму кулерів, звільниться багато вільного місця на робочому місці та з'явиться значна економія на рахунках за електроенергію. Весь нетоп займає на столі стільки ж місця, скільки і звичайний рідкокристалічний монітор, оскільки він кріпиться до зовнішньої сторони монітора (рис. 2).

Енерговитрачання нетопу не перевищує 60 Вт, що більш ніж в 5 разів економніше, ніж у стандартного персонального комп'ютера. Якщо врахувати, що середній комп'ютерний клас складається не менше ніж

### Література

1. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі / О. П. Волосовець // Медична освіта. – 2005. – №2. – С. 12–16.

2. Стандартизований контроль у системі кредитно-модульного навчання / І. В. Завгородній, Л. Г. Шаповал, Н. М. Ткачук, О. В. Шаповал // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції "Проблеми інтеграції ук-



Рис. 2. Нетоп на зовнішній стороні монітора.

з 10 персональних комп'ютерів, то економія енерговитрат складе понад 2,4 кВт! В умовах фінансової кризи та постійного здорожчання енергоносіїв – це не останній аргумент на користь нетопів. Всі нетопи, які сьогодні наявні на ринку, абсолютно безшумні, тому що не мають жодного вентилятора та оснащені надтихим жорстким диском. Все це створює ідеальні умови для роботи студента за комп'ютером. З нетопом можливо комфортно працювати в будь-яких офісних програмах, використовувати всі можливості інтернету, переглядати фільми, слухати лекції та багато іншого. Наявність великої кількості USB портів та WiFi з'єднань дозволяє при створенні комп'ютерних класів на основі нетопів взагалі відмовитись від дротових з'єднань для USB-slim-клавіатури, USB-мишки та створення локальної мережі і доступу до інтернету. Завдяки низьким енерговитратам, відсутності кулерів і т. п. нетопи не іонізують повітря, не накопичують пил, не створюють шкідливого для здоров'я електромагнітного поля, тим самим підтримуючи комфортні умови для роботи студентів та відпочинку за ПК.

**Висновок.** Залучення інноваційних комп'ютерних технологій на основі нетопів дозволить оптимізувати навчальний процес та створити комфортні умови для навчання студентів. Використання комп'ютерних класів на основі нетопів буде сприяти зменшенню енерговитрат більше ніж у 5 разів у порівнянні з "класичними" комп'ютерними класами.

раїнської медичної освіти у світовий освітній простір". – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 87–88.

3. Климнюк С. І. Оцінка ефективності електронного навчання студентів і його методичне забезпечення / Климнюк С. І., Ткачук Н. І., Романюк Л. Б. // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції "Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній

простір”. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 89–91.

4. Макар Б. Г. Використання тестових технологій в умовах кредитно-модульної системи навчання / Б. Г. Макар, В. В. Кривичкий // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір”. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 101–102.

5. Пашко К. О. Про створення спільної бази тестових завдань для всіх вищих медичних навчальних закладів України / Пашко К. О., Кашуба М. О., Максимова В. В. // Матеріали

Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір”. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 109–110.

6. Сирцов В. К. Новий освітній євростандарт: мультимедійні технології у викладанні гістології згідно з кредитно-модульною системою / Сирцов В. К., Федосєєва О. В., Євтушенко В. М. // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір”. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 127–128.

УДК 811.161.2'271:61

## **ВИВЧЕННЯ КУЛЬТУРИ ПИСЕМНОЇ ДІЛОВОЇ МОВИ В КУРСІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ) У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ**

**В. Я. Юкало**

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## **LEARNING OF THE ART OF BUSINESS WRITING LANGUAGE IN THE COURSE “THE PROFESSIONAL UKRAINIAN LANGUAGE” AT HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS**

**V. Ya. Yukalo**

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

У статті окреслено зміст і місце теми з культури писемної ділової мови в курсі “Українська мова (за професійним спрямуванням)” у вищих медичних навчальних закладах, наведено матеріали до занять.

The article adduces the significance of the lesson on the art of business writing language in the course “The Professional Ukrainian language” at Higher Medical Educational Establishments.

**Вступ.** У навчальні плани вищих медичних навчальних закладів 2009 р. введено курс “Українська мова (за професійним спрямуванням)”. Одним з його завдань, відповідно до типової програми, є навчити учнів сприймати, відтворювати, редагувати тексти офіційно-ділового стилю [1]. Нині відсутнє задовільне обґрунтування змісту і місця теми з культури писемної ділової мови в курсі “Українська мова (за професійним спрямуванням)” у медичних ВНЗ.

**Основна частина.** Мета нашого дослідження – уточнити зміст і місце теми з культури писемної ділової мови у введеному 2009 р. в навчальні плани ме-

дичних (стоматологічних) ВНЗ курсу “Українська мова (за професійним спрямуванням)”.

Зазначимо, що читання і складання ділових документів, зокрема професійних, є одним з важливих елементів професійної діяльності медичного працівника. Ознайомлення майбутніх спеціалістів з основними поняттями діловодства, текстовими нормами ділового стилю є запорукою їхньої успішної професійної діяльності.

Зважаючи на важливість теми “Культура писемної ділової мови”, на її засвоєння треба виділити не менше 1 / 7 частини від обсягу мовного курсу. Це ста-



новитиме 6–8 год аудиторних (практичних) занять, оскільки на вивчення всього курсу в чинному навчальному плані відведено 40 год аудиторних занять.

Пропонуємо розглянути питання про документ і текстові норми ділового стилю, класифікацію ділових документів, медичну документацію, ознайомити студентів із загальними вимогами до оформлення ділової документації. Важливо звернути увагу на схему внутрішньої роботи, яку доводиться здійснювати кожному під час складання документа, на вимоги державного стандарту щодо оформлення (виготовлення) службових документів, на особливості проходження документів, культуру читання документації.

Зокрема, слід висвітлити такий матеріал про медичну документацію.

**Медична документація** – сукупність документів – носіїв медико-статистичної інформації про стан здоров'я окремих осіб, різних груп населення, про обсяг, зміст та якість медичної допомоги і діяльність медичних установ.

В Україні медична документація є обов'язковою, єдиною та уніфікованою, застосовується для управління охороною здоров'я і планування організації діяльності з охорони здоров'я населення.

Медична документація складається із кількох десятків жанрів інтрапрофесійної та інтерпрофесійної комунікації: журнал, книга, щоденник, зошит, карта, історія, витяг з медичної карти, картка, справа, листок, протокол, акт, висновок, довідка, програма, направлення, відомість, звіт, список, повідомлення, паспорт, сертифікат, свідоцтво, посвідчення, етикетка, талон, путівка, рецепт, сигнатура та ін. Кожен із жанрів, у свою чергу, поділяється на підвиди. Зокрема, існують такі жанрові типи карт: медична карта стаціонарного хворого, медична карта амбулаторного хворого, карта розвитку новонародженого, санаторно-курортна карта, карта імунізації, контрольна карта диспансерного нагляду, статистична карта хворого, який вибув із стаціонару.

Складання медичної документації регулюється чинним стандартом, зафіксованим у таких нормативних виданнях:

- *Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2001–2011.*

- *Медична облікова документація, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів. – К., 1999. – 110 с.*

- *Медична облікова документація, що використовується в поліклініках (амбулаторіях). – К., 1999. – 334 с. та ін.*

Регулярно лікар складає такі документи: медична карта стаціонарного хворого, медична карта амбу-

латорного хворого, витяг з медичної карти, санаторно-курортна карта, індивідуальна карта вагітної та породіллі, історія розвитку дитини, рецепт, направлення, медична довідка тощо.

Зазначену сферу обслуговує **мова медичної документації** – кодифікований різновид професійної мови медичних працівників, що задовольняє потреби офіційного спілкування в галузі охорони здоров'я. Для цього різновиду характерне використання особливої термінології або термінологізованих спеціальних засобів мови, специфічних синтаксичних конструкцій (стандартних формул, кліше), а також стійких термінологічних словосполучень, медичних термінів.

З допомогою мультимедійних технологій майбутніх лікарів можна ознайомити із формулярами-зразками основних медичних документів.

Головний акцент у цій темі треба робити на розвиток культури писемної ділової мови у вихованців, ознайомлення з нормою мови медичної документації, засвоєння мовних стереотипів ділової мови, виправлення типових помилок у застосуванні цих стереотипів.

Треба виконати вправи на виправлення типових порушень у вживанні стандартних формул, кліше, а також стійких термінологічних словосполучень, термінів в медичних документах, зокрема завдання на російсько-український переклад словосполучень з відмінною лексикою.

Не зайвою також буде вправа, побудована за методом “антидиктанту”: написати літературні відповідники до слів і словосполучень, в яких допущено типові порушення норми. Оскільки такі порушення майже завжди виникають під впливом російської мови, то біля ненормативного українського слова найкраще навести його російський відповідник. Студент, маючи перед очима російський термін і неправильний український варіант, зможе швидше відшукати український літературний відповідник. Така вправа має переваги над прямим перекладом з російської мови, тому що студенти під час її виконання вже знають ненормативний варіант і не називають його.

Цей вид вправ буде актуальним доти, доки в комунікаціях лікарів функціонуватимуть росіянізми. Щоб їх уникати – їх треба знати (точніше, їх знають і без такої вправи, але після її виконання студенти хоча б знатимуть, що це росіянізми).

Не зайвим буде обговорити мовні поради із слововживання, вміщені в медичних виданнях [2, 3].

Після проведення таких видів робіт можна давати завдання відредагувати речення ділового стилю, скласти ділові документи.

Цікаві вправи із міжстильової трансформації, напр. прочитати розмову лікаря з пацієнтом під час прий-



мання і викласти наведені в діалозі факти в офіційно-діловому стилі як запис в медичній карті.

Під час вивчення культури писемної ділової мови також опрацьовуються питання правопису іншомовних слів, прізвищ і географічних назв, узгодження числівників з іменниками, присудка з підметом, розділові знаки при відокремленнях, вставних конструкціях.

На заняттях обов'язково слід застосовувати загально-мовні й медичні словники [4, 5, 6], довідники з питань культури мови [7, 8].

### Література

1. Українська мова (за професійним спрямуванням) : програма курсу для вищих навчальних закладів, які здійснюють підготовку фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавра (спеціаліста, магістра медичного та ветеринарно-медичного спрямувань) / [уклад. С. В. Шевчук, І. В. Клименко]: додаток № 2 до наказу Міністерства освіти і науки України від 21 груд. 2009 р. № 1150.

2. Рубрика "Із мовних глибин" // Медична академія. – 1998. – 31 трав.; 25 черв.; 27 серп.; 30 верес.; 1999.; – 29 верес. 2000. – 28 січ.; 26 черв.

3. Цикл "Мовні поради" // Ваше здоров'я : медична газета України: Індекс 60965. – 2002. – 8 лют. – № 5. – С. 10; 15 лют. – № 6. – С. 14; 22 лют. – № 7. – С. 14; 1 бер. – № 8. – С. 14; 8 бер. – № 9. – С. 13; 12 квіт. – № 14. – С. 13; 19 квіт. – № 15. – С. 14; 26 квіт. – № 16. – С. 14; 10 трав. – № 17. – С. 14; 17 трав. – № 18. – С. 13; 24 трав. – № 19. – С. 12; 31 трав. – № 20. – С. 13; 7 черв. – № 21. – С. 14; 21 черв. – № 23. – С. 14; 28 черв. – 4 лип. – № 24. – С. 14; 5-11 лип. – № 25. – С. 6; 2004. – 2-8 січ. – № 1. – С. 15; 16-22 січ.

**Висновок.** Отже, тема з культури писемної ділової мови є важливим складником курсу "Українська мова (за професійним спрямуванням)" у вищих медичних навчальних закладах. Під час вивчення зазначеної теми треба гармонійно поєднувати засвоєння теоретичних відомостей про медичну документацію, мову медичної документації із процесом вироблення вмінь і навичок оперування специфічним мовним матеріалом.

– № 2. – С. 14; 23-29 січ. – № 3. – С. 14; 24-30 верес. – № 37. – С. 14; 1-7 жовт. – № 38. – С. 14; 8-14 жовт. – № 39. – С. 14; 15-21 жовт. – № 40. – С. 14; 22-28 жовт. – № 41. – С. 14.

4. Російсько-український словник наукової термінології. Біологія. Хімія. Медицина / [С. П. Вассер, І. О. Дудка, В. І. Єрмоленко та ін.]; редактор-лексикограф Л. О. Симоненко. – К. : Наук. думка, 1996. – 660 с.

5. Український орфографічний словник : близько 143 000 слів / [уклад. : М. М. Пешакта ін.]. – К. : Довіра, 2002. – 1006 с.

6. Українсько-латинсько-англійський медичний тлумачний словник : близько 33 000 термінів : у 2 т. – Львів : Видавнича спілка "Словник", 1995. – Т. I : А – К. – XXXIX + 651 с.; Т. II : Л – Я. – 786 с.

7. Культура мови на щодень / за ред. С. Я. Єрмоленко. – К. : Довіра, 2000. – 169 с.

8. Жайворонок В. В. Українська мова в професійній діяльності / В. В. Жайворонок, В. М. Бріцин, О. О. Тараненко. – К. : Вища школа, 2006. – 431 с.

УДК 61:930:001.8

**ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА ТА ПРЕДМЕТ ВИКЛАДАННЯ  
У СВІТІ, В УКРАЇНІ ТА В ОНМедУ: ВСТУПНА ЛЕКЦІЯ З КУРСУ  
“ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ”**

**О. В. Шальнова–Козаченко**

*Одеський національний медичний університет*

**HISTORY OF MEDICINE AS THE SCIENCE AND THE TEACHING  
SUBJECT IN THE WORLD, IN UKRAINE AND IN THE ONMU:  
INTRODUCTORY LECTURE ON THE COURSE “HISTORY OF  
MEDICINE”**

**O. V. Shalnova–Kozachenko**

*Odessa National Medical University*

Матеріали лекції знайомлять з історією медицини – наукою та предметом викладання; теоретичними основами, принципами, розділами, періодизацією, методами і джерелами вивчення дисципліни, а також представляють етапи розвитку ОНМедУ за 110 років, організаційні, педагогічні та наукові досягнення ВНЗ, кафедри соціальної медицини і медичного менеджменту (з 1923 р.), персоналії вчених.

Lecture materials acquaint with history of medicine as a science and a teaching subject; theoretical bases, principles, sections, a periodization, methods and sources of studying of discipline, and also represent stages of development of ONMU for 110 years, organizational, pedagogical and scientific achievements of high medical school, the Department of Social Medicine and Medical Management (from 1923), to a personnel of scientists.

**Вступ.** Історія медицини (ІМ) – джерело медичних знань, “сховище” славних традицій, які створюються та передаються із покоління в покоління. Як наука і предмет викладання вона відіграє велику роль у системі підготовки лікаря: вихованні в нього почуття патріотизму, національної гідності, історико-діалектичного мислення, попередженні помилок минулого, формуванні прогресивного наукового світогляду та активної соціально-політичної позиції, підвищенні рівня загальної і професійної культури, моральності, біоетичних принципів, поглибленні спеціальних медичних знань. Для інтерпретування розвитку медицини в історичній ретроспективі, трактування основних історико-медичних подій особливе значення має знайомство з історичним методом, який є основним при проведенні історико-медичного дослідження та обов’язковим спеціальним у групі методів сучасних медичних досліджень, а також розуміння необхідності при вивченні ІМ акцентувати увагу на залежність рівня і характеру світової, вітчизняної та регіональної медицини, системи охорони здоров’я (ОЗ), суспільного здоров’я від соціально-політичних і матеріаль-

них умов, світогляду, рівня розвитку культури і науки конкретних історичних періодів [4, 10, 11, 18, 20].

*Навчальні цілі лекції* [3, 10, 11, 17, 18, 20]: представити історичні етапи розвитку Одеської вищої медичної школи і кафедри соціальної медицини й медичного менеджменту (СМ ММ); визначити поняття “ІМ”; охарактеризувати ІМ як науку і предмет викладання, її специфіку, розділи, засади, значення історичного підходу при розгляді всіх явищ й розуміння історичного методу, принципи періодизації, цілі, задачі і джерела її вивчення, першоджерела та особливості роботи над ними, зміст ІМ як дисципліни – цілі й завдання лекцій і семінарів.

**Основна частина.** *Історія Одеської вищої медичної школи* [3, 8, 16, 21, 23]. Періодизація становлення і розвитку Одеського медичного вищого навчального закладу (ВНЗ) за 110-річний період існування (1900–2011) включає 5 етапів [7, 8, 12, 21, 23]:

1. *Медичний факультет Новоросійського імператорського університету (МФ НІУ) в Одесі: 1900–1921. Ректори НІУ:* Ф. Н. Шведов (1895–1903), О. М. Деревицький (1903–1905), І. М. Зан-

© О. В. Шальнова–Козаченко

чевський (1905–1907), С. В. Левашов (1908–1913), Д. П. Кишенський (1913–1917), Є. М. Щепкін (1913–1920), Д. К. Заболотний (1920–1921). В цей період закладаються основи наукових медичних шкіл, засновниками яких є *завідувачі перших кафедр на МФ НІУ в Одесі*: патологічної фізіології – В. В. Підвисоцький (1900–1905), нормальної фізіології – Б. Ф. Веріго (1900–1914), нормальної анатомії – М. О. Батуєв (1900–1917), біології з паразитологією – В. М. Рєпяхов (1900–1905), неорганічної хімії – С. М. Танатар (1900–1917), гістології та ембріології – В. В. Підвисоцький (1901–1905), патологічної анатомії – Д. П. Кишенський (1902–1919), оперативної хірургії та топографічної анатомії – М. К. Лисьонков (1902–1917), пропедевтики внутрішніх хвороб – С. В. Левашов (1902–1903), патології і терапії – О. В. Богданов (1902–1906), загальної хірургії – К. М. Сапєжко (1902–1903), акушерства і гінекології – В. М. Массен (1902–1904), фармації з фармакогнозією – М. Б. Блауберг (1902–1921), загальної і клінічної фармакології – П. Я. Борисов (1903–1916), судової медицини – О. В. Корш (1903–1919), загальної гігієни – Г. В. Хлопін (1903–1904).

2. *Одеська державна медична академія (ОДМА): 11.11.1921–23.03.1922*. Першим ректором цього вже самостійного ВНЗ був засновник вітчизняної епідеміології Д. К. Заболотний (1866–1929). З 22.11.1921 р. ОДМА очолив ректор М. М. Костямін (1868–1958).

3. *Одеський державний медичний інститут (ОДМІ): 1922–1994*. Відповідно до Постанови Ради Міністрів УРСР від 20.02.1951 р. до 50-річчя діяльності медичному ВНЗ в Одесі надане почесне ім'я М. І. Пирогова. Ректори ОДМІ: М. М. Костямін (1921–1922), Л. В. Громашевський (1923–1927), С. Й. Боркусевиц (1928–1929), О. Л. Лаврецький (1929–1932), П. І. Шашко (1932–1934), І. О. Щербина (1935–1937), М. Л. Розман (1937–1941), П. Г. Часовников (1942–1944), А. М. Гаспарян (1944–1949), А. Н. Мотненко (1949–1951), І. Я. Дейнека (1951–1967), С. І. Корхов (1967–1981), Д. М. Бабов (1981–1983), І. І. Іл'їн (1984–1994).

4. *Одеський державний медичний університет (ОДМУ): 1994–2010 рр.* Цей період відбиває процеси, які відбуваються в умовах реформування з 1991 р. вищої освіти, перш за все медичної, в суверенній Україні. Ректор ОДМУ весь цей період з 1994 р. – академік НАМН України В. М. Запорожан. Реформатор вищої медичної освіти в Одесі – він із адміністративною командою однодумців – проректорів вузу (чл.-кор. НАМН України В. Й. Кресюн, проф.

Ю. І. Бажора, чл.-кор. НАМН України М. Л. Аряєв та ін.) підняли роботу професорсько-викладацького й студентського колективів на якісно новий рівень за всіма напрямками (адміністративно-господарська, навчально-методична за кредитно-модульною системою (КМС), науково-дослідницька, міжнародні зв'язки та ін.). Підготовка в ОДМУ кадрів лікарів для медичної науки та практики системи ОЗ не тільки України, але і багатьох країн світу отримала високу оцінку Уряду України, МОЗУ і МОНУ: до 110-річного ювілею Наказом Президента України за № 862/2010 від 21 серпня 2010 р. Одеському державному медичному університету був наданий статус національного. Ця історична подія, яку широко відзначала Одещина 10.09.2010 р., відкрила нову сторінку в історії одеської вищої медичної школи, розпочавши її новий – 5-й етап.

5. *Одеський національний медичний університет (ОНМедУ): з 2010 р.*

Спостереження процесів диференціації та інтеграції медичної науки сприяє встановленню витоків базових наукових медико-педагогічних шкіл, етапи їх розвитку (персоналії фундаторів; обґрунтування дат і місця заснування; характеристика за періодами наукових напрямків, проблем і теорій, плеяди учнів, послідовників, прибічників, а також міжінтегральних взаємин) і зв'язок із сучасними школами. Видатні представники одеських наукових медичних шкіл за основними напрямками (медико-біологічний, теоретична, клінічна і профілактична медицина, стоматологія) наведені у таблиці 1.

*Історіографія кафедри соціальної медицини та медичного менеджменту ОНМедУ* [3, 7, 8, 12, 21, 23]. В Одеському медичному вузі викладання соціальної гігієни (СГ) розпочав професор М. М. Костямін (1868–1958) – гігієніст, засл. діяч науки УРСР, завідувач кафедри гігієни МФ НІУ, а після реорганізації – загальної гігієни (ЗГ) ОДМА – ОДМІ, автор 70 наукових праць. Він заснував в ОДМА самостійний курс СГ і проводив заняття протягом двох років (1921–1922), організував кафедри професійної гігієни та СГ (1922), здійснюючи на одній базі об'єднане керівництво ними та кафедрою гігієни.

Самостійну кафедру СГ заснував у 1923 р. та очолив Л. В. Громашевський – епідеміолог, організатор ОЗ і медичної освіти, доктор соціальної медицини (СМ) (1925), професор по кафедрі СГ (1927) при збереженні посади штатного професора кафедри епідеміології. За одеський період діяльності (1918–1928) 30–40-річним вченим опубліковано понад 20 праць з науково-організаційних питань дезінфекційної справи

**Таблиця 1.** Видатні представники одеських наукових медичних шкіл

<b>Медико-біологічний напрям:</b>	С. М. Танатар	А. К. Медведєв	Л. Е. Гоцуляк
хімія:	П. І. Петренко–Критченко	І. В. Савицький	О. О. Мардашко
біологія:	В. М. Репяхов	С. А. Нікітін	А. Д. Тимченко
	Д. Л. Рубінштейн	П. Л. Іванченко	Ю. І. Бажора
мікробіологія:	Д. К. Заболотний	Б. Г. Вайнберг	А. В. Целух
	В. Л. Єлін	С. М. Мінервін	П. З. Протченко
<b>Теоретична медицина:</b>	М. О. Батуєв	Н. М. Козирь	М. Д. Зайцев
морфологія:	М. К. Лисьонков	О. Ф. Маньковський	В. Ф. Пчеляков
	М. С. Кондратьєв	В. В. Воронін	Д. П. Кишенський
	Ф. А. Волинський	М. М. Заєвлошин	Н. М. Коврижко
	І. І. Іл'їн	С. Д. Шахов	О. І. Даниленко
	Є. М. Поповкін	Д. К. Трет'яков	В. К. Напханюк
фізіологія:	Б. Ф. Веріго	Г. І. Федорович	М. Н. Зайко
	Б. П. Бабкін	О. А. Шандра	Р. Ф. Макул'їн
	А. М. Мелік–Меграбов	В. В. Підвисоцький	А. І. Гоженко
фармакологія:	П. Я. Борисов	Я. Б. Максимович	В. В. Трохимчук
фармація:	Д. М. Лавров	В. Й. Кресюн	Я. В. Рожковський
фармакогнозія:	С. В. Циганов	М. Б. Блауберг	
<b>Клінічна медицина:</b>	О. В. Богданов	М. О. Ясиновський	Л. Й. Алейникова
	Ф. Г. Яновський	О. І. Грузін	В. Г. Руденко
внутрішня медицина	С. В. Левашов	Ц. О. Левіна	А. Є. Золотарьов
(терапія):	П. А. Вальтер	А. І. Романовська	О. І. Мінаков
	С. С. Груздев	О. О. Грузіна	О. О. Якименко
	М. Д. Стражеско	В. А. Тригер	Н. В. Башмакова
	Л. П. Дмитренко	Г. Ф. Бойко	А. Є. Поляков
	Л. Б. Бухштаб	Н. Б. Руденко	Н. А. Золотарьова
хірургія:	К. М. Сапежко	О. П. Доценко	М. В. Караман
	С. М. Баккал	Л. З. Дробков	А. О. Бабур
	П. О. Наливкін	Б. І. Дмитрієв	С. О. Гешелін
	М. П. Соколовський	О. Г. Сосновський	В. В. Грубнік
	Я. М. Волошин	А. С. Синовець	В. Ю. Грубнік
	І. Я. Дейнека	К. Г. Тагібеков	Б. С. Запороженко
	К. Д. Двужильна	С. І. Корхов	
оперативна хірургія,	М. К. Лисьонков	І. Л. Сендерович	С. І. Корхов
топанатомія:	М. О. Куковеров	В. І. Варламов	О. Г. Попов
	Л. М. Аряєв	А. С. Владика	
анестезіологія і	В. П. Стасюнас	П. М. Чувєв	
реаніматологія:	І. Є. Корнман	М. Л. Дмитрієв	Н. Г. Ніколаєва
хірургія дитячого	В. П. Снежко	Л. В. Прокопова	О. О. Лосєв
віку:	М. І. Кефер	В. Ф. Венгер	Ю. В. Сухін
травматологія та	І. Г. Герцен	В. Д. Чабаненко	
ортопедія:	А. М. Гаспарян	М. І. Ухаль	Ф. І. Костєв
урологія:	К. А. Великанов		
	С. С. Головін	С. Ф. Кальфа	Г. Ю. Венгер
офтальмологія:	В. П. Філатов	І. С. Черкасов	
оториноларингологія:	О. М. Пучковський	В. Д. Драго-мирецький	С. М. Пухлік
	О. І. Гешелін	С. Б. Аксент'єв	Л. Л. Пападато
психоневрологія:	М. М. Попов	В. С. Бітенський	Г. Г. Соколянський
	Є. О. Шевальов	В. М. Образцов	Ю. Л. Курако
	Л. А. Мірельзон	Г. І. Маркелов	А. С. Сон
	К. В. Москеті		

Продовження табл. 1

акушерство і гінекологія:	В. М. Массен В. М. Орлов Г. І. Томсон Г. Ф. Цомакіон Г. К. Живатов	А. М. Агаронов О. І. Малінін І. М. Рембез В. А. Соляник– Шилейко	М. П. Верхацький Я. В. Куколев У. Й. Біжан В. М. Запорожан О. О. Зелінський
педіатрія:	В. Ф. Якубович С. К. Гогітідзе І. Я. Винокуров А. І. Скроцький В. П. Чернюк	В. І. Зузанова Т. М. Якименко Г. С. Леві Б. Я. Резник І. П. Мінков	М. Л. Аряєв І. Л. Бабій А. М. Гончарук О. В. Зубаренко
інфекційні хвороби:	В. К. Стефанський Л. К. Коровицький А. М. Михайлова Д. К. Заболотний Л. В. Громашевський	В. Ф. Липковський Є. В. Нікітін І. П. Мінков Я. М. Гіммельфарб	К. Л. Сервецький Ю. П. Харченко К. Г. Васильєв
<b>Профілактична медицина:</b>	Г. В. Хлопін І. І. Кияницін М. М. Костямін	Д. М. Бабов Л. Є. Берестечко Я. Б. Резник	С. С. Аглицький П. С. Ніков В. О. Колоденко
гігієна:	О. Ф. Стояновський	А. Й. Бурштейн	М. М. Надворний
соціальна медицина:	Л. В. Громашевський І. Л. Дайліс	П. Н. Чорнобров Д. В. Тинтюк	В. І. Журавель К. К. Васильєв
<b>Стоматологія:</b>	Г. І. Семенченко О. І. Марченко Р. Г. Синицин	В. І. Кулаженко А. Ф. Коваленко В. І. Вакуленко	А. Г. Гулюк Л. Д. Чулак К. М. Косенко

в ОЗ; про становлення епідеміології як самостійної науки та предмета викладання в медичних вузах, визначення шляхів викладання для забезпечення розвитку профілактичного спрямування в організації ОЗ; розвиток теоретичних питань загальної і спеціальної епідеміології шляхом проведення комплексних епідеміологічних досліджень, які свідчать про його зрілість.

Відповідно до реформування медичної науки та освіти, розвитку СГ, періодизації Одеського медичного вузу в розвитку кафедри СГ протягом існування (1923–2011) за цілями, завданнями, змістом простежуються **4 періоди**, з них – **перші 3 за радянські часи**: **1.** 1923–1941 – самостійна кафедра СГ; *завідувачі: професори Л. В. Громашевський та І. Л. Дайліс*; **2.** 1941–1965 – кафедра ООЗ; *завідувачі: професори І. Л. Дайліс і П. Н. Чорнобров*; **3.** 1966–1991 – кафедра СГООЗ; *завідувачі: проф. П. Н. Чорнобров, доц. А. Г. Кравченко, доц. О. І. Міцкевич, проф. Д. В. Тинтюк*; **4. 3 розпаду СРСР у 1991 р.** – **4 підперіоди**: **4.1.** 1991–1997 – кафедра СМООЗ, ІМ; *завідувачі: професори Д. В. Тинтюк і В. О. Колоденко*; **4.2.** 1998–2000 – в об'єднанні кафедра ЗГ і СМООЗ; *завідувач – проф. В. О. Колоденко*; **4.3.** 2000–2005 – кафедра СМУЕОЗ; *завідувач – проф. В. І. Журавель*; **4.4.** З 2006 – кафедра СМ ММ; *завідувачі – доценти Б. М. Стречень і В. С. Бірюков; проф. К. К. Васильєв.*

Головними напрямками діяльності кафедри в усі періоди залишаються навчально-педагогічна, організаційно-методична й виховна робота зі студентами та слухачами; науково-дослідницька робота; підготовка у системі післядипломної освіти управлінського та медичного персоналу, соціальних працівників системи ОЗ; інтеграція з органами й закладами ОЗ з питань організації, реформування існуючої системи ОЗ, обґрунтування фінансово-економічної та медико-правової схем-моделей її функціонування; зовнішні комунікації з ін. вузами з організаційно-управлінських, навчально-методичних і науково-консультативних питань.

Наукові дослідження багато в чому кореспондуються з педагогічним процесом. Глибинний аналіз наукових праць (дисертацій, монографій, статей і тез зі збірок та журналів), виходячи за межі джерелознавського аспекту, надає матеріал для з'ясування процесу виникнення, становлення, розвитку медико-наукових напрямків, обґрунтування формування науково-медичних шкіл відповідних спеціальностей, їх взаємовпливи і взаємозв'язки.

За вищевказаними періодами науково-дослідницька робота кафедри характеризувалась такими спрямуваннями:

– медико-соціальним (обґрунтування принципів, показників ефективності роботи ЛПЗ (Л. В. Громашевський, І. Л. Дайліс); смертність населення Півдня



України (І. Л. Дайліс)), історико-медичним (історія вузу – МФ НГУ, ОДМА, ОДМІ: розвиток наук і педагогічного процесу в цілому на факультеті–академії–інституті, окремих наук – розвиток наукової медичної теоретичної думки в НГУ у 1865–1920 рр. (канд. дис.; Л. Й. Грабовська, 1955) – і предметів викладання, історія кафедр; дослідженням теми “Медичний “сектор” та ОЗ Паризької Комуни” (М. Є. Палкін); історія організації ОЗ в м. Одесі за 150 років існування (І. Л. Дайліс); та організаційно-педагогічним (І. Л. Дайліс); (1-й – 2-й періоди);

– вивченням впливу соціальних факторів на стан здоров’я сільських дітей і підлітків Одеської області за показниками медичних оглядів, морфофункціональних відхилень, фізичного розвитку і захворюваності (канд. дис.; А. Г. Кравченко, 1972), фізичного розвитку сільського населення; стану здоров’я плавскладу Чорноморського морського пароплавання (П. Н. Чорнобров, А. Г. Кравченко, А. В. Вережникова, В. А. Каліцев, І. І. Ратовський, Є. М. Захарченко, О. М. Намятий, О. І. Міцкевич, Л. І. Мураховська); розробкою шляхів реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) (Д. В. Тинтюк, Г. І. Подолінний, Є. М. Захарченко, А. Г. Кравченко, М. О. Намятий, О. Д. Корвецький, С. А. Батечко, О. В. Шальнова–Козаченко); історією ОДМІ, гігієнічних наук у Південному регіоні України в 20-ті–80-ті рр. (А. Г. Кравченко, М. Н. Шинкарьов, Л. Б. Владимірова, О. В. Шальнова–Козаченко, Л. В. Герасимова) кафедри СМООЗ ОДМІ; (2-й – 3-й періоди);

– комплексною розробкою і впровадженням в практику ОЗ перспективних форм організації ПМСД сільському населенню Півдня України в умовах переходу народного господарства до ринку (Д. В. Тинтюк, Г. І. Подолінний, Є. М. Захарченко, А. Г. Кравченко, О. Д. Корвецький, С. А. Батечко, О. В. Шальнова–Козаченко, С. В. Мокієнко); розробкою рекомендацій щодо організації медичної допомоги при переході на посімейне обслуговування населення Південно-Західного регіону України по профілактиці й зниженню захворюваності соціально значущої патології (В. О. Колоденко, Є. М. Захарченко, С. В. Мокієнко, А. Г. Кравченко, О. Д. Корвецький, О. В. Шальнова–Козаченко); обґрунтуванням наукових основ управління, організації та реформування системи ОЗ; економікою ОЗ (Б. М. Стречень, В. І. Ткачук, Н. Г. Біла, Г. В. Щолоков, О. Є. Міріц); реорганізацією діяльності та оптимізацією управління систем медичної допомоги в умовах ринкової трансформації суспільства (В. І. Журавель, В. С. Бірюков, О. В. Шальнова–Козаченко, С. О. Козуліна,

В. Ц. Черномаз, В. В. Журавель); педіатрією, адаптацією міжнародних стандартів якості серії ISO 9000 : 2000 до практичної діяльності ОЗ (В. С. Бірюков); вивченням механізмів державного управління діяльністю закладів ОЗ (організаційно-правовий аспект) і системою ПМСД міському населенню (канд. дис.: С. О. Козуліна, 2004 і В. Ц. Черномаз, 2005); ризикометрією захворюваності й смертності немовлят Одеської області та сімейною диспансеризацією в сільській місцевості (канд. дис.; О. В. Шальнова–Козаченко, 2007); обґрунтування оптимізаційної організаційно-управлінської моделі регіональної репродуктивної служби (В. І. Журавель, В. С. Бірюков, О. В. Шальнова–Козаченко); створення національної моделі ПМСД та проекту “Матра-3”, роль соціального працівника в наданні ПМСД населенню України (В. І. Журавель, В. С. Бірюков, С. В. Мокієнко); тотальне управління якістю в системі ОЗ України (В. С. Бірюков, Е. О. Підлубна, А. Г. Кравченко, О. В. Шальнова–Козаченко, С. В. Мокієнко, Б. М. Стречень, В. І. Ткачук); історією медичної науки та освіти, ОДМУ–ОНМУ, історіографією кафедри СГ одеського медичного вузу, бібліографічними дослідженнями (Д. В. Тинтюк, В. О. Колоденко, К. К. Васильєв, А. Г. Кравченко, В. С. Бірюков, Л. Б. Владимірова, Є. М. Захарченко, О. В. Шальнова–Козаченко, С. В. Мокієнко, О. Д. Корвецький, С. А. Батечко, С. О. Козуліна, Е. О. Підлубна); педагогікою вищої школи (весь склад кафедри за секціями: ІМ, економіка ОЗ, біостатистика, СМООЗ), якістю освітніх технологій вищої медичної школи (В. С. Бірюков, О. В. Шальнова–Козаченко); (3-й–4-й періоди).

Визначені спільні витоки, зв’язки одеської соціально-гігієнічної та історико-медичної школи з такими науковими медичними школами:

– загально-гігієнічною (Російська Імперія (РІ), Україна, Одеса: М. М. Костямін, Д. М. Бабов, М. М. Надворний, П. С. Ніков – В. О. Колоденко, О. Д. Корвецький);

– епідеміологічною (РІ, Україна, Одеса: Д. К. Заболотний – Л. В. Громашевський, І. Л. Дайліс);

– соціально-гігієнічними (Казахстан, Алма-Ата – П. Н. Чорнобров; Російська Федерація (РФ), НДІ СГ ООЗ ім. М. О. Семашка, Москва – Л. І. Мураховська; Молдова, Кишинів: М. А. Тестемічану – Д. В. Тинтюк; РФ: К. І. Журавльова – В. І. Журавель; Україна, Київ: П. Л. Шупик, О. А. Грандо, Б. П. Криштопа, Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда – В. І. Журавель, О. В. Шальнова–Козаченко; РФ, Москва: П. Ю. Заблудовський – Л. Б. Владимірова; Україна, Суми: К. К. Васильєв);

– історико-медичними (Україна, Київ: О. А. Грандо, Б. П. Криштопа, М. О. Дьяченко, Ф. Я. Ступак – І. Л. Дайліс, М. Є Палкін, Ф. Ф. Бурлаков, Л. Й. Грабовська, П. Н. Чорнобров, А. Г. Кравченко, М. Н. Шинкарьов, К. Г. Васильєв, Л. Б. Владимириова, О. В. Шальнова–Козаченко, Л. В. Герасимова; Україна, Суми: К. К. Васильєв).

*Медицина в загальній історії: визначення, історичні види, етапи розвитку* [1, 2, 18]. “Медицина – система наукових знань і практичної діяльності, метою яких є зміцнення та збереження здоров’я людей, попередження і лікування хвороб” [2, с. 7]. Таке визначення поняття “медицина” наводиться в медичній енциклопедії.

Щодо першої його частини: “...система наукових знань і практичної діяльності”. Вона віддзеркалює діалектичний шлях пізнання природи, визначений філософською думкою: від практики – до теорії, від теорії – до практики! Таким чином, щоби стати науковими, знання повинні взагалі з’явитися емпіричним (дослідницьким) шляхом, запам’ятатися, накопичитися. Але будь-який набір знань, фактів і спостережень – це ще не наука. Наукою стають знання систематизовані, проаналізовані. Впровадження їх у практику і надає покращення результатів у практичній діяльності.

Послідовність викладання другої частини визначення заслуговує на серйозну увагу: “... метою яких є зміцнення та збереження здоров’я людей, попередження і лікування хвороб”. В ній ми бачимо співвідношення двох історичних напрямків медицини – профілактичної і клінічної. Один з головних принципів медицини сучасності – це профілактична спрямованість. Ось чому головною її метою є профілактика (зміцнення та збереження здоров’я, попередження хвороб), а прояв клінічної медицини (лікування хвороб) закінчує логічну послідовність дій.

Розрізняються два історичні види медицини: емпірична (народна) і наукова. Етапи розвитку: (емпірична медицина) збирання, накопичення практичних знань, вмінь, навиків; первинне узагальнення, систематизація даних практики; аналіз і висновки у вигляді раціональних практичних методів профілактики та лікування хвороб; (наукова медицина) збирання, накопичення фактів, знань, вмінь; узагальнення, систематизація; аналіз і висновки у вигляді робочої гіпотези (припущення); експериментальна перевірка (лабораторний або клінічний метод); аналіз і висновки у вигляді теорій медицини, науково обґрунтованих методів профілактики, діагностики і лікування хвороб. У кожний період процес пізнання вміщує всі ці етапи, їх рівень залежить від ступеня розвитку суспільства.

*Історія медицини: наука та предмет викладання* [1, 4, 6, 9–11, 13–15, 17–23]. ІМ – це наука, яка вивчає розвиток медичної діяльності, та медичних знань у зв’язку з розвитком і зміною суспільно-економічних формацій, у нерозривному зв’язку із загальною історією культури народів. При розкритті питання – ІМ як наука – треба охарактеризувати теоретичні основи ІМ, об’єкти та методи їх дослідження (історичний, експериментальний, графічних зображень, інтерв’ювання та ін.), суб’єкти дослідження, матеріально-технічну наукову базу.

*ІМ – наука про виникнення, розвиток і сучасний стан медицини, яка спроможна прогнозувати майбутнє.* Вона складається з двох частин: загальної та спеціальної ІМ. *Загальні питання* історичного розвитку медицини, виявлення характерних особливостей, закономірностей цього розвитку, головних проблем, складають предмет загальної ІМ, яка вивчається в окремому курсі на кафедрах соціально-медичного профілю. *Спеціальні питання* історії окремих медичних дисциплін, історико-медичні відомості, які належать до окремих галузей медицини, вивчаються у відповідних курсах: анатомії та фізіології, терапії та хірургії, очних хвороб, невропатології та ін.

*Основні принципи ІМ:* історизму, головного і дорядного, історичної достовірності. Важливим є історичний підхід до всіх явищ у світі, включаючи медичну науку і практику: дивитись на кожне відоме явище з точки зору того, як в історії воно виникло, які головні етапи розвитку проходило, якого рівня досягло у теперішній час.

*Основний метод ІМ* – історичний (історико-літературний, історико-бібліографічний, історико-архівний пошук та ін. спеціальні напрямки).

Загальна ІМ як предмет викладання є самостійною дисципліною. Окремі відомості про розвиток медичних дисциплін надаються у курсі спеціальної історії медицини на теоретичних медичних, клінічних та профілактичних кафедрах. При цьому деталізуються і доповнюються матеріали курсу загальної історії медицини: життя та діяльність видатних вчених-медиків, лікарів, досягнення наукових медичних шкіл, історія ряду відкриттів. Зміст дисципліни “ІМ” викладається в лекціях, вивчається на практичних заняттях, включає самостійну (до- та аудиторну) роботу студентів (СРС).

Лекційний матеріал по загальній ІМ дає базу відомостей про розвиток світової і вітчизняної медицини в тісному взаємозв’язку з характеристиками загального розвитку цивілізації (матеріальною, економічною, політичною, світоглядною, науковою, культурною);

показує взаємозалежність і взаємовплив позитивних і негативних характеристик загального розвитку людства і медицини, системи надання медичної допомоги, медичної освіти, етики і деонтології. Використовуються такі форми роботи студентів, як “помічник лектора”, а також наприкінці курсу проводяться лекції-конференції.

Практичні заняття передбачають ціль більш поглибленого, систематизованого вивчення історії вітчизняної медицини за періодами загальної історії. На позааудиторне вивчення загальної ІМ з використанням основної і додаткової навчальної літератури, першоджерел (праці видатних представників вітчизняної медицини) спрямована СРС.

Історія медицини, як самостійна наука і курс загальної ІМ, як предмет викладання, дають розуміння закономірностей процесу розвитку медицини. Курс загальної ІМ, на відміну від спеціальних питань розвитку галузей медицини, дає розуміння взаємозв'язку, взаємовпливу, взаємозалежності явищ матеріального, соціального, політичного життя суспільства, світогляду, з одного боку, і медицини, ОЗ як цілісної системи, з другого, взаємозв'язку і взаємовпливу усередині медицини (мікробіології і хірургії, патології та терапії та ін.).

В основу *періодизації у загальній ІМ* покладена періодизація загальної (громадської) історії. За формаційним підходом розрізняється медицина таких періодів:

1) докласового суспільства: більше 2 млн років тому – V тис. до н. е. (первіснообщинна формація як основна);

2) давнього світу: V тис. до н.е. – V ст. (рабовласництво);

3) середньовіччя: V ст. – 1 чврт. XVII ст. (феодалізм);

із 3 підперіодами – раннього: V – X-XI ст.; класичного: X-XI ст. – XV ст.; пізнього, або епохи Відродження: XV – I пол. XVII ст.;

4) нового часу: XVII – XIX ст. (капіталізм);

5) новітнього часу: XX – початок XXI ст.; (соціалізм; індустріально розвинений капіталізм).

Що стосується спеціальних питань ІМ, то тут треба враховувати деякі особливості розвитку кожної дисципліни окремо. Так, наприклад, у відношенні хірургії виділяється лікування ран до відкриття пороху і після, що зумовлюється суттєвою різницею лікування залежно від характеру поранень. Так само введення ефірного наркозу – дуже важлива дата в історії хірургії, яка примушує ділити хірургію на періоди – “до” та “після” введення наркозу. Відкриття і

впровадження антисептики і асептики розділило хірургію на до- та післяантисептичний періоди.

У світі перші письмові твори історико-медичного характеру відомі з періоду стародавнього світу (Гіппократ, Цельс), середньовіччя (Г. Тореллі) у вигляді літературно-історичних описів, біографій окремих лікарів. У новий і новітній часи з'являються видання великих систематизованих монографій і праць зі спеціальної ІМ і фармації (К. Шпренгель, Я. Геккер, Е. Морвітц, А. Гінзберг та ін.), історії окремих галузей медицини, ряду хвороб, біографічних словників. В українських землях виникнення і розвиток ІМ пов'язаний з ім'ям Петра Пелехіна.

Розуміння найвидатнішими лікарями світу значення “ІМ” у підготовці лікаря приводить до запровадження викладання елементів ІМ у XVIII ст. в німецьких університетах. Цей предмет читав засновник клінічної медицини, голландський вчений Г. Бургав у прогресивному Лейденському університеті. Поряд з клінічними науками засновник російської медицини М. Я. Мудров викладав ІМ.

Університетський статут 1835 р. визначив викладання на МФ Росії предмета “Історії та літератури, медичної енциклопедії і методології”. З 10 кафедр ця була третьою. Статут 1884 р. виділяє кафедру “Енциклопедії та ІМ” – сьому з 24.

В післяжовтневий період на початку XX ст. предмет викладався як у рамках інших дисциплін, так і самостійно, а з 1948 р. – на самостійних кафедрах ІМ. З 60-х років відмічається криза предмета, порівняно з долею генетики, кібернетики, соціальної гігієни, який став відображенням загальної кризи. Процес її відновлення почався з середини 60-х років, а особливого значення набув з 1991 р. із появою самостійної суверенної держави — України. Майбутнє безсумнівно за відродженням цієї самостійної дисципліни, важливої для формування особистості лікаря, його культури, моралі, милосердя, широкого логічного, історичного мислення.

Одеська вища медична школа має багатий досвід викладання курсу “ІМ”, яке здійснювалось здебільшого професорсько-викладацьким складом кафедри СГ–ООЗ–СГООЗ–СМООЗ–СМУЕОЗ–СМММ. Самостійний курс ІМ почав викладатися з кінця 30-х р. Співробітники кафедри розвивали педагогічний процес, історико-медичні дослідження. Найяскравіші представники історико-медичної школи: професори І. Л. Дайліс, П. Н. Чорнобров; доценти Ф. Ф. Бурлаков, М. Н. Шинкарьов, Л. Й. Грабовська (курс ІМ викладався “в один ряд”: у кожному періоді історії людства висвітлювалась історія вітчизняної і



зарубіжної медицини); канд. мед. наук, старший викладач Л. Б. Владимірова (започаткувала “послідовне викладання історії вітчизняної і радянської медицини” на практичних заняттях) та ін.

Особливе місце у цій плеяді займає доцент Ф. Ф. Бурлаков (створив і очолював самостійну кафедру ІМ: 1949–1962 рр.; напрямок праць – історія психіатрії в Куйбишевській області; роль М. І. Пирогова в організації НІУ в Одесі та МФ (“Н. И. Пирогов в Одессе”, 1954); ювілейна (до 50-річчя ОДМІ) та біографічна література про вчених (В. В. Підви́соцький, Є. С. Главче, С. М. Мінервін та ін.).

З 1996 р. курс очолює учениця М. Н. Шинкарьова, наступниця Л. Б. Владимірової – доцент О. В. Шальнова–Козаченко. В сьогоднішній ІМ в ОНМедУ викладається як самостійний курс (2 кредити) вітчизняним і зарубіжним студентам МФ і СФ протягом семестру за принципами КМС. В навчальний план включена курсова робота (зошит з матеріалами практичних занять і скороченими конспектами лекцій) та розробка індивідуального проекту із презентацією у мультимедійному варіанті; поточний ТК; залік. Музей історії ОНМедУ з 1995–1996 навч. р. використовується як навчально-виховна база для проведення науково-практичних студентських конференцій.

Геополітичні події II пол. XX ст. – початку XXI ст. реформували вигляд планети, життя держав і народів; суспільну свідомість про роль науки та техніки, значення науково-технічної революції, науково-технічного прогресу і їх наслідків; оцінку значення загальнолюдських норм, правил етики, моралі у збереженні миру, міжнародного співробітництва, цивілізованого розвитку, вирішення національних проблем. Викладання ІМ в аспекті актуальних проблем розвитку медицини потребує об’єктивної оцінки періоду життя наших сучасників.

*Цілі та завдання дисципліни, її місце у навчальному процесі* [10, 11].

ІМ як наука і предмет викладання відіграє велику роль у системі підготовки лікаря, формуванні у нього прогресивного наукового світогляду і соціально-політичної позиції, підвищенні рівня його загальної професійної культури.

Принципово новим є таке:

по-перше, *ІМ як навчальна дисципліна: а) інтегрується з усіма дисциплінами; б) закладає основи знання студентами розділу загальної історії медицини, історичного методу дослідження для вивчення питань спеціальної ІМ в курсах гуманітарних і соціально-економічних дисциплін, природно-наукових, профілактичної та практичної підготовки, формування у майбутніх лікарів інтегрованого історико-*

*медичного знання, прогресивного наукового світогляду, активної соціально-політичної позиції, високого рівня загальної та професійної культури (комунікаційні, біоетичні і деонтологічні спрямування);*

по-друге, практичні заняття передбачають *ціль більш поглибленого, систематизованого вивчення історії вітчизняної медицини за періодами загальної історії;*

по-третє, при підготовці до занять рекомендується студентам коротко занотувувати протоколи з зазначенням теми, внесенням відомостей про представників медицини у систематизаційну таблицю, виділенням головних рис медицини періоду, який вивчається, у вигляді структурних схем, формуванням логічних схем-зв’язок для віддзеркалення головних і другорядних подій у житті суспільства та розвитку культури, науки, у т. ч. медицини; а на практичних заняттях доповнювати матеріал;

*по-четверте, студент оволодіває обов’язковими практичними навичками:*

– *проведення за історичним методом історико-літературного, історико-бібліографічного та історико-архівного пошуку наукових та архівних періоджерел у бібліотеках, у книгозбірних, архівних та музейних сховищах; опрацювання літератури (навчальні посібники, монографії, статті видатних діячів медицини у періодичній медичній літературі, збірках і енциклопедіях) загально-медичного і біологічного характеру, етико-деонтологічного та об’єктивної, на наукових засадах, оцінки розвитку і стану медичної справи в країнах світу, в Україні;*

– *розробки індивідуального проекту з історії медицини на запропоновану тему, оформлення титулу, написання плану, реферату доповіді з дотриманням структури, обсягу й презентації: виступ перед студентами групи на практичному занятті чи потоку – на лекції (в якості “помічника лектора”);*

– *систематизування, конспектування історико-медичного матеріалу за видатними вченими, характерними рисами медицини відповідних періодів за допомогою розроблених форм систематизаційних таблиць і структурних схем для кращого засвоєння здобутків медицини минулого і використання їх в майбутній практичній діяльності;*

– *визначення причинно-наслідкових зв’язків між явищами матеріального, економічного, політичного життя суспільства; світоглядом; рівнем культури, науки у певні періоди історії людства і явищами, що характеризують рівень розвитку медицини, медичної освіти, системи охорони здоров’я і громадського здоров’я у ті ж періоди історії людства, викори-*

стовуючи принципи складання логічних схем-зв'язок, для розуміння основних історико-медичних подій.

На основі вищевикладеного можна сформулювати *цілі викладення ІМ* як вивчення закономірностей розвитку світової медицини, медичних знань, медичної діяльності за всіма періодами історії людства в інтеграційному зв'язку з розвитком і зміною суспільно-економічних формацій, загальною ходою культури народів; простежування в історичній послідовності розвитку вітчизняної медицини, а саме:

– досягнення знань основних вузлових проблем розвитку медицини як цілісного явища матеріального, економічного, соціального, політичного, світоглядного, природознавчо-наукового і культурного життя суспільства;

– досягнення розуміння взаємозв'язку, взаємовпливу, взаємозалежності окремих медичних дисциплін, з одного боку, розвитку медицини у цілому і системи охорони здоров'я у різних регіонах в різноманітні епохи, з ін.

*Кінцеві цілі дисципліни:* інтерпретувати розвиток медицини в історичній ретроспективі; трактувати основні історико-медичні події.

*Джерела вивчення ІМ* [4, 5] за класифікацією М. Н. Тихомирова (40-ві роки ХХ ст.) в уточненні А. П. Проништейна (1971 р.):

– *речовинні (матеріальні):* археологічні знахідки – черепи доісторичних людей з трепанаційними отворами, хірургічні інструменти, медична апаратура та ін.;

– *письмові:* клинопис та ієрогліфічне письмо давніх шумерів, вавилонян, єгиптян (медичні папіруси); глиняні таблички бібліотеки Ашшурбаніпала, висічені на кам'яній стелі закони царя Хаммурапі, сучасні друковані праці вчених;

– *етнографічні:* вивчення обрядів, звичаїв, вірувань, традицій народів, пов'язаних зі збереженням здоров'я (профілактичний характер), лікуванням хвороб;

– *усні (фольклорні):* бувальщина, казки, легенди (“Легенда про діву Февронію”), приказки, прислів'я народів відображають погляди народу на причини хвороб, методи їх попередження, збереження здоров'я, розвитку методів і засобів лікування;

– *лінгвістичні (мовні):* з'ясування термінів і назв, взаємовпливів у медичній теорії та практиці народів за допомогою лінгвістичних досліджень;

– *фонодокументи:* звукозаписи – фонограми (механічні, магнітні, оптичні);

– *витвори мистецтва, фото-, та кінодокументи:* “Урок анатомії лікаря Тульпіуса” (Рембрандт). Сучасні фото-кіно-документи, звукозаписи, включаючи комп'ютерні технології – теле-відео-аудіо-комунікативні, дають можливість побачити та почути великих попередників, оцінити сучасне, передбачити майбутнє.

**Висновки:** 1. По завершенню курсу загальної ІМ студенти повинні знати історію світової і вітчизняної медицини, вузлові питання розвитку медицини у цілому, характерні особливості і риси її у всіх народів.

2. Комплексне, інтегроване історичне знання, що формується у випускників медичного вузу на базі вивчення курсу загальної ІМ та питань спеціальної історії галузей медичної науки, дає можливість молодим фахівцям творчо поглиблювати, вдосконалювати його, застосовувати при вирішенні професійних завдань; орієнтуватися у сучасних проблемах ОЗ; сприяти духовному відродженню української медицини, відстоюванню вітчизняних пріоритетів у різних її галузях.

3. У процесі післядипломного вдосконалення фахівців-медиків паралельно із засвоєнням спеціальності за фахом продовж життя поглиблюються історико-медичні знання.

### **Література**

1. Актуальные проблемы истории медицины : матер. Междунар. науч. конф. / [кол. авторов]; под ред. К. К. Васильева. – Сумы : СумГУ, 2005. – 172 с.

2. Медицина / [кол. авторов]; под ред. Б. В. Петровского // БМЭ. – 3-е изд. – М. : Сов. энциклопедия, 1980. – Т. 14. – С. 7, 322.

3. Васильев К. Г. Очерки истории Высшей Одесской медицинской школы / К. Г. Васильев, П. Н. Чуев, К. К. Васильев. – О., 2000. – 200 с.

4. Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський, П. Ю. Заблудовський. – К. : Вища школа, 1991. – С. 5–8.

5. Грандо О. Медичні музеї України як осередки національної культури / О. Грандо // Агапіт. – 1994. – № 1. – С. 7–8, 35.

6. Грибанов З. Д. Источники изучения истории медицины и здравоохранения / З. Д. Грибанов. – М. : ЦИУВ, 1980. – 19 с.

7. Друковані видання співробітників кафедри соціальної медицини й медичного менеджменту за 2003–2008 роки (хронологічна розстановка) / Одес. держ. мед. ун-т; [авт.-уклад. Бірюков В. С., Козаченко О. В., Стречень Б. М. та ін.]; за заг. ред. О. В. Козаченко. – О.: Одес. держ. мед. ун-т, 2008. – 36 с. – (Серія: Від ювілею до ювілею; вип. 2).

8. Журавель В. І. Історіографія кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я ОДМУ (до 80-річного ювілею) / В. І. Журавель, О. В. Козаченко // Одес. мед. журнал. – 2003. – № 3. – С. 104–111.

9. Журавлева Т. О преподавании истории медицины ХХ века / Т. Журавлева, Ю. Лисицын // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 47–48.

10. Історія медицини. Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів



акредитації. Спеціальності : 7.110101 “Лікувальна справа”, 7.110104 “Педіатрія”, 7.110105 “Медико-профілактична справа”. – К., 2005. – 54 с.

11. Історія медицини. Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації. Спеціальність : 7.110106 “Стоматологія”. – К., 2010. – 31 с.

12. Кафедра соціальної медицини та медичного менеджменту ОДМУ в період 2003–2008 рр. (до 85-річчя кафедри) / О. В. Козаченко, Б. М. Стречень, В. І. Ткачук [та ін.] // Одес. мед. журнал. – 2009. – № 2. – С. 77–83.

13. Козаченко О. В. Роль і місце історії медицини у вищій медичній освіті на початку XXI століття / О. В. Козаченко // Інститут вищої освіти та його вплив на регіональний розвиток України : соціокультурні, економічні та правові аспекти : матер. міжнар. наук.-практ. конф., 26–27 травня 2008 р. – Ірпінь, 2008. – С. 232–236.

14. Криштопа Б. Проблеми української історії медицини / Б. Криштопа // Агапіт. – 1994. – № 1. – С. 4–6, 33–34.

15. Лисицын Ю. П. Вопросы периодизации истории медицины / Ю. П. Лисицын. – М., 1958. – 38 с.

16. Одесский медуниверситет. 1900 – 2000 / за ред. В. М. Запорожана. – О. : ОДМУ, 2000. – 199 с.

17. Преподавание истории медицины в высшей школе : история и современное состояние : матер. Междунар. науч. конф. / [кол. авторов]; под ред. К. К. Васильева. – Сумы : СумГУ, 2007. – 147 с.

18. Сорокина Т. С. История медицины : учебник для вузов / Т. С. Сорокина. – 3-е изд., испр. и дополн. – М. : Academia, 2007. – 560 с.

19. Сорокина Т. С. Кредиты и балльно-рейтинговая система в преподавании истории медицины / Т. С. Сорокина // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 2. – С. 52–55.

20. Ступак Ф. Я. Вступ до історії медицини. Медицина і первісне суспільство / Ф. Я. Ступак. – К., 2002. – 64 с.

21. Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я : напрямки та шляхи реформування системи охорони здоров'я (до 80-річного ювілею кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я) : матер. міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 18–19 вересня 2003 р.) / ОДМУ; [кол. авт.]; за заг. ред. акад. В. М. Запорожана та проф. В. І. Журавля. – О. : ОДМУ, 2003. – 280 с. : іл., табл.

22. Шальнова–Козаченко О. В. Інтерактивні форми навчання при викладанні “Історії медицини”, “Соціальної медицини та організації охорони здоров'я” : значення для формування майбутніх спеціалістів / О. В. Шальнова–Козаченко // Мед. освіта. – 2010. – № 3. – С. 94–98.

23. Шальнова–Козаченко О. В. Історико-медичні дослідження в публікаціях “Одеського медичного журналу” (1997–2010 рр.) : підсумки та завдання / О. В. Шальнова–Козаченко // Одес. мед. журнал. – 2011. – № 1. – С. 54–62.

УДК 617(07.07)

## **ПОЕТАПНІСТЬ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ НА КУРСАХ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

**О. Л. Ковальчук, М. С. Гнатюк, П. І. Шев'як, Ю. С. Смрщок, І. С. Кулянда**

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## **PHASING OF TRAINING OF DOCTORS-SURGEONS ON COURSES OF ENDOSCOPIC SURGERY IN TERNOPIIL STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**O. L. Kovalchuk, M. S. Hnatiuk, P. I. Shevyak, Yu. S. Smorshchok, I. S. Kulianda**

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

Стрімкий розвиток ендоскопічної хірургії зробив актуальним питання підготовки лікарів-хірургів. На циклі тематичного вдосконалення в Тернопільському державному медичному університеті використовується поетапне засвоєння практичних навичок і теоретичних знань. Хірурги оволодівають практичними навиками в тренажерному залі, під час навчальних операцій на тваринах і в клініці. Такий підхід дозволяє найбільш оптимально засвоїти навчальний матеріал.

© О. Л. Ковальчук, М. С. Гнатюк, П. І. Шев'як та ін.

Swift development of endoscopic surgery made urgent a question of surgeons' training. In the cycle of thematic improvement in Ternopil State Medical University is used step-by-step learning practical experience and theoretic knowledge. Surgeons learn practical experience during educational operations on animals and in clinic. Such approach allows to master better course of studies.

**Вступ.** Останні двадцять років інтенсивно розвиваються нові хірургічні технології, серед яких малоінвазивна хірургія, котра, без сумніву, є одним з найбільших досягнень медицини. Малоінвазивні методи використовуються все ширше, тому що дозволяють досягти максимальних результатів при мінімальній операційній травмі. Сьогодні немає розділу хірургії, де би не були успішно застосовані ендоскопічні технології.

Перевагами ендоскопічної хірургії є мінімальна травматичність та низька частота ускладнень, а також істотне зниження строків реабілітації хворого. Складні електронні прилади, спеціальні інструменти дозволяють виконувати оперативні втручання через незначні проколи в тканинах без їхнього розрізу, це вимагає від хірурга додаткових знань та навиків роботи з ними. Але наскільки операція стала легшою для пацієнта, настільки ж складною та відповідальною для хірурга.

Тому на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які дозволять підготувати висококваліфікованих спеціалістів [1, 2].

Максимальний ефект від вивчення будь-якої медичної дисципліни настає тоді, коли лікарі-курсанти не лише отримують глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалюють практичні навички [3]. Важливе значення у підготовці практичного лікаря надається насамперед освоєнню та поглибленню практичної досконалості, тобто засвоєнню цілого ряду практичних навичок, які пов'язані із запитамі клініки і допомагають виконувати алгоритм різних оперативних втручань.

У вивченні практичних навичок чи будь-якого хірургічного прийому допомагають тренажерні зали, де на спеціальних фантомах можна відпрацювати більшість практичних прийомів, а також виконуючи операції на експериментальних тваринах детально навчитися робити найбільш поширені хірургічні операції.

Відсутність єдиної системи підготовки кадрів для ендоскопічної хірургії, низьке оснащення хірургічних кафедр відповідними наочними засобами стримують темпи розвитку нових технологій. Якість підготовки хірурга при цьому повинна визначатись не довготривалістю перебування його на курсах, а інтенсивністю занять, наявністю умов для тренінгу і якістю викладання.

Метою навчання хірургів є покращення відомих і вивчення нових технологій виконання малоінвазивних

операцій. Курсанти повинні виконати такі завдання: а) поглибити знання про причини і механізм розвитку, особливості клінічного перебігу хірургічних захворювань органів черевної порожнини; б) засвоїти та вдосконалити техніку ендоскопічних методик; в) вдосконалити вміння вибору оптимальної та раціональної діагностично-лікувальної програми у хворих із захворюваннями органів черевної та грудної порожнини; г) узагальнити свій досвід з прийнятими в державі рекомендаціями з лікування хворих хірургічного, урологічного, онкологічного і гінекологічного профілів за допомогою малоінвазивних технологій.

**Основна частина.** Для виконання поставлених завдань цикли тематичного вдосконалення "Лапароскопічні та інші малоінвазивні технології в хірургії та урології" та "Лапароскопічні та інші малоінвазивні технології в хірургії та гінекології" розділено на такі етапи. Навчання починається із вивчення теорії – сучасних моделей апаратури, спеціального та допоміжного інструментарію, необхідного для виконання операцій, специфіки їхньої обробки та стерилізації. Детально розглядаються анатомо-топографічне обґрунтування малоінвазивних операцій, особливості анестезіологічного забезпечення, показання і проти-показання, техніка виконання операцій розроблена різними провідними школами.

Одночасно відпрацьовуються практичні навички, що розпочинається з роботи на фантомах в тренажерному залі ендоскопічної хірургії, що оснащений не лише названими вище тренажерами, але і різноманітним інструментарієм та апаратурою, що використовується при виконанні малоінвазивних оперативних втручань. При цьому на фантомах засвоюються та вдосконалюються принципи роботи з інструментами різних фірм, освоюються навички в'язання інтра-та екстракорпоральних вузлів. Наявність тренажерного залу ендоскопічної хірургії дозволяє розширити можливості вдосконалення та освоєння необхідних практичних навичок, тому що він дає можливість наочно показати окремі складні етапи названих навиків, а при необхідності багаторазово повторити їх.

Але вміння швидко та якісно виконати хірургічний прийом на тренажері ще не гарантує такий же результат при виконанні операції хворому. Тому важливим етапом у плавному вдосконаленні практики є наступний етап – виконання навчальних операцій на тваринах. Засвоївши особливості роботи з апарату-

рою та інструментарієм, кожен курсант має можливість виконати в експериментальній операційній діагностичній лапаро- і торакоскопію, холецистектомію, спленектомію, нефректомію, роз'єднання злук, виконати екстра- та інтракорпоральний вузол та шов.

Перед виконанням навчальної операції на тваринах проводиться детальний розбір етапів операції з відеодемонстрацією, порівнянням техніки оперативних втручань різних шкіл, та особливостей їх виконання у тварин. Кожне виконане оперативне втручання на експериментальних тваринах детально розглядається на семінарських заняттях, де детально аналізуються помилки, допущені учасниками операції в алгоритмі виконання того чи іншого оперативного втручання, їхні можливі наслідки під час операції, в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах, а також методи попередження допущених помилок, ускладнень та їх корекції.

Опанувавши основні практичні навички, лікарі курсанти беруть участь у виконанні малоінвазивних втручань в клініці, де проходить завершальний етап засвоєння практичних навичок, оскільки ні в тренажерному залі, ні під час навчальних операцій на тваринах не можна передати всі особливості та деталі проведення операції хворому.

На семінарських заняттях обговорюються незрозумілі питання, демонстрація навчальних відеофільмів, з поетапним розбором алгоритмів виконання операцій.

#### **Література**

1. Ковальчук Л. Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І. Я. Горбачевського: досягнення і перспективи / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5–11.

Курсанти мають можливість скористатись послугами бібліотеки, інтранету та інтернету, отримати повну інформацію з навчального предмета, а також інших медичних дисциплін.

З найбільш важливих і складних тем читаються лекції. Оскільки загальна кількість лікарів-курсантів не перевищує 8 чоловік, а сучасні технології дозволяють використовувати таблиці, слайди, відеофільми, засвоєння матеріалу з використанням наведених етапів навчання є максимальним. Останнє адекватно підтвердилось проведеним анкетним опитуванням лікарів-курсантів.

Наші курси – єдині на території всієї України, де виконуються навчальні операції на тваринах. За період існування курсів з 2007 року навчання закінчили і успішно працюють 270 лікарів-хірургів, урологів, гінекологів, онкологів.

**Висновок.** Поетапне навчання лікарів-курсантів на курсах ендоскопічної хірургії з відпрацюванням практичних навичок у тренажерному залі, в експериментальній операційній, де проводяться різні оперативні втручання на дослідних тваринах, участь у виконанні малоінвазивних втручань в клініці, детальний аналіз помилок, їх наслідків, ускладнень, їх попередження та корекція, на семінарах та лекціях з найбільш важливих і складних тем є найбільш адекватним, що дозволяє повноцінно освоїти необхідні теоретичні знання та практичні навички з даного розділу хірургії.

2. Ляшук П. М. Про якість підготовки випускників академії / П. М. Ляшук, В. П. Пішак // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 22–26.

3. Попович Ю. Л. Техніка хірургічних операцій. / Ю. Л. Попович, К. О. Діамантопуло – Івано-Франківськ, 2005. – 348 с.

УДК 378.147:616.8

**ОПАНУВАННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЯК  
СКЛADOVA ЧАСТИНА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО  
ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ НЕЙРОХІРУРГІЇ І НЕВРОЛОГІЇ  
ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський, О. М. Стоянов,  
Н. В. Добровольська**

*Одеський державний медичний університет*

**STUDENTS PRACTICAL SKILLS MASTERY AS A PART OF IMPROVING  
THE QUALITY OF STUDY AT THE DEPARTMENT OF NEUROSURGERY  
AND NEUROLOGY OF ODESSA STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**A. S. Son, V. V. Dobrovolskyi, Yu. I. Horanskyi, O. M. Stoyanov, N. V. Dobrovolska**

*Odessa State Medical University*

У статті представлений аналіз методичних підходів, запропонованих кафедрою нейрохірургії і неврології Одеського державного медичного університету, щодо підвищення якості навчальної роботи, зокрема опанування практичних навичок.

The article presents an analysis of methodological approaches proposed by the Department of Neurosurgery and Neurology of Odessa State Medical University, to improve the quality of academic work, including mastery of practical skills.

**Вступ.** За останні роки в зв'язку з реформуванням медичної освіти, розвитком приватного підприємництва, масовим виїздом медичних працівників за кордон, підвищилось значення конкурентноздатності кожного лікаря. Більшість з випускників, зустрівшись з практичним виконанням своїх обов'язків, зустрічаються з певними труднощами. Це пов'язано з тим, що більшість з них працюють "у відриві" від великих медичних закладів і далеко не всі колеги мають бажання ділитися набутим досвідом.

Питання підвищення якості підготовки лікарів-неврологів і нейрохірургів у стінах медичного ВНЗ виходить на перший план. Особливо це стосується набуття практичних навичок роботи з пацієнтом. Розвиток сімейної медицини, де частіше за все молоді сімейні лікарі в стислий термін особисто повинні приймати рішення, від якого залежить якість лікування хворого, спонукає нас піднімати рівень практичної й теоретичної підготовки майбутніх лікарів.

Як відомо з педагогіки, навчання – це двобічний процес, і багато залежить не тільки від якості подачі інформації викладачами кафедри, але й від мотивації опанування матеріалу студентами. Як показує наш досвід, прикладом підвищеної мотивації, щодо навчан-

ня на кафедрі, є у студентів-іноземців, особливо з таких країн, як Ізраїль, Індія тощо. Студенти з цих країн вже відчували тиск ринкової економіки та конкуренції за місце роботи, вимагають від викладача всебічної інформації та намагаються засвоїти якнайкраще практичні навички біля ліжка хворого. Під час складання модулів ці студенти розгортають боротьбу за кожний додатковий бал у загальній оцінці. Високий рейтинг (максимальна кількість балів) дозволить їм обирати в рідній країні не тільки спеціальність, але й місце майбутньої практики [1].

Саме тому на кафедрі приділено особливу увагу мотивації студентів до навчання та в першу чергу до практичної роботи з пацієнтом. Це дає можливість не тільки підвищити якість навчального процесу, майбутню конкурентноспроможність наших випускників, але й виявити, допомогти становленню студентів, які в майбутньому стануть фахівцями неврологами та нейрохірургами.

Така постановка питання вимагає нових підходів в організації навчально-лікувального процесу на кафедрі.

**Основна частина.** Йдучи назустріч побажанням студентам, найбільш зацікавленим в отриманні практичних навичок роботи з пацієнтом, на кафедрі ней-

рохірургії і неврології створена система, яка удосконалює можливість набуття студентами практичних навичок, безпосередньо контактуючи з лікуючим лікарем і пацієнтом під час лікувального процесу, об'єднуючи його з навчальним.

1. Система направлена на підвищення знань та вмінь студентів як майбутніх фахівців. Для цього їм надана широка можливість роботи в електронній бібліотеці кафедри, де підбрані підручники, методичні посібники, медичні фільми, наукові оглядові статті з найскладніших тем з неврології та нейрохірургії [2].

Для підвищення мотивації студентам рекомендовано для розгляду матеріали з історії розвитку національної української, світової та одеської шкіл неврології. В цьому плані студенти разом з викладачем відвідують музей ОДМУ та Одеський дім вчених. На лекціях доводяться основні досягнення ОДМУ та одеської неврологічної школи.

2. Для студентів, які вирішили в майбутньому стати неврологами та нейрохірургами, мають намір вивчати неврологію більш детально, в тому числі й в позанавчальний час, для підвищення рівня практичних навичок сформований графік роботи в неврологічному відділенні в якості помічника чергового лікаря. За загальною домовленістю студенти працюють поруч з черговим лікарем і таким чином мають змогу дослідити всі аспекти спілкування з пацієнтом (збір скарг, обговорення анамнезу захворювання та життя), первинного огляду хворого, визначення ряду синдромологічної диференційної діагностики, планування діагностичних та лікувальних заходів. Після закінчення чергування відбувається обговорення та підведення підсумків викладачем-куратором. Опитування студентів підтверджують позитивне ставлення більшості студентів до такого заходу.

3. З ініціативи кафедри створене одеське наукове товариство неврологів, на засіданнях якого виступають найдосвідченіші фахівці з приводу складних клінічних випадків, актуальних тем діагностики та лікування захворювань нервової системи. Під час засідання наукового товариства використовуються матеріали електронної бібліотеки кафедри. Кількість студентів, які постійно, за особистим бажанням, відвідують засідання наукового товариства неврологів, за останні три роки прогресивно збільшується з 2 (2007 р.), 8 (2008 р.) до 12 (2009 р.).

4. Студенти запрошуються на всі науково-практичні заходи, які проводяться співробітниками кафедри (конференції, семінари тощо), де обговорюються не тільки теоретичні, а й практичні питання, що дає мож-

ливість студентам бути інформованими в нових тенденціях розвитку сучасної медичної думки, зокрема неврології.

5. Під час практичних занять, при клінічному розборі теми зі спеціальної неврології безпосередньо в палаті біля ліжка хворого, студенти особисто беруть участь в проведенні діагностичних, інколи лікувальних маніпуляцій, вивчають на практиці нюанси поводження лікаря, медичної сестри, пацієнта. Через уміло організований навчальний процес студенти знаходять своє місце в складнощах діагностично-лікувального процесу, що позитивно впливає на їх світогляд, допомагає їм визначитись зі своєю майбутньою спеціалізацією.

Враховуючи результати опитування серед студентів четвертого курсу в 2008/2009 навчальних роках, на етапах початку проходження курсу нервових хвороб та після складення останнього модуля, ми дійшли висновку, що кількість студентів, бажаючих стати в майбутньому неврологами або нейрохірургами, зростає в процесі навчання на кафедрі з 1 до 5 %.

6. Великі можливості відкрила Університетська клініка ОДМУ, з відкриттям якої покращились можливості наблизити студента до практичної роботи. Цьому сприяє низка факторів, а саме:

- більшість лікарів Університетської клініки безпосередньо входять в штат кафедр ОДМУ, що дає можливість організаційно впливати на можливість наближення студентів безпосередньо до лікувального процесу;

- можливість використати ресурси Університетської клініки ОДМУ для більш якісного вивчення роботи лікаря при всебічному обстеженні та визначенні остаточного діагнозу на всіх етапах (від диспансеризації на рівні поліклініки, діагностичного обстеження з застосуванням сучасних методик генетичного консультування та визначення генетичного поліморфізму багатьох захворювань до лікування в умовах сучасного терапевтичного, хірургічного стаціонарів згідно з прийнятими протоколами).

7. Найбільш зацікавлені в навчанні неврології студенти мають можливість брати участь у роботі наукового студентського гуртка. Робота гуртка має мету не тільки дати досвід літературного пошуку та публічного виступу з реферативною доповіддю на конференції, але й більш якісно опанувати практичні навички майбутнього невролога під час чергування в неврологічному відділенні в якості помічника чергового лікаря. В подальшому студент доповідає на засіданні гуртка клінічний приклад, з яким він зустрівся на чергуванні, клінічний протокол тактики діагностики та лікування, та свої враження від випадку.



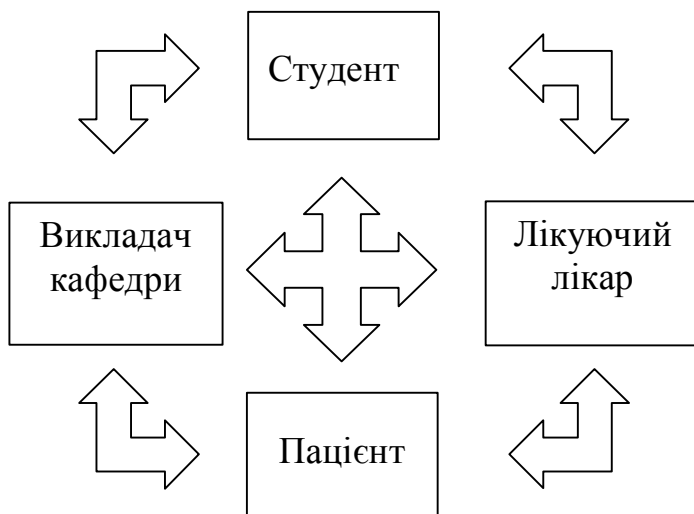
**Висновки.** На кафедрі нейрохірургії і неврології ОДМУ створена система для напрацювання практичних навичок студентами в роботі з пацієнтами, яка допомагає вирішити проблеми покращення якості навчально-лікувального процесу на кафедрі, зокрема:

1. Підвищується мотивація вивчення предмета “Неврологія” студентами-іноземцями, які високо

цінують можливість працювати безпосередньо з пацієнтом у процесі навчання.

2. Виявляє та допомагає тим студентам, які обериуть неврологію та нейрохірургію своєю фаховою спеціальністю.

3. Схема взаємодії (викладач кафедри – студент – лікуючий лікар – пацієнт) дає можливість покращити якість засвоєння навчального матеріалу.



4. Освоєння історичних надбань одеської неврологічної школи підвищує авторитет Одеського державного медичного університету, його конкурентоспроможність, як провідного медичного ВНЗ Півдня України.

5. Молоді фахівці-неврологи випускники ОДМУ впевнено себе відчують в перші роки самостійної роботи, навіть коли вони працюють на великій відстані від

провідних медичних центрів. Це обумовлено тісною співпрацею та взаємодовірливими відносинами між викладачами кафедри та студентами, які вибрали своїм майбутнім фахом неврологію. Згідно з опитуванням лікарів-неврологів, які проходять передатестаційні цикли на кафедрі нейрохірургії і неврології, 40 % з них вибрали своє спеціалізацією неврологію завдяки мотиваційному впливу викладачів кафедри.

### Література

1. Деякі особливості індивідуальної та самостійної роботи студентів-іноземців під час викладання курсу нервових хвороб / А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський [та ін.] // Медична освіта. – 2009. – № 4. – С. 25–28.

2. Власний досвід використання інформаційно-комуні-

каційних технологій у самостійній роботі студентів під час викладання курсу нервових хвороб / А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський [та ін.] // Медична освіта. – 2009. – № 4. – С. 30–33.

УДК 355.233

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

К. В. Вовк, О. В. Сокруто, Є. Я. Ніколенко

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна*

## PECULIARITIES OF TEACHING OF THE DISCIPLINE “MEDICINE OF CATASTROPHES” FOR STUDENTS OF MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS IN MODERN CONDITIONS

K. V. Vovk, O. V. Sokruto, Ye. Ya. Nikolenko

*Kharkiv National University by V. N. Karazin*

У статті доведена необхідність та доцільність вивчення дисципліни “Медицина катастроф” на додипломному етапі підготовки лікарів та наведений кафедральний досвід викладання цієї дисципліни на медичному факультеті ХНУ імені В. Н. Каразіна.

In the article it was proven a necessity and expedience of study of the discipline “Medicine of catastrophes” on the prediploma stage of doctors’ training and department experience of teaching of this discipline on a medical faculty of KhNU by V. N. Karazin was presented.

**Вступ.** Події, які відбуваються у світі, наочно демонструють, що незважаючи на високі темпи росту як економічно розвинутих країн, так і країн, що розвиваються, природні стихійні лиха завдають їм багато-мільйонних матеріальних втрат та численних людських жертв. Землетруси, пожежі, цунамі, тайфуни і т. ін. усе частіше нагадують нам про необхідність враховувати можливість їхньої появи. Поряд із природними катастрофами досить часто відбуваються регіональні збройні конфлікти, терористичні акти, в яких отримують поранення та гинуть люди [1].

Для надання безкоштовної медичної допомоги потерпілим від надзвичайних ситуацій (НС) техногенного та природного характеру громадянам, рятівникам та особам, які беруть участь у ліквідації НС, діє Державна служба медицини катастроф (ДСМК) як особливий вид державних аварійно-рятувальних служб [2].

Принципи надання медичної допомоги постраждалим у системі медицини катастроф (МК) ґрунтуються на загальних положеннях про здоров’я населення та надання йому медичної допомоги [3].

Ще М. І. Пирогов у своїх працях, які були присвячені організаційним проблемам військової медицини, показав вирішальне значення організаційної діяльності лікарського складу. Він писав: “Если врач не предло-

жит себе главной целью, прежде всего, действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется, и ни голова его, ни руки не окажут помощи”.

**Основна частина.** Цілеспрямоване вивчення дисципліни “Медицина катастроф” (екстремальної медицини) та, передусім, її найважливішого розділу – організації медичного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях (НС) в системі вищих медичних навчальних закладів на додипломному етапі дозволить в більш короткі терміни набути знань, які необхідні студентам для виконання складних та відповідальних обов’язків лікаря в майбутньому [4].

Основне завдання навчання – підготувати випускників до практичного виконання функціональних обов’язків в спеціальних формуваннях охорони здоров’я, формуваннях та закладах медичної служби цивільної оборони та служби МК відповідно до профілю факультету вищих медичних навчальних закладів.

Для лікаря знання системи лікувально-евакуаційного забезпечення населення в НС є вкрай необхідним. Це пов’язано з необхідністю швидких професійних дій в таких умовах, неприпустимості безладдя та паніки з боку медичного персоналу, що може призвести до великих людських втрат через їхні непрофесійні дії [5].

© К. В. Вовк, О. В. Сокруто, Є. Я. Ніколенко

Перші, а іноді і єдині, знання з цього напрямку лікарі отримують саме на додипломному етапі підготовки у вищих медичних навчальних закладах у системі викладання дисципліни “Медицина катастроф”.

В рамках цього предмета майбутні лікарі знайомляться з питаннями основних заходів та засобів захисту населення в НС, силами та засобами ДСМК, правовими, директивними та нормативними актами України щодо перебудови системи медичного постачання лікувальних закладів при НС, принципами лікувально-евакуаційного забезпечення в системі ДСМК, санітарно-гігієнічним та протиепідемічним забезпеченням населення в зоні НС тощо. Студенти також знайомляться із заходами щодо запобігання або зменшення ступеня ураження людей, своєчасного надання медичної допомоги потерпілим та їх лікування.

Колективом кафедри з метою вдосконалення навчального процесу було розроблено тестові завдання для кожної теми (по 30 завдань), ситуаційні задачі (як для одного студента, так і для групи в цілому з розподілом ролей – ролеві ситуаційні задачі). Згідно з змістом задач першого рівня складності залежно від конкретної НС студент повинен визначити тип та важкість ушкодження, зробити сортування постраждалих, послідовність евакуаційних засобів, визначити тип лікувально-профілактичного закладу, куди потрібно евакуювати потерпілого. Щодо задач другого рівня складності, то вони містять завдання стосовно безпосереднього надання долікарської та першої медичної допомоги в осередку НС. Задачі третього рівня складності стосуються організації

роботи як бригад, що перші прибули до осередку НС, так і бригад першої та другої черги швидкої медичної допомоги. Задачі четвертого рівня стосуються алгоритму надання медичної допомоги постраждалим в НС.

**Висновки.** Отримання вищої освіти припускає підготовку фахівця, який надалі може зайняти керівну посаду організатора підрозділу, у підпорядкуванні якого будуть знаходитися люди. Стосовно студентів-медиків це є можливість стати в подальшому завідувачем відділення, заступником головного лікаря або головним лікарем лікувального закладу, у веденні якого знаходяться не тільки медичні працівники, але й хворі, які лікуються в цьому закладі. Рішучість дії керівника, самовладання і впевненість у складній обстановці НС мирного або воєнного часу допомагають підлеглим у цих умовах виявляти витримку і мужність, зміцнюють почуття обов'язку.

Отже, знання планування та використання існуючих сил та засобів закладів охорони здоров'я незалежно від їх форм власності дозволить майбутнім лікарям не тільки самим правильно діяти в надзвичайній обстановці, але й впевнено керувати діями підлеглих.

Таким чином, вивчення дисципліни “Медицина катастроф” у системі вищої медичної освіти сприяє підготовці кваліфікованих фахівців-лікарів, які здатні виконувати свої професійні обов'язки не тільки в умовах мирного часу, але й в НС, що дозволить зменшити людські втрати та запобігти розвитку санітарної катастрофи.

### Література

1. Камбалов М. Н. О необходимости совершенствования организации преподавания дисциплины “Медицина экстремальных ситуаций” при подготовке офицеров медицинской службы запаса / М. Н. Камбалов, С. А. Анашкина // Военная медицина. – 2008. – № 1. – С. 15–16.
2. Про створення Державної служби медицини катастроф : Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 343. – К., 1997. – 3 с.
3. Медицина катастроф / Грідасов В. І., Ковальов В. М.,

Катрич М. В. та ін.] – Х. : НфаУ, 2002. – 294 с.

4. Особенности преподавания медицины катастроф в медицинском вузе / С. В. Флюрик, В. М. Ивашин, В. Н. Корабач, А. Н. Глебов // Совершенствование системы подготовки военных кадров на военном факультете : матер. II военно-научной конф. – Гродно, 2008. – С. 113–117.

5. Якімов Ю. М. Медицина катастроф : навчально-методичний посібник / Якімов Ю. М., Савченко В. М., Радченко Ю. В. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2006. – 156 с.

УДК 577-(07.07):378.4

## МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЕЛЕКТИВНОГО КУРСУ “СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ МОЛЕКУЛЯРНОЇ БІОЛОГІЇ” У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ

Т. І. Шевчук, Р. П. Піскун, С. М. Горбатюк, О. О. Ніколаєнко

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова*

## METHODOLOGICAL ASPECTS OF TEACHING THE ELECTIVE COURSE “MODERN PROBLEMS OF MOLECULAR BIOLOGY” AT A HIGHER MEDICAL INSTITUTION

T. I. Shevchuk, R. P. Piskun, S. M. Horbatiuk, O. A. Nikolayenko

*Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov*

У даній статті розглядаються особливості методології викладання елективного курсу “Сучасні проблеми молекулярної біології” на кафедрі медичної біології. Досліджується процес отримання знань і умінь з молекулярної біології і вказується на необхідність застосування сучасних методик викладання з метою удосконалення якості професійної підготовки майбутніх лікарів.

The main characteristics of methods of teaching the elective course “Modern problems of molecular biology” at the Modern Biology Department are reviewed in the article. The process of knowledge and skills gaining in molecular biology is studied. The necessity of application of modern methods of professional preparation of future doctors is emphasized.

**Вступ.** Сьогодні відмічається бурхливий розвиток молекулярної біології, яка ставить перед собою завдання пізнання природних явищ життєдіяльності шляхом вивчення біологічних об’єктів і систем на молекулярному рівні. За останні 10–15 років в галузі молекулярної біології та генетики було зроблено революційні відкриття, які дозволили вивчити етіологію та патогенез найпоширеніших захворювань людини на молекулярно-генетичному рівні, розробити високочутливі методи діагностики, визначити підходи до лікування і профілактики багатьох патологій людини [1].

На сьогодні суттєво розширились наші уявлення про структуру та функціонування генома, стали відомі механізми матричного синтезу і біосинтезу білків, механізми регуляції активності генів в онтогенезі людини, проведено секвенування генома людини та інших ссавців, можливе ізолювання, хімічний і біологічний синтез певних генів поза організмом, а також перенесення генів з одного організму в інший.

Ці та інші відкриття створили реальну базу для розробки методів молекулярної діагностики, патогенетичного та етіотропного лікування не лише спад-

кових патологій людини, а й мультифакторних, інфекційних, онкологічних. Це також сприяє подальшому прогресу таких напрямків, як онкогенетика, фармакогенетика і екогенетика. Все більшого поширення набувають технології, розроблені на основі об’єднання досягнень інформатики і молекулярної генетики – так звані мікрочіпові технології [2].

Вказані фактори зумовлюють необхідність впровадження такої дисципліни, як молекулярна біологія, у навчальний процес у вищому медичному закладі, а також вказують на потребу отримання студентами-медиками сучасних знань, які не лише розширюють загальну освіченість, але й дадуть можливість використовувати їх у майбутній лікарській практиці.

**Основна частина.** Завданням дослідження є вдосконалення викладання молекулярної біології з метою підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів.

Об’єктом педагогічного методичного дослідження є процес набування знань, вмінь і навичок з молекулярної біології студентами, що навчаються на першому курсі Вінницького національного медичного університету.



Курс за вибором “Сучасні проблеми молекулярної біології” розроблений для вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації і включений в навчальний план підготовки фахівців за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія” та “Медико-профілактична справа”. Його вивчення здійснюється на I курсі у вигляді окремої дисципліни. Навчальна програма елективного курсу включає 90 годин, з них 14 годин практичних занять, 16 годин лекцій і 60 годин самостійної роботи студентів [3]. На кафедрі медичної біології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова вивчення елективного курсу “Сучасні проблеми молекулярної біології” було вставлено в графік між другим і третім модулем основної дисципліни “Медичної біології”, оскільки даний курс базується не лише на знаннях, отриманих студентами у загальноосвітній школі, а й на попередньо вивчених розділах цитології та медичної генетики [4].

Для успішного забезпечення навчального процесу співробітниками кафедри підготовлені необхідні матеріали методичного забезпечення занять. З цією метою розроблені тексти лекцій, які розкривають в повному обсязі проблемні питання відповідних розділів згідно з програмою. Викладення лекційного матеріалу супроводжується мультимедійною презентацією, що покращує сприйняття інформації. До кожного практичного заняття створені методичні вказівки з урахуванням необхідних моментів, що забезпечують педагогічно грамотну організацію навчального процесу на всіх його етапах.

Високий рівень мотивації студентів до теми є важливою умовою сприйняття, запам'ятовування, осмислення навчального матеріалу і подальшого його використання у професійних ситуаціях. Тому викладач повинен володіти переконливими даними, що свідчать про значимість теми, її роль і місце в подальшій професійній діяльності. Саме з актуальності теми починається кожна методична розробка.

Важливим методичним моментом є постановка навчальних цілей заняття, які мають бути нерозривно пов'язані з позитивною мотивацією. Навчальні цілі залежно від рівня засвоєння поділяються на чотири групи. На першому рівні студент повинен бути спроможним впізнавати матеріал при повторному сприйманні, при цьому повноцінного відтворення матеріалу не передбачається. Методом контролю на першому рівні є використання тестів першого рівня складності з одиначною вибірковою відповіддю. Другий рівень засвоєння передбачає детальне відтворення змісту теоретичного матеріалу та використання його в рішенні

типових задач. Для контролю другого рівня використовують тести із множинним вибором, або тести “на підстановку” чи з відповіддю, що сама формулюється, або тести, що передбачають визначення правильної послідовності дій, або тести на знаходження співвідношення між елементами двох рядів. Також методом контролю засвоєння знань другого рівня є задачі другого рівня (типів). Третій рівень передбачає формування системи професійних вмінь та навичок і досягається шляхом тренінгу та рішенням нетипових ситуаційних задач. На четвертому (творчому) рівні частіше має місце суб'єктивна творчість, яка полягає у самостійному відкритті студентом нових для нього, але вже відомих науці, даних [5].

Для контролю засвоєння матеріалу на кафедрі розроблені тести з одиначною відповіддю (тести вихідного рівня), тести з множинним вибором, а також тести кінцевого рівня знань, які виконують не лише контролюючу функцію, а й навчальну. Створені задачі другого та третього рівнів також мають активну пізнавальну функцію, оскільки утримують певні вихідні дані, які поглиблюють інформацію, створюючи передумови для правильного вибору рішення конкретної ситуації.

До кожного практичного заняття здійснений відбір та структурування змісту навчального матеріалу на основі виділення основних його елементів і визначення логічного зв'язку між цими елементами. Так, зміст матеріалу заняття поділений на інформаційні блоки, а кожний блок в свою чергу складається з головних елементів. Крім того, в кожній методичній розробці обов'язково наявні схеми логічної структури змісту теми заняття, які є графічним відображенням основних змістовних елементів теми і логічних зв'язків між ними. Такі схеми дозволяють краще осмислити і зафіксувати в пам'яті основний матеріал і, при необхідності, його деталізувати або доповнити.

Організаційна структура практичного заняття передбачає наявність трьох його етапів: підготовчого, основного і заключного. Підготовчий етап включає в себе організаційні заходи, постановку навчальних цілей, створення позитивної пізнавальної мотивації та контроль теоретичної і практичної підготовки за темою заняття. Це досягається шляхом перевірки вихідного рівня знань за допомогою тестів та усного обговорення теоретичних питань у вигляді дискусії.

Важливу роль у професійному становленні майбутнього медика відіграє основний етап, оскільки саме на цьому етапі формується система професійних навичок і вмінь. Для забезпечення даного етапу навчання розроблені задачі різних рівнів складності, а

також алгоритми та інструкції до самостійної навчально-дослідницької роботи студентів.

Заключний етап практичного заняття передбачає контроль і корекцію рівня професійних умінь і навичок шляхом перевірки індивідуальних програмованих завдань. Крім того, даний етап включає оцінювання успішності студентів та визначаються завдання для самостійної теоретичної підготовки з наступної теми.

Самостійна робота студентів займає вагому частку при вивченні молекулярної біології. Основною формою самостійної роботи є написання рефератів на задану тематику, або висвітлення тих питань, які найбільше зацікавили студента в процесі вивчення предмета. Для виконання такої роботи студент повинен самостійно поглиблено вивчити певну проблему, опрацювати багато літературних джерел, правильно відібрати матеріал, підготувати доповідь та створити ілюстративний матеріал у вигляді прозірок чи слайдів. Така позааудиторна діяльність нерідко вилітається в цікаву студентську наукову роботу, яка

не обмежується виступом на засіданні науково-дослідного гуртка кафедри, а доповідається на студентських науково-практичних конференціях, публікується в журналах чи збірниках.

**Висновки.** Таким чином, в умовах бурхливого розвитку молекулярної біології, біотехнології та генетики впровадження в навчальний план підготовки майбутніх медиків елективного курсу “Сучасні проблеми молекулярної біології” є необхідним і логічним. Для підвищення якості професійної підготовки лікарів, для формування профілактичного мислення необхідна правильна організація проведення практичного заняття, вироблення у студентів мотивації до вивчення предмета, використання різних форм і методів навчання, забезпечення наочними матеріалами, створення орієнтовних карт для самостійної роботи з літературою. Завдяки вдосконаленим методикам викладання студенти набувають необхідних знань та умінь з молекулярної біології, які знайдуть своє застосування в майбутній лікарській практиці.

#### **Література**

1. Медицинская генетика / под ред. Н. П. Бочкова. – М. : Мастерство, 2001. – 525 с.
2. Медична генетика : підручник для вузів / В. М. Запорожан, Ю. І. Бажора, А. В. Шевеленкова, М. М. Чеснокова. – Одеса : Одес. держ. мед. університет, 2005. – 260 с.
3. Сучасні проблеми молекулярної біології. Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації. – Київ, 2005. – 15 с.

4. Викладання медичної генетики в медичному вузі в світлі Болонського процесу / Р. П. Піскун, О. О. Ніколаєнко, А. А. Вашук [та ін.] // Фактори експериментальної еволюції організмів : збірник наук. пр. – Київ, 2010. – С. 494 – 499.
5. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник) / В. Є. Мілерян. – Київ : Хрещатик, 2006. – 80 с.

УДК 37.0882

САМОСВІДОМІСТЬ ЯК СКЛАДНИК МОВНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ  
ОСОБИСТОСТІ

М. І. Бобак, С. В. Бондаренко, В. Й. Кульчицький, М. Л. Кушик, Г. Б. Паласюк,  
Г. О. Попадинець, І. А. Прокоп, А. М. Пришляк, Т. В. Саварин, В. Я. Юкало  
*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

SELF-CONSCIOUSNESS AS A COMPONENT OF LINGUISTIC  
COMPETENCE OF A PERSONALITY

M. I. Bobak, S. V. Bondarenko, V. Y. Kulchytskyi, M. L. Kushyk, H. B. Palasiuk,  
H. O. Popadynets, I. A. Prokop, A. M. Pryshliak, T. V. Savaryn, V. Ya. Yukalo  
*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

У статті розглянута проблема самосвідомості як складника мовної компетенції особистості. Аналізується значення самосвідомості як центрального утворення, без якого людина не може стати особистістю. Висвітлюється громадянська свідомість та самосвідомість, що є однією із найважливіших складових психологічної структури особистості. Зосереджена увага на питанні зв'язку мови з мисленням людини, її внутрішнім світом та культурними цінностями. Обговорюються основні шляхи формування мовної компетенції особистості. Визначено головні ознаки мовної особистості. Окреслюється мета формування гармонійної, високо розвинутої свідомості й самосвідомості мовної особистості.

The article adduces the problem of self-consciousness as a component of linguistic competence of a personality. The notion of self-consciousness as central formation, without which a human being cannot become a personality, is analyzed. Civic consciousness and self-consciousness, which is one of the important components of psychological structure of a personality are described. A special attention is paid to the question of language and thinking relation, inner world and cultural values of a man. The basic ways of creating a personal language competence are discussed. The main features of linguistic personality are determined. The aim of formation of harmonious highly developed consciousness and self-consciousness of a linguistic personality is described.

**Вступ.** Тільки розвинута духовність може стимулювати продуктивну діяльність особистості бути гарантом морального і фізичного здоров'я народу. А формування особистості невіддільне від мовного розвитку, адже мова є носієм і виразником духовності індивіда і суспільства. Тому дуже важливим завданням усіх рівнів освіти в державі є формування духовної, інтелектуальної особистості, відповідальної за мовний вчинок, – справжнього громадянина України.

**Основна частина.** Розвинена мова людини — не тільки форма думки, а й сама думка, супутник мислення, свідомості, джерело пам'яті. Виходячи з настанов павловської класифікації типів вищої нервової діяльності, наявних теоретичних розробок в галузі психології і психолінгвістики і, головне, багаторічних спостережень у сфері практичної мови людей різних професій, різного рівня освіти, інтелектуальності, загальної культури, трудової діяльності, емоційності тощо. І. Білодід у праці “Людина і її мова” висловив ряд міркувань щодо класифікації людської мови за типами пси-

хічних механізмів усного і писемного спілкування. Аналізуючи основні типи мовлення, науковець активно оперує поняттям “мовної особистості”: “В загальному плані мовно-психічного механізму норма, комплекс, коло мовних асоціацій, узвичаєних у практиці даного мовного колективу, тобто багатство системи асоціацій певної національної мови, певної культури народу, зумовлюються всім суспільним і інтимним життям мовця; адже кожна мовна особистість більшою чи меншою мірою володіє асоціаціями побутовими, загальнокультурними, професійними, науковими, різного роду ремінісцентними (історія, лінгвістика, мистецтво, міфологія тощо). Створення ширшого чи вужчого діапазону асоціацій, уявлень зумовлюється освітою, вихованням, культурою індивідуума; активність і цілеспрямованість їх використання — цери психічного механізму мовлення, тобто діяльності мозку, зокрема пам'яті...” [1].

Різноманітна щодо індивідуальних особливостей людська мова у своєму внутрішньому механізмі зу-

© М. І. Бобак, С. В. Бондаренко, В. Й. Кульчицький та ін.

мовлена соціальними чинниками формування особистості, середовищем, в якому людина виховується, здобуває освіту, розвивається, виробляє певні навички, риси соціальної поведінки, характеру. У перші десятиліття XIX ст. В. Гумбольдт започаткував напрямок досліджень, який розробляв питання зв'язку мови з мисленням людини, її внутрішнім світом та культурними цінностями. В науці цей напрямок одержав назву антропоцентричного, що підкреслювало пріоритети психологічного й етносоціологічного елементів та концентрацію уваги на людській особистості як носії та творцеві мовної картини світу.

Історик культури й критик, лінгвіст Д. Овсянико-Куликовський писав, що рідна мова — музика й малюнок душі людської. Саме в мові учений вбачав найголовнішу ознаку явища національності як об'єднання людей “на ґрунті спільної мови, що досягла певної висоти розвитку і стала психічною основою для колективної розумової діяльності... В подальшому, крізь віки культурного розвитку, національність разом з мовою перетворюється в ту психологічну форму особистості, яка надає їй своєрідного душевного складу, здійснюється у сферу вищу, всевладну над думкою і над чуттям, у сферу моральну” [2]. Розробку психологічного напрямку в українському мовознавстві продовжив І. Огієнко. Підвалини такого підходу були обґрунтовані ним у праці “Українська культура”: “Мова — це наша національна ознака, в мові — наша культура, ступінь нашої свідомості. Мова — це форма нашого життя, життя культурного й національного, це форма національної організації. Мова — душа кожної національності, її святощі, її найцінніший скарб... Звичайно, не сама по собі мова, а мова, як певний орган культури, традиції. В мові — наша стара й нова культура, ознака нашого національного визнання. Мова — це не тільки простий символ розуміння, бо вона витворюється в певній культурі, в певній традиції. В такому разі мова — це найясніший вираз нашої психіки, це найперша сторожа нашого психічного Я...” [3]. Як бачимо, мовна особистість у праці І. Огієнка постає в образі “психічного Я”. У “Науці про рідномовні обов'язки” вчений зауважує, що про духовну зрілість окремої особи і цілого народу судять насамперед з культури його літературної мови. “Головний рідномовний обов'язок кожного свідомого громадянина — працювати на збільшення культури своєї літературної мови” [4].

Як відомо з психології, головною ознакою особистості є наявність свідомості і самосвідомості. Тоді головна ознака мовної особистості — наявність мовної свідомості і мовної самосвідомості. Поняття мов-

но-національної свідомості наближається до таких понять, як мовна картина світу, стратегія і тактика мовної поведінки. Говорячи про мовну свідомість особистості, ми повинні мати на увазі ті особливості мовної поведінки індивідуума, які визначаються комунікативною ситуацією, його мовним і культурним статусом, соціальною належністю, статтю, віком, психічним типом, світоглядом, особливостями біографії та іншими константними і змінними параметрами особистості.

Громадянська свідомість та самосвідомість є однією із найважливіших складових психологічної структури особистості. В ній віддзеркалюється індивідуальне суб'єктивне ставлення людини до суспільних явищ, до системи наявних суспільних цінностей, що виступають для конкретного індивіда як об'єктивна реальність, що може за певних умов трансформуватися у власні, суб'єктивно значущі ціннісні орієнтації особистості. Важливу роль у становленні громадянської свідомості та самосвідомості особистості відіграє усвідомлення нею своєї належності до певного етносу, нації. Усвідомлення такої належності є основою виникнення етнічної, а на певних етапах розвитку спільноти чи суспільства — національної свідомості та самосвідомості особистості. Щоб збагнути роль цього феномена у громадянському становленні особистості, треба розкрити його психологічну, соціально-психологічну сутність. Відомо, що проблема самосвідомості є однією з найважливіших у дослідженні особистості. Адже самосвідомість є тим центральним утворенням, без якого людина не може стати особистістю.

Тут варто згадати думку видатного психолога С. Рубінштейна про самосвідомість та її особливу роль у визначенні сутності особистості, зокрема, у детермінації змісту та спрямованості соціальної активності та самоактивності людини. Говорячи про таку вельми суттєву характеристику людини, як відповідальність, учений підкреслював, що “Останнє, завершальне питання, яке постає перед нами у плані психологічного вивчення особистості, це питання про її самосвідомість, про особистість як “Я”, котре як суб'єкт свідомо присвоює собі все, що робить людина, відносить до себе всі, що виходять від неї справи та вчинки і свідомо бере на себе за них відповідальність як їх автор і творець. Проблема психологічного вивчення особистості не закінчується вивченням психічних властивостей особистості — її здібностей, темпераменту та характеру; вона завершується розкриттям самосвідомості особистості”.

Досить тільки нагадати той незаперечний факт, що самосвідомість не лише результат, а й передумова



розвитку свідомості і навпаки. Уже з короткого екскурсу у загальні питання самосвідомості неважко пересвідчитися, наскільки багатограним, складним і, що найголовніше, визначальним для суті особистості феноменом є її самосвідомість. Більш зрозумілою і переконливою бачиться виняткова роль самосвідомості, коли йдеться про певні соціальні, суспільні, зокрема, громадянські характеристики людини – людини-громадянина, патріота, особистості, яку хвилює доля спільноти, доля нації, з якою вона себе ідентифікує. Цілком зрозуміло, що такі позитивні характеристики громадянської сутності можуть бути притаманні лише особистостям з високим рівнем розвитку національної свідомості та самосвідомості.

Передусім слід підкреслити, що для самосвідомості, об'єктом якої є характеристики людини як носія певних етнічних, національних особливостей, рис, властивостей, притаманні всі, що вже були згадані вище структурні компоненти самосвідомості: самооцінка, соціально-психологічні очікування, “образ Я” [5].

Неперервна мовна освіта має бути орієнтована на формування мовної особистості, що забезпечує розширення функцій державної мови, творення україномовного середовища в усіх сферах суспільного життя, природне бажання повернутися у своєму щоденному побутовому спілкуванні до перерваних родинних традицій, до відродження традиційної народної культури у спілкуванні, що прагне до вироблення зразків висококультурного інтелігентного спілкування шліфованою, нормованою, літературною мовою.

Національній самосвідомості конкретної особистості, як і самосвідомості усіх; представників нації, з якою ця особистість себе ідентифікує, притаманне прагнення до самовираження і самореалізації своєї національної сутності, неповторності, потреба зайняти гідне місце серед інших національних спільнот та зробити помітний внесок у розвиток людської історії. Цілком зрозуміло, що прагнення кожної нормальної, цивілізованої національної спільноти до виявлення та реалізації своїх національних своєрідних особливостей органічно поєднується із потребою виявляти та розвивати в собі загальнолюдські характеристики.

У гармонійній, високо розвиненій свідомості й самосвідомості людини можна відокремити низку тісно взаємопов'язаних елементів, що загалом забезпечують належний рівень ефективного функціонування цього дуже складного і важливого системного утворення у сфері духовності особистості. Одним з таких елементів, а водночас і чинників, що зумовлюють виникнення, функціонування та розвиток націо-

нальної самосвідомості, є національна ідентифікація, тобто усвідомлення людиною своєї належності до певного етносу, нації, усвідомлення своєї близькості з нацією, спорідненості з нею.

Є ще одна невід'ємна властивість мовця, одна з обов'язкових його характеристик. Йдеться про любов кожної людини до своєї мови. Це почуття живе глибоко в душі кожного носія мови, як один із виявів любові до Батьківщини.

Відомо, що моральні цінності, їх дієвість виявляються перш за все у спілкуванні людей, у їх взаємному ставленні, у ставленні кожної людини до себе самої. Водночас моральні цінності визначають сутність ставлень людини до будь-яких інших явищ і детермінують характер усієї сфери людської життєдіяльності. Чи не найбільшою мірою це стосується ставлення людини до праці. Усвідомлення працелюбства як вищої моральної цінності є одним з найсуттєвіших свідчень високої духовності людини. Той, хто збагнув цю істину, ставиться до праці не лише як до засобів забезпечення матеріального достатку, а й усвідомлює благотворний вплив праці на людину, на розвиток її здібностей, волі, характеру. Він вбачає в праці невичерпне джерело натхнення, мук і радощів творення, творчих злетів. Людина, яка знаходиться на високому рівні свого особистісного і, зокрема, громадянського розвитку, неодмінно відзначається сформованістю громадянських цінностей, серед яких особливе місце посідають ті, що є визначальними у структурі національної свідомості та самосвідомості.

**Висновок.** Отож, найбільшою цінністю є патріотизм, що втілюється у самовідданій любові до рідної землі, її народу, Батьківщини. Особистість, яка є патріотом, уболіває за долю Вітчизни, переживає дієву потребу віддавати всі свої сили служінню співвітчизникам, своїй нації. Почуття відповідальності за сучасне й майбутнє нації, держави є для неї реальним виявом громадського обов'язку. Вона прагне збагнути як величні, героїчні етапи в історії Батьківщини, так і причини появи періодів трагічних занепадів і зумовлені цим страждання народу. З шаною ставиться до видатних людей, національних героїв, які жертовно служили своєму народові, збагачували його культуру, науку, примножували внесок Вітчизни у скарбницю світової цивілізації. Не буде перебільшенням, якщо сказати, що серед громадянських цінностей чи не найважливіше значення має усвідомлення особистістю виняткової ролі у житті людини, суспільства, держави мови, у якій на генетичному рівні втілюється ментальність народу, його поступ, сподівання, віра та воля.

## Література

1. Єрмоленко С. Я. Нариси з української словесності: стилістика та культура мови / С. Я. Єрмоленко. – К. : Довіра, 1999. – С. 245.
2. Мельничайко В. Я. Мовний розвиток особистості: завдання і засоби / В. Я. Мельничайко // Мовна освіта в контексті завдань української середньої і вищої школи : матеріали науково-практичної конференції. – Тернопіль, 1995. – С. 3 – 11.
3. Огієнко І. Українська культура / І. Огієнко. – К., 1992. – С. 346.
4. Огієнко І. Наука про рідномовні обов'язки. Рідномовний Катехізис для вчителів, робітників пера, духовенства, адвокатів, учнів і широкого громадянства / І. Огієнко // Слово. – 1991. – Ч. 13. – Липень. – С. 4 – 5.
5. Система виховання національної самосвідомості учнів загальноосвітньої школи. Методичний посібник для вчителів / за ред. академіка Д. О. Тхоржевського. – К., 1999. – С. 134.

УДК 37.041:37.026

## САМОНАВЧАННЯ ЯК МОТИВАЦІЙНА СКЛАДОВА ЯКІСНОЇ ОСВІТИ

Л. Р. Шостакович-Корецька, В. В. Маврутенков, А. В. Чергінець, І. В. Будаєва,  
О. М. Якуніна, О. В. Шевельова*Дніпропетровська державна медична академія*SELF-EDUCATION AS A MOTIVATION COMPONENT OF HIGH  
QUALITY EDUCATIONL. R. Shostakovych-Koretska, V. V. Mavrutenkov, A. V. Cherhinets, I. V. Budayeva,  
O. M. Yakunina, O. V. Sheveliova*Dnipropetrovsk State Medical Academy*

У роботі надано аналіз анонімного анкетування 344 респондентів студентів старших курсів медичного факультету, інтернів та лікарів для визначення якості регулярної самостійної теоретичної професійної підготовки. Доведено, що більшість студентів та лікарів не мають “звички” до самостійної теоретичної професійної підготовки, що відображає низьку мотивацію до якісного навчання. Головним засобом самостійної професійної освіти для студентів та інтернів є інтернет (48,5 %), і тільки 25 % респондентів користуються з цією метою друкованою фаховою літературою.

The analysis of anonymous questionnaire of 344 respondents – senior students of medical academy, interns and doctors was performed in the research with the goal of determining of the quality of regular self-performed theoretical professional education. It was shown that most of the students and doctors do not have “habit” of self-performed theoretical professional education, which reflects low motivation to high-quality education. The main source for self-performed professional education for students and interns is internet (48,5 %), and only 25 % of the respondents use printed specialized literature for this goal.

**Вступ.** Освіта є результатом навчання, тому реформа вищої освіти, яка розпочалась в Україні, спрямована, насамперед, на зміну у дидактичному (навчальному) процесі. Але виникає питання, яка роль в цій реформі належить головному об'єкту педагогіки – студенту, роль “глини” або “каталізатора” навчального процесу? Це не риторичне запитання, оскільки процес навчання є специфічно організованим взаємодійством, при якому відбувається передача теоретичних знань та практичних навичок від викладача

студенту з метою формування останнього як освіченої людини.

Суть дидактичного процесу, на наш погляд, достатньою мірою висловлює така формула (В. П. Безпалько):

$$ДП = М + А\phi + А\kappa, \text{ де}$$

ДП – дидактичний процес, М – мотивація студента до навчання, Аφ – алгоритм функціонування (навчально-пізнавальна діяльність студента), Аκ – алгоритм керівництва (діяльність викладача по керів-

© Л. Р. Шостакович-Корецька, В. В. Маврутенков, А. В. Чергінець та ін.

ництву навчанням), яка демонструє, що мотивація студента до навчання є атрибутною складовою якісної освіти. Однією з ознак, що дозволяє оцінити мотивацію студентів до якісного навчання, можна вважати наполегливість у самостійній позааудиторній роботі. Таким чином, визначення мотиваційних зусиль до навчання є актуальним аспектом у галузі психології та прикладної педагогіки [1–4].

Метою даної роботи було оцінити якість самостійної позааудиторної роботи у процесі підготовки медичного фахівця.

**Основна частина.** Нами проведено анкетування 367 респондентів, з яких 190 студентів п'ятого та 140 – шостого курсів медичного факультету бюджетної та контрактної форми навчання, 14 інтернів-педіатрів, а також 23 лікарі-інфекціоністи.

Анкету було розроблено власноруч авторами дослідження. Вона містила такі відомості про респондента, як вік, стать, курс навчання (фах спеціаліста) та запитання: орієнтир у виборі професії лікаря; назва

фахової книги, яку читає або прочитав за останній місяць; назву фахової журнальної статті, яку читає або прочитав за останній місяць; фаховий сайт(и), яким користується респондент; знання іноземної мови; яку лікарську спеціальність обрано; оцінка викладання та організації навчального процесу на кафедрі (незадовільно, задовільно, добре, відмінно).

Анкетування відбувалось анонімно, виключно серед громадян України на добровільних умовах. Серед студентів анкетування проводилось тільки по закінченню навчання на кафедрі та отримання студентом залікової оцінки.

Результати анкетування показали, що в гендерному аспекті серед респондентів переважали жінки (3,3:1), а середній вік з числа студентів та інтернів становив 23 роки, серед лікарів-інфекціоністів – 47 років.

Аналіз відповідей показав, що пріоритетом в обранні професії лікаря для більшості респондентів був соціальний статус професії (табл. 1).

**Таблиця 1.** Мотиви, що вплинули на професійну орієнтацію

Контингент респондентів	Соціальний статус професії	Фінансова зацікавленість	Мрія дитинства	Інше
Студенти 5 курсу (190)	138 (72,6 %)	15 (7,9 %)	25 (13,2 %)	12 (6,3 %)
Студенти 6 курсу (140)	74 (52,8 %)	33 (23,6 %)	13 (9,3 %)	20 (14,3 %)
Лікарі-інтерни (14)	5 (35,7 %)	3 (21,4 %)	5 (35,7 %)	1 (7,2 %)
Разом: 344	217 (63,1 %)	51 (14,8 %)	43 (12,5 %)	33 (9,6 %)

Причому 66,8 % студентів V курсу та 80 % студентів VI курсу медичного факультету вже визначились з обраним профілем (спеціалізацією) майбутньої роботи. Отримані факти вказують на те, що у нашому суспільстві, попре все, серед молоді, яка прагне до отримання вищої освіти, домінують моральні цінності та соціальна значимість майбутньої професії. Визначеність з фахом майбутньої лікарської професії у переважній більшості респондентів в поєднанні з соціальною спрямованістю професійної орієнтації дає всі підстави очікувати відповідальне ставлення до навчання.

Визначення реального ставлення студента до навчання, як єдиного шляху досягнення головної мети – отримання якісної освіти, яка гарантує соціальні перспективи і професійну здатність, на наш погляд, мож-

ливо через призму “звички” до читання додаткової літератури у вільний час. Причому ми не враховували читання підручника або навчального посібника з дисципліни в період навчання на кафедрі. Тому в анкетах було зроблено наголос на конкретні посилення щодо книги, журнальної статті та спеціалізованих медичних сайтів, які базуються на принципах доказовості, а також знання іноземної мови. Результати опитування в цьому ракурсі, на жаль, не виправдали сподівань щодо наполегливості в самостійній освіті, як з боку студентів та інтернів, так і “кваліфікованих” лікарів (табл. 2).

Так, 75 % респондентів із загального числа опитаних не мають навичок щодо регулярного читання книг. Особливо невтішним є той факт, що тільки

**Таблиця 2.** Показники професійної самоосвіти

Контингент респондентів	Прочитано за попередній місяць		Використання інтернет-ресурсів	Володіння іноземною мовою
	книга	журнальна стаття		
Студенти 5 курсу (190)	48 (25,3 %)	7 (3,7 %)	112 (58,9 %)	58 (30,5 %)
Студенти 6 курсу (140)	30 (21,4 %)	9 (4,3 %)	48 (34,3 %)	45 (32,1 %)
Лікарі-інтерни (14)	1 (7,1 %)	2 (14,2 %)	6 (42,9 %)	5 (35,7 %)
Лікарі-інфекціоністи (23)	9 (39,1 %)	7 (30,4 %)	1 (4,3 %)	3 (13,0 %)
Разом: 367	88 (23,9 %)	25 (6,8 %)	167 (45,5 %)	111 (30,2 %)

близько 10 % лікарів-інтернів читають фахові книги з медицини. Поясненням щодо причин відсутності “звички читати” книги з боку студентів та лікарів зводилось, насамперед, до “недостатності” часу, великої вартості книг та швидкої втрати з часом актуальності наданої інформації, а також використання інтернет-ресурсів. Ще більш драматично виглядає відсутність “звички” регулярно читати фахові видання майже у всіх респондентів (93 %). Перешкодами до використання періодичної фахової літератури в якості професійної самоосвіти, згідно з думкою більшості студентів та лікарів, були майже ті ж самі причини: недостатність часу для відвідування бібліотеки та роботи в читальному залі, а також вартісна підписка на журнали та використання інтернет-ресурсів. Відносно більша кількість читання періодичної фахової літератури “кваліфікованими” лікарями пояснюється активністю фармацевтичних компаній та фірм, які розповсюджують дані щодо власної продукції шляхом безкоштовного надання медичних журналів, в яких міститься корпоративна інформація. Психологи в галузі педагогіки відмічають вкрай важливе значення звички щодо регулярного читання літератури, як головного засобу формування творчих та професійних здібностей людини. Процес читання з точки зору нейрофізіології є великою інтелектуальною роботою, внаслідок якої у нашому мозку виникають нові асоціативні зв'язки, розвивається воля та пам'ять, а також формуються основи суто людських

концепцій, наприклад, моралі. Як зазначалось вище, однією з головних об'єктивних причин, що обумовлюють зниження інтересу студентів до використання книг та журналів в якості засобів самоосвіти, є існування інтернет-ресурсів. В підтвердження цьому є той факт, що кількість студентів та інтернів, що використовують інтернет, в 10 разів вище, ніж серед “кваліфікованих” лікарів. Але незважаючи на цей факт, кількість студентів та інтернів, які використовують інтернет з метою професійної самоосвіти, досить мала і складає менше 50 %. Аналіз “якості” вказаних студентами медичних сайтів, якими вони користуються для професійної самоосвіти, показав, що усі вони були російськомовними і досить часто не відповідали принципам доказової медицини. Також в жодному випадку респондентами не була вказана іноземна література або іноземний сайт, що, ймовірно, пов'язано з низьким рівнем вільного володіння європейськими іноземними мовами серед студентів і інтернів.

Виявилось, що причини низької активності студентів та лікарів-інтернів щодо самостійної професійної позааудиторної роботи не пов'язані з недоліками в іншій складовій дидактичного процесу (ДП) – алгоритму керівництва (Ак), тобто організації навчально-методичного процесу. Про це свідчать результати опитування, де близько 90 % студентів та лікарів-інтернів оцінили організацію навчально-методичного процесу на кафедрі як добру або відмінну (табл. 3).

**Таблиця 3.** Оцінка викладання та організації навчального процесу на кафедрі

Контингент респондентів	Незадовільно	Задовільно	Добре	Відмінно
Студенти 5 курсу (190)	0	19 (10,0 %)	75 (39,5 %)	96 (50,5 %)
Студенти 6 курсу (140)	0	12 (8,6 %)	74 (52,8 %)	54 (38,6 %)
Лікарі-інтерни (14)	0	7 (50,0 %)	6 (42,9 %)	1 (7,1 %)
Разом: 344	0	38 (11,0 %)	155 (45,1 %)	151 (43,9 %)

Таким чином, за результатами нашого дослідження можна зробити висновок, що студенти V та VI курсів медичного факультету, а також лікарі-інтерни та лікарі не мають “звички” до самостійної теоретичної професійної підготовки, що відображає низьку мотивацію до якісного навчання. Підвищення мотивації до якісного навчання, на нашу думку, можливо за рахунок таких заходів: по-перше, дотримання плану навчальної дисципліни; по-друге, ерудицією і педагогічною майстерністю викладача; по-третє, обміном студентів між вітчизняними та іноземними вищими медичними навчальними закладами, що є більш доступним в умовах кредитно-модульної системи навчання. Вирішення недоліків в організації са-

мостійної теоретичної професійної підготовки є суттєвим резервом підвищення ефективності навчального процесу і покращення якості освіти.

**Висновки:** 1. Студенти V та VI курсів медичного факультету, а також лікарі-інтерни та лікарі недостатньо приділяють уваги регулярній самостійній позааудиторній професійній підготовці.

2. Головним засобом самостійної професійної освіти для студентів та інтернів є електронні засоби інформації (48,5 %), тоді як друкованою фаховою літературою користується не більш 25 % респондентів.

3. Здібність студента та лікаря до безперервної самостійної теоретичної професійної підготовки слід розглядати як навичку, що відображає кваліфікацію фахівця.



**Література**

1. Лонгмор М. Оксфордський справочник по клінічній медицині / М. Лонгмор, Я. Уилкінсон, С. Раджагопалан [пер. с англ.]. – М. : БІНОМ. Лабораторія знань, 2009. – 855 с.

2. W. James. Psychology: Briefer Course. – N.Y. : Holt & Co, 1893; Вільям Джеймс. ПСИХОЛОГІЯ. – М. : Педагогіка, 1991. – Режим доступу : <http://psylib.org.ua/books/index.htm>.

3. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. – М. : Педагогіка, 1989. – 192 с.

4. Смирнов С. Д. Педагогіка і психологія вищого освіти : від діяльності до особистості : навч. посібник для студ. вищ. пед. учб. заведень / С. Д. Смирнов. – М. : Издат. центр “Академія”, 2001. – 304 с.

УДК 001.5+316.658.2+067.875

**МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПРОБЛЕМНИЙ СЕМІНАР ЯК  
ІНТЕРАКТИВНИЙ МЕТОД НАВЧАННЯ СЛУХАЧІВ ЦИКЛУ  
ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ**

**Б. М. Дикий, Г. Б. Матейко, О. Я. Пришляк, О. Є. Кондрин**

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**INTERDISCIPLINARY PROBLEMATIC SEMINAR AS AN INTERACTIVE  
METHOD OF TEACHING STUDENTS OF THE THEMATIC CYCLE OF  
IMPROVEMENT**

**B. M. Dykyi, H. B. Mateyko, O. Ya. Pryshliak, O. Ye. Kondryn**

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

Використання міждисциплінарного проблемного семінару у вигляді наукової конференції як інтерактивного методу навчання дозволяє виробити і закріпити у лікарів навички застосування набутих знань у практичній медицині, розвиває професійно-творче мислення, ініціативність, відповідальність, самостійність, дає можливість поділитися власним досвідом з іншими. Семінар розроблений для слухачів циклу тематичного удосконалення (ТУ), оскільки для успішного його проведення необхідний достатній рівень засвоєння учасниками семінару провідних ідей, основних понять і положень з різних дисциплін, що вивчалися на етапі додипломного навчання. Завдання міждисциплінарного семінару – забезпечити усвідомлення лікарями міжпредметних зв'язків, систематизувати набуті знання, навички і вміння.

The author offers a complex use of traditional and problematic forms of education: an interdisciplinary seminar on a scientific conference to address specific clinical situations using “case” method. These learning organic mutually complement each other and compensate for their defects. Interdisciplinary seminar designed for students of 6-th year medical faculty, because for success it requires a sufficient level of learning students leading ideas, concepts, terms from different disciplines that had been studied previously. Interdisciplinary seminar is the most difficult type of seminar; the main task is to ensure students’ awareness of inter-subject relations, to systematize the knowledge, skills and abilities, to sum up the work. As an interactive teaching method, interdisciplinary seminar allows students to develop skills to apply the best knowledge gained in the unique and unusual situations. Its advantage is that it develops professional and creative thinking, initiative, independence, responsibility, and allows students to share their experience with others.

**Вступ.** Для підвищення ефективності навчального процесу на етапі післядипломної медичної освіти використовуються сучасні інноваційні технології, зокрема, інтерактивне навчання, а також методи проблемного навчання, які дають можливість лікарям глибо-

ше розкрити свої здібності. Структурною одиницею проблемного навчання є проблемна ситуація і процес її вирішення. Проблемне навчання не пропонує у готовому вигляді знання і способи діяльності, певні правила і інструкції вирішення завдань. Воно стиму-

© Б. М. Дикий, Г. Б. Матейко, О. Я. Пришляк, О. Є. Кондрин

лює пошукову, пізнавальну, виконавську діяльність курсантів, розвиток інтересу до предмета, формування самостійності і творчого ставлення до спеціальності. Заняття перетворюється на діалог, спільні роздуми, викладач не декларує, а постійно міркує, полемізує, залучає курсантів до активного пошуку доказів, заснованих на певних професійних знаннях, асоціаціях, практичному досвіді. Проблемне навчання розвиває пізнавальну самостійність, творчий підхід до справи, вчить лікаря думати, мислити, поєднує процес навчання і виховання, засвоєння знань і формування світогляду [2, 5, 7].

**Основна частина.** Проблемне навчання потребує тривалого часу для вивчення навчального матеріалу, недостатньо ефективно щодо формування практичних умінь і навиків, дає невисокий результат при засвоєнні нового матеріалу, коли самостійний пошук студентам недоступний [6]. Тому, на нашу думку, інтерактивні методи слід застосовувати наприкінці вивчення дисципліни, ще краще, на заняттях з лікарями-інтернами чи курсантами. Це дозволить їм, маючи достатній “багаж” знань, розвивати професійно-творче мислення.

Серед численних форм проблемного навчання ми вибрали міждисциплінарний семінар у вигляді наукової конференції, яка починається із створення найважливішої проблемної ситуаційної задачі чи клінічної ситуації, а завершується її вирішенням. Семінар складається з двох взаємопов’язаних етапів – самостійного вивчення курсантами матеріалу та обговорення результатів їх самостійної пізнавальної діяльності [1, 4]. Готуючись до семінару, курсанти самостійно вивчають за завданнями викладача окремі питання і теми лекційного курсу з наступним оформленням навчального матеріалу у вигляді рефератів, доповідей, повідомлень. Працюючи на семінарі, лікар вчиться обґрунтовувати і формулювати свої думки, набуває навиків публічних виступів, ведення дискусії, виявляє свої знання, наукову позицію, вчиться її відстоювати. Виступаючи на семінарі, лікар повинен чітко і лаконічно висловлювати свої думки, не відхилятися від обговорюваної теми, не зачитувати конспект замість усного виступу. Спірні і дискусійні питання, які виникають, вирішуються під керівництвом викладача в процесі докладного обговорення.

Завдання міждисциплінарного семінару – забезпечити усвідомлення лікарями міжпредметних зв’язків, систематизувати їх знання, навички, вміння. Міжпредметні зв’язки дають змогу краще пізнати факти, явища, процеси, сприяють усвідомленню місця тої чи іншої дисципліни в системі медичних наук, її впливу на підготовку лікаря [1, 3].

Тему семінару обрали одну з актуальних і проблемних – **“Інфекційні полінейропатії: патогенез, клініка, діагностика, лікування”**. На семінарське заняття винесено проблему, яка є предметом вивчення декількох дисциплін (інфектології, неврології, педіатрії, реаніматології). Будуть обговорюватись складні для розуміння і засвоєння питання в умовах колективної роботи з активною участю кожного курсанта. Технологічна карта розроблена для лікарів-курсантів циклу ТУ “Вибрані питання інфекційних хвороб”.

**Навчально-виховні цілі міждисциплінарного семінару**

**Навчальні цілі:**

– *систематизувати знання*, отримані на кафедрах мікробіології, патологічної фізіології і анатомії, клінічної фармакології, інфекційних, нервових, дитячих хвороб, анестезіології і реаніматології у процесі самостійної підготовки лікарів з проблеми інфекційні полінейропатії – про їх етіологію, патогенез, клініку, стани, які загрожують життю, діагностику, лікування;

– шляхом вирішення теоретичних і практичних проблем *конкретизувати навички* лікарів-курсантів при роботі з хворими з урахуванням особливостей сучасного перебігу бактерійних і вірусних полінейропатій, їх діагностики, ризику розвитку невідкладних станів;

– на основі усвідомлення значення міжпредметних зв’язків для ефективної і успішної роботи лікарів-інфекціоністів, педіатрів, невропатологів, реаніматологів *поглибити вміння* їх надавати адекватну медичну допомогу хворим на інфекційні полінейропатії, здійснювати своєчасні діагностично-лікувальні заходи, надання невідкладної допомоги.

**Розвивальні цілі:**

– *розвинути здатність* лікарів-курсантів до логічного мислення у вирішенні проблемних завдань;

– *сприяти формуванню вміння* самостійно засвоювати знання, аналізувати, синтезувати, абстрагувати, конкретизувати, узагальнювати набуті знання; *спонукати* лікарів-курсантів до колективного творчого обговорення складних питань, активізувати їх до самостійного вивчення науково-методичної літератури.

**Виховні цілі:**

– *розвинути* у лікарів-курсантів професійну ініціативність, самостійність, відповідальність за якість надання медичної допомоги хворим на інфекційні полінейропатії залежно від тяжкості їх перебігу, характеру імунної відповіді хворого, розвитку невідкладних станів;

– *підготувати* лікарів-курсантів до самостійної роботи з такими хворими.

**Діагностично-корекційна ціль:** виявити та ліквідувати можливі прогалини і недоліки у засвоєнні лікарями-курсантами отриманих раніше знань, навиків, вмінь, необхідних при роботі з хворими на інфекційні полінейропатії.

**Методичний сценарій міждисциплінарного семінару**

**1. Підготовчий етап.**

У процесі підготовки до семінару викладач повідомляє лікарям-курсантам тему, план семінарського заняття і рекомендовану літературу (див.: Інструктивна карта семінарського заняття). На етапі підготовки до семінару викладач разом з курсантами визначає тематику доповідей, вимоги до них (науковість, актуальність, доступність, час виступу). Лікарі повинні самостійно підготувати доповіді, викласти їх, виступити в ролі експерта з підготовленого фрагмента теми.

**Інструктивна карта семінарського заняття для лікарів-курсантів циклу тематичного удосконалення “Вибрані питання інфекційних хвороб”**

Тема: “Інфекційні полінейропатії: патогенез, клініка, діагностика, лікування”

**Актуальність теми.** Полінейропатія (ПНП) – запальне, демієлізуюче захворювання нервової системи, яке характеризується множинним ураженням периферійних нервів і корінців з вираженим больовим синдромом, вегетативними і руховими порушеннями. Це поліетіологічне захворювання розвивається на тлі або внаслідок перенесених бактерійних чи вірусних інфекцій. Важливе значення в патогенезі має нейро-алергічний фактор. Провокуючі фактори – переохолодження, перегрівання, стрес. Інфекційні ПНП характеризуються тяжкістю перебігу, частою інвалідизацією (до 10 %), високою летальністю (від 2 до 11 %). При швидко наростаючих паралічах, особливо висхідного типу, блискавичному перебігу із залученням у процес бульбарних нервів захворювання може призвести до зупинки дихання. Тому при появі бульбарного синдрому треба негайно переводити хворого в реанімаційне відділення. Систематизація і поглиблення знань про інфекційні ПНП буде важливою допомогою в практичній роботі інфекціоністам, педіатрам, невропатологам, реаніматологам.

**Мета:** на основі систематизації знань із різних галузей медичної науки, усвідомлення значення міждисциплінарних зв’язків шляхом вирішення теоретичних і практичних проблем поглибити навиків і вміння лікарів-курсантів проводити діагностику і диференційну діагностику інфекційних полінейропатій, надавати адекватну медичну допомогу хворим на інфекційні полінейропатії.

Теми доповідей для проведення семінару:

1. Етіологія і патогенез ПНП.
  2. Класифікація і клінічна картина інфекційних ПНП, особливості їх перебігу у дітей.
  3. Особливості клінічного перебігу бактерійних ПНП (при дифтерії, ботулізмі, правці, кліщовому бореліозі, кишкових інфекціях: шигельозі, ерсиніозі, черевному тифі, кампілобактеріозі).
  4. Особливості клінічного перебігу вірусних ПНП (при грипі, ВІЛ-інфекції герпесвірусних, ентеровірусних інфекціях, кліщовому бореліозі).
  5. Критерії діагностики гострої і хронічної демієлізуючої ПНП. Клінічна характеристика синдромів Гійєна-Барре, Міллера-Фішера, параліча Ландрі.
  6. Діагностика і диференційна діагностика ПНП, значимість результатів дослідження ліквору і електронейроміографії.
  7. Основні принципи лікування хворих на ПНП. Сучасні підходи до підвищення ефективності лікування (застосування екстракорпоральних методів детоксикації, імуноглобулінів для внутрішньовенного введення).
  8. Сучасна патогенетична терапія при ПНП (нейрометаболіти, антиоксиданти, ноотропи тощо). Значення гормонотерапії і нестероїдних протизапальних засобів.
  9. Догляд за хворими на ПНП, моніторинг життєвих функцій. Показання для переведення в реанімаційне відділення, невідкладна допомога.
  10. Фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування, масаж, ЛФК при ПНП.
- Рекомендована література**
1. Краткий справочник врача-невролога / под ред. проф. А. А. Скоромца. – СПб. : Сотис, 1999. – 192 с.
  2. Левин О. С. Полинейропатии. Клиническое руководство / О. С. Левин. – М. : Медицинское информационное агентство, 2005. – 461 с.
  3. Неврология / под ред. М. Самуэляса: пер. с англ. – М. : Практика, 1997. – 638 с.
  4. Острые нейроинфекции у детей. Руководство для врачей / под ред. А. П. Зинченко. – Л. : Медицина, 1986. – 319 с.
  5. Скрипченко Н. В. Современные клинико-патогенетические аспекты инфекционных заболеваний периферической нервной системы у детей и принципы терапии : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Н.В. Скрипченко. – СПб., 1997. – 46 с.
  6. Трошин В. М. Неотложные психоневрологические состояния у детей / В. М. Трошин, В. Д. Трошин, О. В. Трошин. – М. : Триада-Х, 1998. – 634 с.
  7. Цинзерлинг В. А. Инфекционные поражения нервной системы: вопросы этиологии, патогенеза и

диагностики. Руководство для врачей / В. А. Цинзерлинг, М. Л. Чухловина. – СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2005. – 448 с.

## 2. Основний етап.

Семинарське заняття відбувається у формі наукової конференції, яку веде головуючий – викладач. Він надає слово всім учасникам, підводить підсумки після кожної доповіді, організовує її обговорення. Кінцева мета конференції – вирішення найважливішої проблемної клінічної ситуації, яка подається на початковому етапі семінару. Оскільки у лікарів не завжди достатньо знань і умінь для її вирішення, то основна частина семінару – заслуховування підготовлених доповідей з того чи іншого аспекту проблеми з використанням провідних ідей і знань із різних дисциплін. Доповідачі виступають у ролі експертів з висвітленого питання. Їхні доповіді рецензуються і оцінюються групою рецензентів із трьох курсантів. Курсанти, які не згодні з деякими положеннями, висвітленими у доповідях експертів, виступають у ролі опонентів. Після заслуховування кожної доповіді пропонується її обговорення у формі відповідей на запитання, вирішення нетипових ситуаційних задач, підготовлених викладачем з відповідно вужчого аспекту проблеми. Задачі взято з реального практичного досвіду, складено із недостатніми даними, помилками у формулюванні діагнозу, діагностичній і лікувальній тактиці лікарів. Курсантам пропонується знайти помилки, здійснити пошук необхідної інформації. При розв'язуванні цих завдань курсанти-експерти оцінюють правильність рішень колег. В кінці основного етапу семінару курсанти намагаються вирішити основну проблемну ситуацію і сформулювати головні недоліки в діагностиці інфекційних полінейропатій, верифікації діагнозу, лікуванні, обстеженні, тактиці ведення хворих.

## Література

1. Бандурка О. Основи психології та педагогіки / О. Бандурка. – Харків : Нац. ун-т, 2003. – 336 с.
2. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: навчальний посібник. / І. М. Дичківська – К. : Академвидав, 2004. – 351 с.
3. Зимняя И. Педагогическая психология : учебное пособие / И. Зимняя. – М. : Логос, 2000. – 384 с.
4. Комар Ю. Основи навчання студента / Ю. Комар. –

## 3. Заключний етап.

Оцінювання знань і набутих вмінь лікарів-курсантів викладачем проводиться у п'ятибальній системі. Оцінюються доповіді, участь у їх обговоренні, запитання, вирішення проміжних задач і основної проблемної. Завершується семінар підведенням підсумків і оголошенням оцінок за теоретичну підготовку, практичні навички і вміння. Наприкінці семінарського заняття з'ясується, що курсант засвоїв, чого нового навчився. Для цього доцільне використання методики “3, 2, 1”. Кожен з учасників висловлюється і продовжує думку: “три ідеї, які я виніс із семінару”, “дві ідеї, які мене сьогодні вразили”, “одна ідея, яку я використаю завтра”.

**Висновок.** Сучасний семінар набуває нових властивостей, що відповідають вимогам часу. Його особливостями є підвищений рівень проблемності, міждисциплінарності, широке використання задачного матеріалу, проведення у вигляді наукової конференції, що сприяє розвитку критичного, прогностичного мислення фахівців, формуванню їх вмінь здійснювати різні види професійної діяльності, вирішувати нові проблеми сучасної медицини. Міждисциплінарний семінар як інтерактивний метод навчання забезпечує умови для поглиблення і закріплення знань лікарями, дозволяє активізувати їх до самостійного вивчення науково-методичної літератури, формує навички самоосвіти, спонукає до колективного творчого обговорення найбільш складних питань, допомагає виробити у спеціалістів навички застосування набутих знань на практиці.

Доцільно ширше впроваджувати інтерактивне навчання, удосконалювати методи проблемного навчання лікарів для підвищення ефективності навчального процесу на етапі післядипломної медичної освіти.

Донецьк : ДонДУ, 2004. – Кн. 1. 167 с.

5. Мойсесюк Н. Педагогіка : навчальний посібник / Н. Мойсесюк. – К. : ВАТ КДНК, 2001. – 608 с.
6. Фіцула М. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник / М. Фіцула. – К. : Академвидав, 2006. – 352 с.
7. Шулікін Д. Завдання і перспективи вищої освіти / Д. Шулікін // Освіта України. – 2007. – № 8. – С. 13–19.



УДК 611/.612(477+436)

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ  
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ  
ЗАКЛАДАХ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й ЧЕСЬКІЙ  
РЕСПУБЛІЦІ**

**Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко, Р. Ф. Макулькін**

*Одеське обласне базове медичне училище, Одеський національний медичний університет*

**PECULIARITIES OF TEACHING SYLLABUSES OF  
MORPHOFUNCTIONAL DISCIPLINES AT HIGHER EDUCATIONAL  
ESTABLISHMENTS OF I-II ACCREDITATION LEVELS IN UKRAINE  
AND CZECH REPUBLIC**

**Yu. F. Pedanov, A. I. Hozhenko, R. F. Makulkin**

*Odessa Regional Basic Medical College, Odessa National Medical University*

У статті розглядаються особливості програм викладання дисциплін “Анатомія і фізіологія” та “Патологія” в Україні й Чеській Республіці.

**Peculiarities of teaching syllabuses of disciplines “Human Anatomy and Physiology” and “Pathology” in Ukraine and Czech Republic are adduced in the article.**

**Вступ.** У всьому світі кадрові ресурси медицини визнаються однією з основних умов для зміцнення системи охорони здоров'я.

Надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних установах системи Міністерства охорони здоров'я України у 2009 році забезпечувало 195,5 тисяч лікарів та 430 тисяч молодших спеціалістів з медичною освітою (показник забезпеченості молодших спеціалістів на 10 000 населення складав 94,1). Однак для багатьох країн ЄС і США Україна є донором медичних кадрів, а процеси міграції носять незворотний характер, що призводять до зростання кадрового дефіциту в галузі [1, 2, 3].

Реформа структури освітньо-кваліфікаційних рівнів у системі медичної освіти передбачає нові вимоги до підготовки молодших спеціалістів у вищих медичних навчальних закладах І-ІІ рівнів акредитації. В зв'язку з цим цікавий досвід Чеської Республіки.

**Основна частина.** Заслуговує на особливу увагу той факт, що в Чеській Республіці в медичних школах, які прирівнюються до ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації в Україні, “Анатомія і фізіологія” вивчаються разом, а в університеті – майбутні медичні сестри - бакалаври – окремо, на відповідних кафедрах.

Знайомство з планами та навчальними програмами медичних шкіл м. Праги свідчить про те, що навчання молодших медичних спеціалістів відбувається в медичних школах за планом Міністерства освіти, молоді та фізичного виховання, згідно з Міністерством охорони здоров'я.

У системі морфофункціональних дисциплін анатомія і фізіологія вивчаються на 1-му курсі традиційно під назвою “Соматологія”:

помічники лікаря – 5 год/тиждень, загально 170 годин (наказ 33.318/2003-23 від 17.12.2003);

медсестри загального профілю – 3 год/тиждень, 34 тижні, загально 102 години.

Тематика навчальної дисципліни “Соматологія” (в дужках – кількість годин)

Помічники лікаря:

1. Вступ (2).
2. Функціональна морфологія тканин (8).
3. Ділянки тіла людини (2).
4. Рухова система (16).
5. Кров (8).
6. Кровообіг (14).
7. Дихальна система (7).
8. Травна система (16).

9. Сечова система (6).
  10. Статева система (10).
  11. Система шкіри (3).
  12. Регуляторна діяльність організму. Регуляція обміну речовин (12).
  13. Нервова регуляція діяльності організму (22).
  14. Органи чуття (6).
  15. Контрольна робота (4).
- Загалом 136 годин.  
Семінарські заняття, підсумковий контроль – 34 години.

Всього 170 годин.

Тематика дисципліни “Патологія” (другий курс) – 34 тижні, дві години/тиждень – медичні сестри загального профілю:

1. Вступ (2).
2. Хвороби, етіологія (6).
3. Дистрофія (10).
4. Запалення (5).
5. Пухлини (6).
6. Атрофія (2).
7. Патологія ендокринної системи (3).
8. Патологія імунітету (4).
9. Патологія кровообігу і лімфообігу (6).
10. Патологія дихальної системи (6).
11. Патологія травної системи (6).
12. Патологія сечової системи (6).
13. Патологія генетичних порушень (6).

Всього 68 годин.

Таким чином, медичні сестри вивчають дисципліни “Соматологія” – 102 години, “Патологія” – 68 годин.

Всього 170 годин.

### **Література**

1. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій – Одеса : Одес. держ. ун-т, 2004. – 190 с.
2. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі / О. П. Волосовець // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти : матер. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 2005. – С. 8–16.
3. Сучасний стан кадрової політики у галузі охорони здоров'я / [З. М. Митник, М. В. Банчук, І. І. Фещенко та ін.] // Впровадження кредитно-модульної системи організації

Вищевикладене свідчить про достатність тематики теоретичних дисциплін щодо традицій, які склалися для навчання молодших спеціалістів в медичних школах Чеської Республіки.

На наш погляд, у ВНЗ I–II рівнів акредитації в Україні більш доцільно викладати інтегровані дисципліни “Анатомія і фізіологія” і “Патологія” за запропонованими нами навчальними програмами, де взаємопов'язані питання структури і функції систем органів, систем і організму в цілому [4, 5, 6].

**Висновок.** Порівняльний аналіз програм, за якими навчаються молодші спеціалісти в медичних школах м. Праги, і запропонованих нами програм свідчить про те, що у викладанні морфофункціональних дисциплін існують деякі спільні принципи. Але, на наш погляд, багатий вітчизняний досвід заслуговує на особливу увагу з таких причин, як-от:

- більший об'єм і глибина вивчення;
- єдність структури і функцій;
- послідовно вивчаються загальні та окремі питання, що знаходяться в основі нейрогуморальної регуляції функцій організму;
- обов'язкове супроводження теоретичних занять практичними, що сприяє якісній підготовці до вивчення клінічних дисциплін, формуванню світогляду майбутніх спеціалістів.

Таким чином, досвід медичної освіти в Чеській Республіці може бути використаний для удосконалення підготовки медичних сестер у ВНЗ I–II рівнів акредитації в Україні, особливо у частині викладання інтегрованих дисциплін “Анатомія і фізіологія” і “Патологія”.

навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матер. навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 3–5.

4. Педанов Ю. Ф. Практическое пособие по анатомии и физиологии человека / Ю. Ф. Педанов; под ред. А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2008. – 52 с.
5. Педанов Ю. Ф. Практическое пособие по патологии / Ю. Ф. Педанов; под ред. А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2009. – 36 с.
6. Педанов Ю. Ф. Алгоритми засвоєння знань і практичних навичок у системі морфофункціональних наук у вузах I–II рівнів акредитації / Ю. Ф. Педанов, Р. Ф. Макулькін, А. І. Даниленко // Мед. освіта. – 2003. – № 1. – С. 18–21.

УДК 378.147.018.46:615.12-057.4

## ПРО ПІДГОТОВКУ ПРОВІЗОРІВ ТА ПРОВІЗОРІВ-ОРГАНІЗАТОРІВ НА КУРСАХ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ НА БАЗІ ФАКУЛЬТЕТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

**І. М. Білай, В. І. Дарій, О. А. Рижов, Є. С. Пругло, Т. С. Райкова, І. В. Бушуєва,  
Т. П. Зарічна, В. О. Демченко, М. В. Білоус, Н. В. Кандибей**

*Запорізький державний медичний університет*

## THE TRAINING OF PHARMACEUTICAL CHEMISTS AND PHARMACEUTICAL CHEMISTS-ORGANIZERS AT IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL SKILL COURSES ON THE BASIS OF POST-GRADUATE EDUCATION FACULTY

**I. M. Bilay, V. I. Dariy, O. A. Ryzhov, Ye. S. Pruhlo, T. S. Raykova, I. V. Bushuyeva,  
T. P. Zarichna, V. O. Demchenko, M. V. Bilous, N. V. Kandybey**

*Zaporizhian State Medical University*

У роботі показана підготовка провізорів та провізорів-організаторів на курсах підвищення кваліфікації на базі факультету післядипломної освіти Запорізького державного медичного університету.

The training of pharmacutists and pharmaceutical chemists – organizers at improvement of professional skill courses on the basis of post - graduate education faculty in Zaporizhian State Medical University has been presented in the artide.

**Вступ.** Система післядипломного навчання – невід’ємна частина концепції безперервної фармацевтичної освіти, яка дозволяє ефективно використовувати досягнення науково-технічного прогресу в галузі фармації та інших галузях з підвищення рівня професійної підготовки, удосконалення знань, умінь, особових і професійних якостей фахівців фармації [1-7].

**Основна частина.** В умовах ринкових реформ перехід на якісний рівень медичної та фармацевтичної галузей, перш за все, пов’язаний з вимогами підготовки систематичного удосконалення кадрів, які здатні вирішувати різноманітні і складні питання сьогодення.

Провізор повинен інтегрувати в собі комплекс знань і умінь з питань створення, збереження, реалізації та застосування лікарських засобів. Вирішальна роль належить вмінню провізора в умовах ринкової економіки своєчасно, якісно та ефективно забезпечувати населення і лікувально-профілактичні заклади лікарськими препаратами.

Таким чином, професійна компетентність і здатність вирішувати професійні проблеми не можуть бути повністю забезпечені знаннями, отриманими в період навчання у вищому навчальному закладі. Тому

© І. М. Білай, В. І. Дарій, О. А. Рижов та ін.

процес удосконалення та оновлення професійних знань і умінь повинен бути постійним.

У зв’язку з цим, наказом МОЗ України № 818 від 12.12.2006 р. “Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів”, фахівці фармацевтичного профілю зобов’язані кожні 5 років підвищувати ділову кваліфікацію шляхом навчання на курсах удосконалення. Особи, яким присвоєна кваліфікаційна категорія, проходять атестацію на її підтвердження не рідше одного разу на 5 років.

Провізор повинен отримати широку науково обґрунтовану практичну підготовку, досконало володіти своєю спеціальністю, постійно поповнювати свої знання, розширювати світогляд, вміти на практиці застосовувати наукові принципи маркетингу та менеджменту, володіти передовими методами управління трудовим колективом, вирішувати професійні завдання в галузі забезпечення населення і лікувально-профілактичних закладів лікарськими засобами і т. д.

У Запорізькому державному медичному університеті курси підвищення кваліфікації провізорів та фармацевтів проводяться з 1998 року. За ці 10 навчальних років був створений деканат післядипломної освіти (1999 рік) та кафедра післядипломної освіти з фармації (2004 рік). У 2007 році на післядипломному

етапі було створено дві окремі фармацевтичні кафедри – кафедру клінічної фармації, фармакотерапії і управління та економіки фармації, а також кафедру фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків. Це пов'язано з метою вдосконалення підготовки провізорів-інтернів та післядипломного підвищення кваліфікації провізорів і фармацевтів (наказ ректора Запорізького державного медичного університету № 61 від 21 березня 2007 року “Про утворення та реорганізацію кафедр фармації ФПО”).

За 2007-2008 навчальний рік розроблені робочі програми з клінічної фармації і управління та економіки фармації для проведення передатестаційних курсів провізорів за спеціальностями “Загальна фармація”, “Організація та управління фармацією”, “Аналітично-контрольна фармація”, а також проведення тематичних курсів “Сучасний стан законодавчого регулювання фармацевтичної діяльності”, “Фармакотерапія окремих захворювань систем організму людини” (78 годин, 2 тижні).

На кафедрі клінічної фармації та УЕФ ФПО підготовлено:

1. Навчально-методичний посібник для практичних занять з фармакотерапії для курсів підвищення кваліфікації.
2. Навчально-методичний посібник для провізорів-курсантів “Фітофармакологія засобів, що впливають на функцію органів дихання і травлення”.
3. Навчальний посібник для провізорів-курсантів “Клінічна фармакологія в ревматології. Нестероїдні протизапальні препарати”.
4. Методичні рекомендації для виконання практичної роботи слухачам і курсів післядипломної освіти з дисципліни “Управління та економіка фармації”.
5. Навчальний посібник “Фармацевтичне право”. “Порядок перевірок контролюючими органами”. “Перевірки у сфері захисту прав споживачів”.
6. Навчально-методичний посібник “Долікарська допомога при невідкладних станах”.
7. Навчально-методичний посібник “Принципи лікування гострих отруєнь”.

В даний час готуються нові навчально-методичні посібники з клінічної фармації гормональних контрацептивів і УЕФ, зокрема, з маркетингу у фармації для провізорів-курсантів. Оновлені лекції з управління та економіки фармації. Складено і написано 8 нових лекцій з урахуванням сучасних аспектів клінічної фармакології з клінічної фармації. Підготовлено близько 200 нових тестів з клінічної фармації.

На кафедрі фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків також розроблені робочі програми з

відповідних дисциплін за фахом “Загальна фармація”, “Організація та управління фармацією”, “Аналітично-контрольна фармація”. Крім того, розроблені навчально-методичні та навчальні посібники:

1. Навчально-методичний посібник “Кисневі фітококтейлі в сучасній фітотерапії”.
2. Навчально-методичний посібник “Екологічні терміни з курсом фармакогнозії”.
3. Навчальний посібник “Аптечна технологія лікарських форм, що готуються асептично”.
4. Навчальний посібник “Приготування м'яких лікарських форм в аптечних умовах”.

Підготовлено “Довідник-посібник з виробництва лікарських засобів” для курсантів та інтернів.

Таким чином, в Запорізькому державному медичному університеті є всі умови для проведення передатестаційних і тематичних курсів удосконалення провізорів.

Слід зазначити, що в Запорізькому державному медичному університеті курси підвищення кваліфікації ведуться викладачами двох фармацевтичних кафедр ФПО, а також викладачами основних (що випускають) кафедр медичного університету – управління та економіки фармації, технології ліків, фармацевтичної хімії і фармакогнозії. Крім того, коли вступив в дію наказ МОЗ України № 398 від 08.10.2001 року “Про впровадження удосконалених автоматизованих атестаційних систем”, для проведення курсів були залучені ресурси кафедри медичної інформатики. На кафедрі клінічної фармації, фармакотерапії і управління та економіки фармації лекції, семінари та практичні заняття проводять викладачі: 1 професор, 1 доцент, 1 старший викладач та 3 асистенти. На кафедрі фармакогнозії, технології ліків та фармацевтичної хімії ФПО на курсах удосконалення задіяні всі викладачі.

На виїзних курсах з клінічної фармації, УЕФ, фармакогнозії, технології ліків та фармацевтичної хімії лекції та практичні заняття (семінари) проводять провідні викладачі (завідувачі кафедр ФПО, доценти).

На основі наказу МОЗ України № 818 від 12.12.2006 “Про атестацію провізорів та фармацевтів” навчальний процес проводиться відповідно до затверджених МОЗ України програм підготовки провізорів передатестаційних циклів підвищення кваліфікації за фахом “Загальна фармація”, “Аналітично-контрольна фармація”, “Організація та керування фармацією”, затвердженим Запорізьким державним медичним університетом, а також програм тематичного удосконалення провізорів, фармацевтів і фахівців промислових підприємств хімічного профілю.



Організація навчального процесу на кафедрі клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ і кафедрі фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків передбачає розробку, обговорення і затвердження робочої програми з усіх провідних дисциплін: клінічної фармації, управління та економіки фармації, фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків, а також складання календарних планів, лекцій, практичних занять, семінарів та навчально-методичних вказівок. При цьому велика увага приділяється комп'ютерному тестуванню знань за програмою "Елекс" на кафедрі інформатики слухачів ФПО під час іспитів з дисциплін, що вивчаються.

Слід сказати, що зміст робочих програм, які використовуються в навчальному процесі для провізорів-

курсантів, повністю відповідає тематиці діючої навчальної програми та охоплює всі розділи клінічної фармації, управління та економіки фармації, фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків.

Відповідно до дисциплін навчальний план і програма передатестаційних курсів підвищення кваліфікації за спеціальністю "Провізор" містить шість розділів.

**Висновок.** Таким чином, навчання на курсах дає можливість провізорам отримати широку фундаментальну науково обгрунтовану практичну підготовку з урахуванням сучасних досягнень з фахових дисциплін: управління та економіки фармації, технології ліків, фармацевтичної хімії, клінічної фармації, медичної інформатики.

### Література

1. Сучасний розвиток вищої медичної освіти й проблеми питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 5–13.

2. Вороненко Ю. В. Фактори реформування післядипломної освіти / Ю. В. Вороненко, О. П. Минцер // Проблеми безперервного розвитку лікарів і провізорів : матеріали науково-методичної конференції з міжнародною участю. – К., 2007. – С. 27–29.

3. Минцер О. П. Трансфер знань при дистанційних формах обучения / О. П. Минцер // Матер. наук.-практ. конф. "Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини". – Запоріжжя, 2008.

4. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах : методичний посібник. – К. :

Хрещатик, 2007. – 76 с.

5. Ковальчук Л. Я. Концептуальні підходи до інтегрального середовища оцінки знань у медичній освіті / Л. Я. Ковальчук, А. В. Марценюк, А. В. Семенець // Клин. информат. и телемед. – 2008. – Т. V, вып. 5. – С. 71–76.

6. До питання самостійної роботи провізорів-інтернів за спеціальністю "Загальна фармація" / Т. В. Торхова, Р. С. Коритнюк, К. Л. Давтян [та ін.] // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2009. – 314 с.

7. Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2009. – 314 с.

УДК 616.31:378.1

## ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З ПРОПЕДЕВТИКИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

А. Б. Бойків

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF THE CREDIT-MODULAR SYSTEM OF ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS ON PROPEDEUTICS OF ORTHOPAEDIC STOMATOLOGY

A. B. Boykiv

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

У статті розкривається досвід викладання пропедевтики ортопедичної стоматології на кафедрі ортопедичної стоматології в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського за кредитно-модульною системою організації навчального процесу.

The article adduces experience of teaching of propedeutics of orthopaedic stomatology on the orthopaedic stomatology department in Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky by the credit-modular system of organization of educational process.

**Вступ.** На ґрунті входження України в європейський освітній простір розвиток викладання стоматологічних дисциплін в нашій країні стає адаптованим і узгодженим з процесами, що відбуваються в Європі. У 2010/11 навчальному році на 1 та 2 курсах стоматологічного факультету впроваджується кредитно-модульна система організації навчального процесу [1].

**Основна частина.** Згідно з програмою навчальної дисципліни за кредитно-модульною системою (Київ, 2010) вивчення “Пропедевтики ортопедичної стоматології” здійснюється протягом III, VI семестрів 2 року навчання. Мета вивчення пропедевтики ортопедичної стоматології визначається кінцевими цілями, що встановлюються на основі освітньо-професійної програми підготовки лікаря за фахом відповідно до блоку її змістових модулів (природничонаукова підготовка), і є основою для побудови змісту навчальної дисципліни. Опис цілей сформульовано через вміння у вигляді цільових завдань (дій). На підставі кінцевих цілей до кожного модуля або змістового модуля сформульовані конкретні цілі у вигляді певних умінь (дій), цільових завдань, що забезпечують досягнення кінцевої мети вивчення дисципліни.

Кінцеві цілі дисципліни:

– визначити основні технологічні процеси виготовлення конструкцій зубних протезів;

– визначити особливості застосування різних основних і допоміжних стоматологічних та зуботехнічних матеріалів;

– демонструвати на фантомах виготовлення конструкцій незнімних та знімних протезів;

– проводити обстеження стоматологічного хворого;  
– трактувати основні принципи управління в охороні здоров’я.

Своєрідність викладання пропедевтики ортопедичної стоматології полягає в тому, що саме з цього предмета розпочинаються основи вивчення предмета ортопедичної стоматології. При цьому пропедевтика є не тільки вступом до клінічної стоматології, а й зв’язуючою ланкою викладання теоретичних і клінічних дисциплін.

Викладання дисципліни “Пропедевтика ортопедичної стоматології” спрямовано на:

– оволодіння основними стоматологічними маніпуляціями і методами дослідження ортопедичних хворих для постановки діагнозу і вибору правильного методу лікування;

– формування відповідальності студента як майбутнього фахівця за рівень своєї підготовки та її вдосконалення протягом навчання і професійної діяльності.

Навчальна діяльність передбачає використання традиційних методів викладання дисципліни та ме-

© А. Б. Бойків

тодів кредитно-модульної системи (вирішення тестових завдань та ситуаційних задач) [2, 3].

Згідно з Навчальним планом (2009 р.) підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем “спеціаліст” кваліфікації “лікар-стоматолог” у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації України, на викладання дисципліни “Пропедевтика ортопедичної стоматології” відводиться 135 годин (із них 80 – аудиторна і 55 – самостійна позааудиторна робота студентів). Програма з пропедевтики ортопедичної стоматології структурована на 1 модуль, 3 змістових модулі, теми практичних занять.

Обсяг навчального навантаження студентів описаний у кредитах ECTS – залікових кредитах, що зараховуються студентами при успішному засвоєнні ними відповідного модуля (залікового кредиту).

Видами навчальної діяльності студентів згідно з навчальним планом є: а) лекції; б) практичні заняття; в) самостійна робота студентів (СРС), в організації якої значну роль відіграють консультації викладачів. Тематичні плани лекцій, практичних занять, СРС забезпечують реалізацію у навчальному процесі всіх тем, що входять до складу змістових модулів.

Теми лекційного курсу розкривають проблемні питання відповідних розділів пропедевтики ортопедичної стоматології.

Практичні заняття проводяться за стрічковим принципом. За методикою єдиного дня тривалість практичних занять складає 7 академічних годин. Заняття проводяться в пропедевтичних навчальних кімнатах та клінічних кабінетах кафедри.

Організаційна структура заняття (6 або 7 академічних годин) з пропедевтики ортопедичної стоматології така:

організаційна частина – до 5 хв;

інструктаж студентів і розподіл груп для практичної роботи (пояснення щодо виконання завдання та дотримання техніки безпеки на занятті, основ деонтології при роботі з пацієнтами) – до 10 хв;

практична робота студентів: ознайомлення зі структурою ортопедичного кабінету, відділення, зуботехнічної лабораторії, ведення альбомів, в яких у вигляді малюнків і схем відображено основні положення теми заняття, моделювання з воску, пластиліну анатомічної будови коронкової частини зубів верхньої та нижньої щелеп, отримання відбитків зубних рядів різними відбитковими матеріалами та відливання моделей щелеп, оволодіння методами і методиками обстеження пацієнтів, заповнення ортопедичної історії хвороби, робота з літературою, компакт-дисками, в мережі Інтернет тощо:

– 120 хв при 6-годинному занятті;

– 165 хв при 7-годинному занятті.

Згідно з новою навчальною програмою збільшуються вимоги щодо практичних завдань, а саме, студент повинен володіти технікою препарування каріозних порожнин I–V класів за Блеком під вкладки; вміти моделювати проміжну частину мостоподібного протеза; вміти на моделях провести препарування зубів для виготовлення незнімних конструкцій протезів, що за старою програмою студенти повинні були виконувати на старших курсах.

Семінарське обговорення теоретичного матеріалу (основні теоретичні питання тем, аналіз результатів клініко-інструментальних обстежень хворих, використання отриманих знань у практичній діяльності спеціаліста тощо) – 90 хв (11.45-13.15 год при 6-годинному занятті, 12.30-14.00 год при 7-годинному занятті). Семінарська частина заняття проводиться у вигляді опитування, дискусії, ділової гри, круглого столу тощо.

Перевірка вихідного рівня знань (проводиться у вигляді тестування з кожної теми, розв’язування ситуаційних задач) – 45 хв (14.15-15.00 год). Закінчуючи практичне заняття, викладач проводить його підсумки, дає студентам завдання для самостійної роботи, вказує на вузлові питання наступної теми і пропонує список рекомендованої літератури для самостійного опрацювання.

Оцінювання успішності поточної навчальної діяльності студентів з теми практичного заняття проводиться за 12-бальною (традиційною) системою. При оцінюванні засвоєння кожної навчальної теми враховуються усі види робіт, передбачені методичною розробкою для вивчення теми.

На кожному практичному занятті оцінюються практичні навички, вміння та знання всіх присутніх студентів. Оцінка навчальної теми вноситься викладачем до “Журналу обліку успішності і відвідування занять студентами”. У журнал виставляються чотири оцінки: в першій графі – за практичну частину заняття, в другій – за семінарську частину заняття, в третій – за письмовий контроль (тестові завдання), в четвертій – середня арифметична оцінка за заняття. Оцінку за тестовий контроль студент може отримати напередодні заняття, пройшовши тестування з теми заняття на Web-порталі університету. Записи робляться ручкою і підтверджуються підписом. Теми навчальних занять повинні відповідати затвердженому тематично-календарному плану. Про присутність студента на занятті свідчить наявність оцінок у відповідних графах, відсутність на заняттях

відмічається знаком “нб”. Інформація щодо контролю поточного лекційного навчання вноситься до “Журналу обліку відвідування лекцій студентами”, який заповнюється особисто лектором із зазначенням теми лекції, дати її проведення та відмітки персональної присутності або відсутності.

Окрім того, кожний студент має здати практичні навички, передбачені програмою навчальної дисципліни. Дані про здачу навички (дата, ПІБ викладача та його підпис) вносяться в індивідуальну книжку (матрикул), виготовлену типографським способом. Повне виконання навчальної програми, практичних навичок є підґрунтям для допуску студента до здачі модуля. Допуск базується на контролі:

1) рівня засвоєння науково-теоретичного змісту модуля, набутого в процесі аудиторних – лекційних та практичних занять;

2) рівня засвоєння обов’язкових практичних навичок та вмінь, які входять до складу модуля;

3) навчального матеріалу самостійної роботи.

Підсумковий модульний контроль з пропедевтики ортопедичної стоматології відбувається у вигляді тестового іспиту (вирішення тестових завдань) в кінці навчального року в незалежному центрі тестування університету після подачі кафедрою до деканату відомостей щодо виконання навчальної програми студентом та його середнього бала з поточної успішності. Контроль навчальної діяльності (оцінка за змістовий модуль) проводиться з урахуванням по-

точної навчальної успішності (60 %) та підсумкового модульного контролю – тестування із використанням ситуаційних задач, тестів, тестів з малюнками (40 %). Оцінка з дисципліни складається з середнього арифметичного оцінок за змістові модулі.

**Висновки.** Введення кредитно-модульної системи організації навчального процесу спонукає студентів систематично вчитися протягом навчального року, дозволяє приділяти значну увагу практичній роботі студентів, що вимагає відповідного оснащення фантомного класу, та є надзвичайно важливим для формування у них базисних знань і вмінь. Ураховуючи значимість мануальних умінь у повсякденній діяльності лікаря-стоматолога, цей критерій слід розглядати як один із головних у визначенні рівня професійної підготовки.

Засоби оцінювання, що впроваджені в університеті, дозволяють об’єктивно оцінювати усі види діяльності студента.

В перспективі впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу має сприяти:

– використанню різних підходів до визначення, формулювання і різнобічного розв’язування проблеми (навіть найпростіших ситуацій) власним способом;

– поглибленню знань з теми, співпраці в міждисциплінарних темах;

– самостійній організації пошуку, обміну, критичній оцінці інформації;

– появі мотивації на навчання протягом життя.

### Література

1. Мисула І. Р. Результати впровадження засад Болонської декларації та кредитно-модульної системи навчання у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / І. Р. Мисула, А. Г. Шульгай, Н. Я. Панчишин // Медична освіта. – 2008. – № 1. – С. 7–10.

2. Проблеми та перспективи впровадження кредитно-модульної системи навчання в Тернопільському держав-

ному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / І. Р. Мисула, Г. Я. Загричук, Л. Б. Унольд [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 123–127.

3. Ткаченко П. І. Комплексний підхід до викладання пропедевтики хірургічної стоматології у вищій школі / П. І. Ткаченко, К. Ю. Резвіна // Медична освіта. – 2010. – № 3. – С. 119–121.



УДК 614.23:378(07)

## РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ: ЗРАЗОК УСПІШНОГО ПРОВЕДЕННЯ І ПРИКЛАД ДЛЯ НАСЛІДУВАННЯ

Г. І. Кліщ

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## REFORMATION OF MEDICAL EDUCATION IN AUSTRIA: A MODEL OF SUCCESSFUL IMPLEMENTATION AND EXAMPLE FOR IMITATION

H. I. Klishch

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

У статті узагальнено австрійський досвід реформування медичної освіти. Розглянуто головні фундаментальні зміни у нових навчальних планах медичних університетів Австрії, їх переваги та наслідки.

In this article the Austrian experience in reformation of medical education is summarized. The main fundamental changes in new curriculum of medical universities of Austria, their advantages and consequences are examined.

**Вступ.** З огляду на підписання Болонської декларації, сучасна українська медична освіта зараз перебуває у стані перебудови. Основні її проблеми – це невідповідність стандартам ЄС, Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО) і вимогам часу; зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самовдосконалення; відсутність університетських клінік; застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу і самостійної роботи студентів [1].

Будь-яке реформування – складний і болісний процес. Впровадженню змін перешкоджають незрозуміння викладачами та громадськістю завдань і мети реформ, недосконалість законодавства, недостатність фінансування вищої школи, надмірне академічне навантаження викладачів тощо. Однак реформування медичної освіти – єдиний шлях нашої держави, надання кожному громадянину сучасної медичної допомоги, а студентам – можливості здобути освіту світового рівня, стати високопрофесійним і конкурентоспроможним фахівцем [2].

Протягом останнього часу відбулися зміни у нормативній базі вищої медичної школи (перехід на нові навчальні плани, упровадження програм кредитно-модульної системи організації навчального процесу, введення державної атестації згідно з вимогами якості освіти тощо). Успішно здійснюється процес оновлення матеріально-технічної бази навчальних закладів, упровадження нових технологій організації навчально-

го процесу, розроблено проект Концепції реформування післядипломної освіти [2].

У процесі проведення реформ важливим є досвід інших країн, особливо тих, де ці реформи вже приносять певні плоди. Зважаючи на це, метою статті є узагальнення результатів реформування медичної освіти в Австрії, яка розпочала цей процес у 2002 році і має значні напрацювання та позитивні результати, які можуть бути використані в Україні.

**Основна частина.** Протягом останнього десятиліття Австрія пережила фундаментальні зміни у медичній освіті, наслідки яких торкнулися всього освітнього процесу – від процедури зарахування на навчання до післядипломної підготовки [6].

До запровадження нових правил старі структури, починаючи з часів монархії, були такими ж, як і тоді, коли вони були описані Теодором Більротом в його праці “Про викладання та вивчення медичної науки в університетах німецької нації, разом із зауваженнями загального характеру про університети, культурно-історичні дослідження” у 1876 році [4]. Останнім нормативним актом перед проведенням реформи, який регламентував університетську освіту, був Закон про університетське навчання 1997 року (Universitätsstudengesetz 1997), згідно з яким у медичній освіті австрійських університетів залишалась традиційна уніфікована програма (табл. 1). Упроваджена відповідно із законом уніфікація навчальних планів у медичних університетах Відня, Інсбрука та Граца полегшувала внутрішньоавстрійську мобільність студентів. Проте це не використовувалось

© Г. І. Кліщ

Таблиця 1. Структура уніфікованого навчального плану медичних факультетів Австрії відповідно до Закону про університетську освіту 1997 року

Предмет	Код / семестри	Годин			Кредитів
		лекцій	практичних	разом	
Доклінічні дисципліни (4 семестри)					
Медична фізика	1MED Mphy/1	90	15	105	11
Медична хімія	1MED Mche/1	120	60	180	16
Медична біологія	1MED Mbio/1,2	75	15	90	9
Анатомія	1-2MED Anat/2,3	180	125	305	28
Гістологія та ембріологія	1-2MED His/2,3	90	195	285	15
Медична біохімія	2 MED Bioc/4	105	60	165	14
Медична фізіологія	2 MED Phys/4	120	90	210	27
Всього					120
Теоретично-клінічні дисципліни (3 семестри)					
Медична психологія	3-4 MED Mpsy/5-7	45	15	60	3
Загальна патологія	3-4 MED GePa/5-7	135	120	28	28
Функціональна патологія	3-4 MED FuPa/5-7	120	30	150	22
Радіологія	3-4 MED Rad/5-7	45	15	60	7
Гігієна і мікробіологія	3-4 MED Hyg/5-7	120	30	150	9
Фармакологія і токсикологія	3-4 MED Phar/5-7	120	45	165	21
Всього					90
Клінічні дисципліни (5 семестрів)					
Внутрішні хвороби	4-6 MED IntMed/8-12	345	120	465	31
Хірургія	4-6 MED Surg/8-12	345	120	465	24
Педіатрія	4-6 MED Ped/8-12	150	60	210	17
Гінекологія та акушерство	4-6 MED Gyn/8-12	180	75	255	17
Психіатрія	4-6 MED Psc/8-12	90	30	120	10
Неврологія	4-6 MED Neur/8-12	90	30	120	10
Офтальмологія	4-6 MED Opht/8-12	75	30	105	6
Дерматологія і венерологія	4-6 MED Derm/8-12	90	30	120	16
Оториноларингологія	4-6 MED Otol/8-12	60	15	75	7
Соціальна медицина	4-6 MED SocM/8-12	45	15	60	3
Судова медицина	4-6 MED ForM/8-12	75	15	90	6
Стоматологія	4-6 MED Dent/8-12	30	15	45	3
Всього					150

у прямому розумінні слова, а ставало причиною для такого собі екзаменаційного туризму студентів. Іноді сотні студентів уникали “важких” екзаменів в одному університеті, змінивши на семестрових канікулах місце навчання на інший, з явю “легшими” екзаменами. Успішно склавши їх там, вони повертались, по можливості, під час семестрових канікул на початкове місце навчання [7].

З 1999 року три медичних факультети австрійських університетів були залучені до розробки абсолютно нової програми підготовки лікарів. Імплементція цієї реформи розпочалась у 2002 році із прийняттям Федеральним парламентом Австрії “Закону про університети 2002 року” (Universitätsgesetz 2002). Цей процес різко прискорився із зміною організаційної структури університетів: у 2004 році від трьох класичних університетів – Відня, Інсбрука і Граца – від’єднались медичні факультети, в результаті чого

було створено три незалежних медичних університети, які набули статусу повної автономії [10].

До 2004 року логіка і структура професійної підготовки майбутніх медиків була традиційною. Значна кількість прогресивних викладачів, а особливо навчальні комісії, були незадоволені процесом організації навчання за уніфікованою програмою, вказуючи на такі основні недоліки:

- основна структура навчальної програми з медицини була застарілою;
- навчання здійснювалось без чіткого узгодження дисциплін між собою. Міжпредметний дидактичний підхід існував лише в обрисах. До дискусій про зміст предметів доходило хіба що через скарги студентів про надмірну кількість матеріалу на екзаменах;
- через ізольовану автономію предметів і відокремленість наукових структурних одиниць (інститутів і клінік) при відсутньому центральному управлінні

навчання було для студентів свого роду бігом з перешкодами від установи до установи, у процесі якого поставало питання швидшого пристосування до відповідних місцевих правил;

– навчальний план передбачав для першого (“передклінічного”) періоду навчання чотири семестри, для другого (“міжклінічного”) періоду – три, а для третього (“клінічного”) навчального періоду – п’ять семестрів. Реальність свідчила про те, що перші навчальні періоди для багатьох студентів тривали до семи або восьми років; а клінічний період, навпаки, часто “закінчували” протягом двох або максимум трьох семестрів у формі “заочного навчання”;

– перші два навчальні періоди, які у такий спосіб домінували у часовому відношенні у навчанні, мали майже повністю теоретичний характер. Такого важливого для подальшої професії контакту з пацієнтами майже не було, у дійсності він зводився до надто короткого клінічного навчального періоду.

Результатом такого навчання була непридатність випускників для практики [9].

Прийом на медичні факультети був повністю безкоштовним. Будь-який випускник, що отримав середню освіту, мав право зареєструватися на навчання. Цей підхід привів до величезного напливу студентів (до 1800 студентів-першокурсників у Віденському медичному університеті у 80-х роках ХХ століття) та не дозволяв проводити ретельне планування курсу. Відсоток відсіву був дуже високим: близько 50 % студентів; причому приблизно дві третини студентів були відраховані протягом “доклінічного періоду”, тобто ще до приходу їх у клініку. Хоча навчальний план був розрахований на шестирічний термін, середній час завершення навчання становив більше восьми років [6].

Медичний факультет у Граці отримав фінансування у фонді Австрійського національного банку на дослідницький проєкт, проведений позаштатними науковцями, темою якого стало оцінювання традиційного навчання медицини за уніфікованою програмою. Це єдине у своєму роді австрійське дослідження (SCHÖBER, Spiel & REIMANN, 2004) охопило опитуванням всіх суб’єктів навчального процесу (студентів, викладачів, випускників, лікарів практичної ланки, а також головних лікарів як “замовників” студентів-випускників).

Дослідження в основному підтвердило наведені вище недоліки, а пов’язані з цим наслідки вказували на таке:

– навчання студентів мало переважно теоретичне спрямування. Практичному досвіду не надавали належної уваги, лікарським навичкам і такому важливому аспекту роботи лікаря, як здатності до комуні-

кації з іншими людьми, здатності до критичного спостереження і психосоціальної компетенції взагалі не навчали і не тренували, або якщо це і робили, то у недостатньому об’ємі.

– відповідно, професійна підготовка лікаря, що здійснювалася після навчання, була для випускників і випускниць у справжньому розумінні “стрибком у крижану воду” разом з високою мірою невпевненості та фрустрації [12].

Зважаючи на це, а також на відповідні настрої у суспільстві, де побутовало незадоволення рівнем підготовки лікарів, було вирішено провести масштабне реформування медичної освіти.

Визначальними для дискусій про розробку змісту навчальної програми стали відомі європейські основоположні документи (GENERAL MEDICAL COUNCIL UK, 1993, 2003; ASSOCIATION OF UNIVERSITIES IN THE NETHERLANDS, 1994, 2001; JOINT COMMISSION OF THE SWISS MEDICAL SCHOOLS, 2001).

У процесі розробки кваліфікаційного профілю для випускників за новою навчальною програмою значна увага була приділена ліквідації дисбалансу між теоретичним навчанням та обмеженою підготовкою до практичної лікарської діяльності. На відносно ранніх стадіях дискусії про реформи, завдяки внеску зовнішніх експертів, була майже повна однотайність стосовно того, що традиційну послідовність спеціальних дисциплін (доклінічні, теоретично-клінічні та клінічні) потрібно замінити на сучасну тематично спрямовану навчальну програму, побудовану на модульній основі, де окремі предмети мають взаємодіяти в інтегрованому контексті [3]. Вирішальним було питання про те, як зреалізувати такого роду новий фундаментальний план реорганізації медичної освіти. Проглядався великий потенціал конфліктів, оскільки традиційні предмети втратили приблизно 40 % часового ресурсу, який був необхідним для запровадження нового змісту навчання [5].

План реорганізації передбачав повну “ліквідацію” предметів, представлених, зазвичай, науковими структурними підрозділами, оскільки група реформаторів побоювалася, що представники цих предметів будуть вести “боротьбу за виживання”, яка унеможливить справжню реформу. Тому було вирішено зробити наступним чином. У той час як при найменуванні нових модулів надавали значення тому, щоб не допускати ніякого наслідування назв існуючих спеціальних дисциплін, було вирішено, що кожному структурному підрозділу, який ототожнювався з традиційним предметом, мала дістатись “роль приймаючого господаря” для певного модуля навчальної програми. Цей план

мав цілий ряд позитивних наслідків. “Роль приймаючого господаря” вирішальним чином допомогла існуючим структурним підрозділам ідентифікувати себе з новою моделлю організації і краще перенести втрачену “верховенства” над названим предметом. Через ідентифікацію з відповідним модулем, заради якого виконувалась функція “приймаючого господаря”, виникло відчуття відповідальності за цей модуль, а разом з цим і за змістову та організаційну координацію задіяних структурних підрозділів та викладачів [8]. Це було важливо як для змістової концепції, так і для конкретного здійснення навчального та екзаменаційного процесу. У такий спосіб стало можливим також успішно дати необхідне визначення основній організаційній структурі нової навчальної програми. Було досягнуто одностайності у тому, що визначальною парадигмою нової дипломної освіти є “біологічно-психосоціальна модель”. Навчальний процес організувався таким чином, щоб студенти навчалися і сприймали пацієнтів як цілісних особистостей у їх фізичному та духовному вимірах, з їх статусом у відповідних соціальних структурах і системах [14].

Медичні університети в Австрії цілком вільні у побудові і структурі своїх навчальних програм. Тим не менше, нові навчальні програми, які були розроблені ними незалежно один від одного, мають значну подібність [13]. Важливими наріжними каменями для їх розробки стали:

– ранній контакт з найрізноманітнішими аспектами охорони здоров’я;

– поєднання глибокого науково-теоретичного навчання з інтенсивною практичною лікарською підготовкою;

– інтенсивне навчання комунікації, самоаналізу та догляду за пацієнтами;

– інтегративний підхід до перебудови змісту медичної освіти;

– залучення студентів до наукових досліджень [10].

Процес професійної підготовки майбутніх медиків був повністю реорганізований на основі компетентнісного підходу. Навчальні плани, які до цього мали вигляд дворівневої моделі (доклінічна/клінічна фази), були реструктуровані в інтегровані модулі з одним циклом. Модулі та додаткові курси, такі, як відпрацювання практичних вмінь і навичок, інтегрувалися як по горизонталі, так і по вертикалі. Кількість іспитів значно зменшилась, хоча і з місцевими відмінностями – в університетах Відня та Інсбрука студенти складають комплексний тестовий іспит з усіх модулів, які вони проходили за рік, а у Граці завершення кожного модуля супроводжується складанням іспиту [12]. У більшості випадків оцінювання знань студентів здійснюється шляхом проведення письмових тестових іспитів, хоча практичні навички іноді оцінюються за участю викладача. З метою розвитку наукового мислення і сприяння залученню до наукових досліджень усі студенти зобов’язані написати дипломну роботу, яка планується, виконується і захищається під час останнього року навчання [11]. Структура навчального плану Віденського медичного університету відображена у таблиці 2.

**Таблиця 2.** Структура навчального плану Віденського медичного університету після проведення реформи

Назва модуля (лінії)	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS		
		лекцій	практичних	разом
Перший рівень навчання (2 семестри)				
Семестр 1				
Здорова і хвора людина	1DIPLM/M1	4,9	1,7	6,6
Людське тіло	1DIPLM/M2	10,7	1,2	11,9
Від молекули до клітини	1DIPLM/M3	9,3	2,6	11,9
Соціальна компетенція	1DIPLM/ L1	0,2	2,8	3,0
Перша допомога I	1DIPLM/ L2A	0,6		0,6
Факультативні предмети	1DIPLM/ OPT1			0,7
Разом за семестр				34,7
Семестр 2				
Функціональні системи та біологічна регуляція	1DIPLM/M4	8,9	1,5	10,4
Генетика, молекулярні та клітинні зв’язки	1DIPLM/M5	4,2	1,8	6,0
Людина в навколишньому середовищі, сім’ї і суспільстві	1DIPLM/M6	4,9	1,1	6,0



Назва модуля (лінії)	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS		
		лекцій	практичних	разом
Семестр 2				
Перша допомога II	1DIPLM/L2B		1,1	1,1
Фізикальні методи обстеження здорової людини	1DIPLM/L3A		1,1	1,1
Факультативні предмети	1DIPLM/ OPT2			0,7
Разом за семестр				25,3
Всього за рік				60
Другий рівень навчання (4 семестри)				
Семестр 3				
Наука і медицина	2DIPLM/M7	1,4	4,3	5,7
Хвороби, їх походження та симптоматика	2DIPLM/M8	8,2	3,1	11,3
Хвороби, їх прояви, клініка, загальна фармакотерапія	2DIPLM/M9	6,3	5,0	11,3
Збирання лікарського анамнезу А	2DIPLM/ L4A		1,1	1,1
Основні медичні навички	2DIPLM/ L5		1,1	1,1
Проблемно-орієнтоване навчання	2DIPLM/ L6		2,1	2,1
Факультативні предмети	2DIPLM /OPT3		0,7	0,7
Разом за семестр				33,2
Семестр 4				
Ендокринологія і обмін речовин	2DIPLM/M10	4,2	1,6	5,8
Серцево-судинна система і кров	2DIPLM/M11	6,2	4,2	10,4
Дихальна система	2DIPLM/M12	3,7	2,0	5,7
Збирання лікарського анамнезу В	2DIPLM/L2B		0,5	0,5
Фізикальні методи обстеження здорової людини	2DIPLM/L3B		1,1	1,1
Проблемно-орієнтоване навчання	2DIPLM /L7		2,1	2,1
Пропедевтика в протоколах	2DIPLM /L8		0,5	0,5
Факультативні предмети	2DIPLM /OPT4			0,7
Разом за семестр				26,8
Всього за рік				60
Семестр 5				
Харчування і травлення	3DIPLM/M13	4,1	2,6	6,7
Нирки і гомеостаз	3DIPLM/M14	3,4	1,7	5,1
Сексологія, репродукція, вагітність і пологи	3DIPLM/M15	5,0	1,7	6,7
Новонароджені, дитячий та підлітковий вік	3DIPLM/ L4A	5,5	1,3	6,8
Проблемно-орієнтоване навчання	3DIPLM/ L9		1,9	1,9
Реанімаційні заходи I	3DIPLM/ L10A		0,9	0,9
Спеціальні методи дослідження I	3DIPLM/ L11A		0,9	0,9
Клінічні протоколи	3DIPLM/ CLS1			2,0
Факультативні предмети	3DIPLM /OPT5			0,7
Разом за семестр				31,7
Семестр 6				
Методологія медичної науки SSM2	3DIPLM/M17	1,0	4,0	5,0
Шкіра та органи чуття	3DIPLM/M18	5,0	1,7	6,7
Мозок, нервова система і біль	3DIPLM/M19	8,1	1,9	10,0
Неврологічний статус	3DIPLM/L12		0,9	0,9
Проблемно-орієнтоване навчання	3DIPLM /L13		1,9	1,9
Протоколи	3DIPLM/ CLS2			2,0
Факультативні предмети	3DIPLM /OPT6			0,7
Збирання лікарського анамнезу В	3DIPLM/ L4C		0,9	0,9
Разом за семестр				28,3
Всього за рік				60

Продовження табл. 2

Назва модуля (лінії)	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS			
		лекцій	практичних	разом	
Третій рівень навчання (6 семестрів)					
Семестр 7					
Психічні функції у здорової та хворої людини	4DIPLM/M20	6,8	4,1	10,9	
Опорно-руховий апарат	4DIPLM/M21	7,0	1,7	8,7	
Здоров'я, навколишнє середовище, професійні хвороби	4DIPLM/M22	6,8	2,0	8,8	
Проблемно-орієнтоване навчання	4DIPLM/ L16		2,5	2,5	
Спеціальні методи обстеження	4DIPLM/ L11B		0,6	0,6	
Основи ультрасонографії	4DIPLM/ L15		0,6	0,6	
Спеціальні діагностичні практичні навички	4DIPLM/ L14		1,2	1,2	
Факультативні предмети	4DIPLM /OPT7			0,7	
Клінічні протоколи	4DIPLM/ CLS3			2,0	
Разом за семестр				35,8	
Семестр 8					
Лікар і етика	4DIPLM/M23	5,4	3,3	8,7	
Проектове навчання SSM3	4DIPLM/M24	1,3	7,2	8,5	
Реанімаційні заходи та невідкладна допомога II	4DIPLM/ L10B		0,6	0,6	
Факультативні предмети	4DIPLM/ OPT8			0,7	
Проблемно-орієнтоване навчання	4DIPLM/L17		2,5	2,5	
Спеціальні методи обстеження II	4DIPLM /L11C		1,2	1,2	
Клінічні протоколи	4DIPLM / CLS4			2,0	
Разом за семестр				24,2	
Всього за рік				60	
Предмет	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS			
		лекції	практичні, семінари	клінічна практика	разом
Семестр 9					
Внутрішня медицина I	5DIPLM/ INTM1		3,3	3,3	6,6
Внутрішня медицина II	5DIPLM/ INTM2		2,5	3,3	5,8
Невідкладна допомога	5DIPLM/EMM	1,1	1,4	3,3	5,8
Клінічна діагностика	5DIPLM/ L18		3,3		3,3
Загальна медична практика	5DIPLM/ L19A		1,2		1,2
Семестр 10					
Хірургія I	5DIPLM/ SURG1		3,3	3,3	6,6
Хірургія II	5DIPLM/ SURG2		2,5	3,3	5,8
Прикладні медичні науки	5DIPLM/ AMSC1	1,1	3,9		5,0
Факультативні предмети	5DIPLM / OPT9				1,5
Клінічні протоколи	5DIPLM/ CLS5				8,0
Дипломна робота А	5DIPLM / THESA				10,0
Всього за рік					60
Семестр 11					
Неврологія	6DIPLM/NEUR	1,1	1,9	2,8	5,8
Психіатрія	6DIPLM/PSYC	1,1	2,2	2,5	5,8
Педіатрія	6DIPLM/PED	1,1	1,4	3,3	5,8
Загальний догляд за пацієнтами	6DIPLM /L20		3,3		3,3
Загальна практика	6DIPLM /L19B			1,3	1,3
Семестр 12					
Акушерство та гінекологія	6DIPLM/ GYN		2,5	3,3	5,8
Офтальмологія	6DIPLM/ OPHT	0,8	0,8	1,3	3,9
Оториноларингологія	6DIPLM/ ORL	1,1	0,8	1,4	3,3
Дерматологія	6DIPLM / DERM	0,8	1,9	1,4	4,2
Прикладні медичні науки II	6DIPLM / AMSC2	0,3	1,4		1,7
Факультативні предмети	6DIPLM/ OPHT10				1,5
Дипломна робота В	6DIPLM / THESB				10,0
Клінічні протоколи	6DIPLM/ CLS6				8,0
Всього за рік					60

Однією з найбільших проблем, що тривалий час не вирішувалася і гальмувала реформування медичної освіти, був безкоштовний вступ до вищих навчальних закладів Австрії. До рішення суду ЄС у 2005 році в країні був політичний консенсус стосовно того, що в країні має бути дозволений необмежений допуск до вступу в університети. Однак це входило в протиріччя з можливостями медичних факультетів. Вибір був в основному самовибором [10]. Упровадження процедури попереднього відбору докорінно змінило стан справ. У сучасних умовах співвідношення заяв на вступ становить приблизно п'ять до одного. Абсолютно нові і незнайомі процедури прийому були предметом палких суперечок на території всієї країни. У ході обговорення панувала помилкова думка, що вступні випробування повинні мати прогностичне значення, гарантуючи, що випускники будуть "хорошими" лікарями, у той час як процедура була задумана як спосіб справедливого відбору, що базується на академічній успішності вступника. Однак у процесі проведення вступних випробувань і Європейська система здатності до опанування медицини (EMS), яку використовують Віденський та Інсбрукський медичні університети, і місцева система вступних випробувань застосовується медичним університетом Граца) добре себе зарекомендували [14].

Зважаючи на автономію австрійських університетів, кожен з них використовує різні процедури прийому. Медичні університети Відня та Інсбрука вирішили співпрацювати в цьому плані і застосовують відомий інструмент для перевірки академічних здібностей абітурієнтів, так званий "Eignungstest für das Medizinstudium in Österreich" (EMS, тест на придатність до вивчення медицини в Австрії), а в Граці використовують самостійно розроблені викладачами університету тести для перевірки знань з профільних предметів (біології, хімії, математики, фізики) [13].

В Австрії досвід впровадження тестових вступних випробувань виявив різкий контраст з попереднім досвідом у Німеччині та Швейцарії – результати тестування у жінок були значно гіршими, ніж у чоловіків в усіх трьох університетах. Тому виникли дебати щодо подолання цього гендерного розриву. Було поглиблено проаналізовано процедуру допуску до вступних випробувань та можливі основні причини гендерних відмінностей, які були зумовлені відмінностями у процесі їх соціалізації в системі середньої освіти [3].

У 2002 році в австрійське законодавство було впроваджено елементи Болонського процесу, що стосуються медичної освіти (наприклад, забезпечення контролю якості освіти, впровадження кредитів ECTS,

європейського додатка до диплома). З метою ліквідації основного джерела опору змінам медична освіта була побудована як одноетапний шестирічний дипломний курс. Поправки до закону 2009 року, які вступають в силу у 2012 році, змінять одноетапну модель навчального плану на двоетапну, в якій будуть реалізовані нові навчальні програми медичної освіти. Існуючі навчальні програми можуть залишатися незмінними, але медичні університети в змозі будуть вільно обирати навчання в системі бакалавр-магістр, якщо вони захочуть це зробити [3].

Наслідки змін протягом останнього десятиліття можуть бути визначені на різних рівнях системи освіти – університетському, національному і міжнародному.

Нові навчальні структури потребували інших методів управління та керівництва. Перехід від навчальної організації з чіткою послідовністю дисциплінарних ліній до комплексних інтегрованих програм з тематичною модульною організацією допомогло перемістити децентралізовані ресурси на новий, більш високий рівень організаційної структури в межах університету (хоча деталі відрізняються у різних університетах). Зміст та контроль знань плануються координаторами, які відповідають за модулі чи різні фази навчальної програми. Як результат формується основна структура міждисциплінарних зв'язків, яка повністю відрізняється від попередньої структури, заснованої на дискретних предметах [5].

Важливими стали зміни до нових методів оцінювання знань, які були реалізовані в Австрії досить пізно, порівняно з аналогічними змінами в Німеччині та Швейцарії. Такі заходи, як розподіл функцій учасників (кафедри не беруть участі у проведенні незалежного тестування, вони тільки готують банк тестових завдань), прозорість процедур, можливість доступу до бази завдань, що виносяться на іспит, і перегляду своїх результатів після іспитів, постійне застосування "принципу чотирьох очей" для контролю якості тестових завдань, обговорення проблем щодо проведення іспитів під час спілкування зі студентами, застосування об'єктивних методів оцінювання та наявність зворотного зв'язку за результатами проведення незалежного оцінювання значно покращили якість цього ключового чинника освіти, який був дуже неструктурованим і ненадійним у минулому [6].

У результаті акцентування уваги на навчання й оцінювання практичних вмій і навичок були створені навчальні центри в усіх медичних навчальних закладах Австрії. Необхідність структурування та підтримки процесу викладання стали стимулом для використання стратегії електронного навчання [8].

Австрійські дослідники вказують на можливість виникнення проблем, коли будуть повністю реалізовані зміни в програмі. Однією з них є зниження продуктивності роботи, яке майже неминуче виникає, коли відмовляються від традиційних програм, за якими працювали багато років. Проблеми такого роду, ймовірно, мали місце в усіх університетах і розглядалися по-різному. У Відні були зроблені деякі зміни і коректування початкових намірів, як описано в доповіді комісії з добровільної акредитації проекту. У медичному університеті Граца необхідно було подолати значний опір змінам, що і було зроблено шляхом ретельної зовнішньої експертизи. В Інсбруку нові методи оцінювання, які було заплановано спочатку, були призупинені, і комплексне оцінювання було відкладене до тих пір, поки всі студенти першого набору не завершили навчання за новим навчальним планом [8].

Значне скорочення відсіву і середньої тривалості навчання відкриває нові можливості для студентів. Хоча офіційні дані Міністерства відсутні, медичні університети звітують, що до завершення 12–14 семестрів навчання відсів складає менше 10 %. Це стосується не тільки кар'єри окремих студентів, але і планування розвитку людських ресурсів у секторі охорони здоров'я [11].

Змінюється також перехід від додипломної освіти до післядипломної. У двох університетах (Граца та Інсбрука) останній рік навчання передбачає виключно клінічну підготовку, у Віденському медичному університеті також відбуваються зміни в цьому напрямі. У поєднанні з існуючим каталогом кваліфікаційних вимог до дипломованого спеціаліста це сприятиме відповідності медичної освіти в усіх німецькомовних країнах, а значить індивідуальній мобільності і можливості для працевлаштування [9].

У зв'язку з новими вимогами щодо освітніх компетенцій (викладання, навчання, оцінювання, оцінка) з'являються нові можливості для викладачів у професійній кар'єрі в галузі освіти. У 2009 році були реалізовані нові критерії заохочення викладачів усіх медичних університетів, що передбачає їх участь в освітніх проєктах усіх європейських країн. Це, у свою чергу, вимагає структурованої програми для розвитку післядипломного навчання професорсько-викладацького складу університетів [8].

### Література

- Гіббс Т. Відкрите обговорення системи медичної освіти в Україні : на початку нової ери / Тревор Гіббс // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 5 – 6.
- Медицинское образование в мире и в Украине / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец, и др.]. – Харь-

Міжнародні дискусії все частіше стосуються Болонського процесу в медичній освіті. Суперечки про наявність одно- чи двоциклових навчальних планів часто затмарюють інші важливі питання. Важливою особливістю австрійського підходу є вертикальна структуризація медичної освіти. Кваліфікаційний рівень “лікар” (шість років, 5500 годин) вважається професійною кваліфікацією. Найвищим рівнем відповідно до Болонського підходу є отримання ступеня доктора філософії (3 роки навчання після отримання диплома лікаря), що надає широкі можливості для професійної кар'єри в майбутньому. Таким чином, обидва рівні (доктор філософії і спеціаліст) чітко регламентовані. Впровадження базової кваліфікації бакалавра в галузі медицини стало можливим завдяки поправкам до Закону про університети 2009 року. Це відкрило можливість для впровадження курсу бакалавра, якщо в цьому буде термінова необхідність чи виникнуть додаткові можливості самореалізації (наприклад, міжпрофесійна освіта, робота у сфері організації охорони здоров'я тощо) [5].

Важливим критерієм на міжнародному рівні є мобільність, як протягом проходження курсу навчання, так і післядипломного навчання. Австрійський випускник у найближчому часі буде на рівних з випускниками інших німецькомовних країнах як формально, так і щодо якості їх освіти, і вони більше не будуть обтяжені недоліками (наприклад, щодо післядипломного навчання в Німеччині), які в даний час все ще існують [13].

**Висновки.** З'ясовано, що проведення глобального реформування медичної освіти в Австрії було наслідком дії багатьох чинників. Зміни стосуються як дипломної, так і післядипломної освіти. Модернізація навчального плану істотно впливає на університетські інституції, які забезпечують координацію, фінансування, логістику, якість і підвищення кваліфікації викладачів. Зміни вплинули на студентів, які навчаються в принципово інших умовах (прийому, тривалості навчання, кваліфікації спеціалістів тощо).

Важливим активом австрійської системи є хороші можливості для співпраці між медичними університетами, які отримують вигоду від сумісних дій, створених спільними зусиллями, але все ж залишаючись автономним і здатними визначати свої власні стратегії розвитку і вдосконалення.

ков : ИПП “Контраст”, 2005. – 464 с.

- Evaluation des Studiums Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien – „Pilotprojekt Akkreditierung“ / Aretz T., Fischer M., Kadmon M. [et al.] Bericht des Review-Teams. Wien: Österreichische Qualitätssicherungsagentur;



2009. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: < [http://www.aqa.ac.at/file\\_upload/MUW2009\\_Gutachterbericht.pdf](http://www.aqa.ac.at/file_upload/MUW2009_Gutachterbericht.pdf) > – Загол. з екрану. – Мова нім.

4. Billroth Th. *Über das Lehren und Lernen der Medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Universitäten, eine culturhistorische Studie* / Theodor Billroth. – Wien, 1876. – 235 s.

5. Curricular Change in Medical Schools: How to Succeed / C. J. Bland, S. Starnaman, L. Wersal [et al.] // *Academical Medicine*. – 2000. – № 75(6). – P. 575–594.

6. Elliger T. *Die Medizinerbildung in Österreich, Analyse eines Studiengangs in seinem historischen und sozialen Kontext* / Tilman Elliger. – München, 1986. – 250 s.

7. The Process of Defining a Profile of Student Competencies at the University of Vienna Medical School / P. Merl, G. S. Csanyi, P. Petta [et al.] // *Medical Education*. – 2000. – № 34(3). – P. 216–221.

8. Assessment at Austrian Medical Schools - Results of a 2007 Survey / H. Plass, L. W. Schuwirth, M. Killer [et al.] // *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. – Witten, 2007. – № 2(3). – S. 41–56.

9. Proding W. *Studienreform Humanmedizin Innsbruck* / W. Proding // *Hochschulentwicklung*. – 2008. – № 3(3). –

S. 1–16.

10. Die Reform des Medizinstudiums an der Medizinischen Fakultät / Reibnegger G., Haas J., Neges H., Smolle J. // *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. – Witten, 2008. – № 3(3). – S. 48–61.

11. Schober B. Young physicians' competences from different points of view / B. Schober, C. Spiel, R. Reimann // *Medical Teacher*. – 2004. – № 26(5). – P. 451–457.

12. Virtueller Medizinischer Campus Graz: eine e-Learning Umgebung wird 5 Jahre alt. / R. Staber, J. Smolle, P. Bauer [et al.]. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: < <http://www.egms.de/en/journals/mbi/2007-7/mbi000095.shtml> > – Загол. з екрану. – Мова нім.

13. Stoffler G. *Reform des Studiums der Humanmedizin* / G. Stoffler, N. Mutz, J. Striessing. – Innsbruck: Universität Innsbruck, Medizinische Fakultät; 2000. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: < [http://www.i-med.ac.at/lehre/lehre/lehrinhalte/stuko\\_entwurf\\_01\\_2000.pdf](http://www.i-med.ac.at/lehre/lehre/lehrinhalte/stuko_entwurf_01_2000.pdf) > – Загол. з екрану. – Мова нім.

14. Trappl R. *Die theoretische und praktische Einführung in Wissenschaft und Medizin in einem speziellen Studienmodul* / R. Trappl, R. Marz // *Medizinische Ausbildung*. – 2002. – № 19(2). – S. 238–241.

УДК [ 616 – 089: 614. 25] = 161. 2

## **МАЙБУТНЬОМУ ЛІКАРЮ ДОСКОНАЛІ ЗНАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ**

**В. І. Ляховський, Д. Г. Дем'янюк, О. М. Люлька, О. П. Ковальов, І. І. Немченко,  
М. О. Дудченко, В. П. Дмитренко**

*Вищий державний навчальний заклад “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

## **PERFECT KNOWLEDGES OF THE UKRAINIAN LANGUAGE FOR FUTURE DOCTOR**

**V. I. Liakhovskyi, D. H. Demyaniuk, O. M. Liulka, O. P. Kovaliov, I. I. Niemchenko,  
M. O. Dudchenko, V. P. Dmytrenko**

*Higher State Educational Establishment “Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava*

Виконали поглиблений аналіз 256 письмових робіт студентів 4 та 6 курсів з навчальної дисципліни “Хірургія”. Метою роботи було вияснити, як студенти в процесі навчання використовують та поглиблюють знання рідної української мови. Цікавила будова тексту, ознаки тексту, зв'язок речень у тексті, послідовність викладу, використання мовних засобів, стиль мовлення, формування речень, дотримання правил правопису та пунктуації. Дійшли висновку, що при написанні тексту студенти допускають помітні помилки з розділу раціональної будови тексту, мови, стилю розповіді, правопису та пунктуації. Поглиблення знань рідної мови можна добитися шляхом частішого використання письмової форми контролю знань, систематичним розглядом допущених помилок.

© В. І. Ляховський, Д. Г. Дем'янюк, О. М. Люлька та ін.

The extended analysis of 256 writing works of the 4<sup>th</sup> and the 6<sup>th</sup> courses students on academic subject “Surgery” was done. The purpose of the work was to find out in what way students use and extend their knowledge of the native Ukrainian language in the process of study. Composition of a text, connection between sentences in the text, consequence of exposition, usage of the language means, style of narration, sentence composition, compliance of the writing system and punctuation were taken into account. To extend the knowledge of the native language may be succeeded by the partial usage of writing form of knowledge control and systematical examination of the mistakes.

**Вступ.** Відомий письменник, драматург, публіцист, фундатор літературної мініатюри, лікар А. П. Чехов говорив, що у людини повинно бути все прекрасне: мова, одяг, манери, поведінка. Це видимі зовнішні характеристики особистості. У поєднанні з психологічними: поміркованість, непохитна воля, цілеспрямованість, тверда громадянська позиція, прояви патріотизму, захисту національної ідеї – роблять особистість органічною, здатною вести за собою маси [1, 2, 3, 5]. До згаданого сьогодні дуже слушно додати ще одну характеристику – вільне глибоке володіння рідною українською мовою [4, 6]. Чим би не закінчилися жваві дискусії відносно мовної проблеми, варто завжди пам’ятати одне: мова є і залишиться головною характеристикою всякої нації. Розмова про інтернаціоналізм може вестися лише з позиції збагачення рідної мови.

Специфічність підготовки фахівців у медичному вузі не передбачає студентам постійно, у рамках передбачених програм, удосконалювати свої знання з рідної української мови. Переважна спрямованість усної форми навчання та контролю знань сприяє короткочасному виживанню знань з української мови, отриманих у середній школі. У викладачів та наставників, чий прагнення спрямовані перш за все на якість та глибину засвоєння специфічних знань, допущені студентами помилки в письмовій та в усній мові нерідко переходять у ряд непомічених, другорядних, не виправлених. Так реалізується “право” на їх вживання, поглиблення та повторення. А між тим, освіченість майбутнього фахівця – це якісний фон, на якому формується майбутній фахівець. Це особа, яка за своїми моральними та професійними обов’язками повинна нести в маси зразок завершеного, доброго, сучасного.

**Мета дослідження.** Поставили за мету в’яснити, як студенти в процесі навчання використовують та поглиблюють отримані знання рідної мови. А кінцевою нашою метою було визначити об’єм роботи, методикі праці з майбутніми фахівцями, студентами старших курсів навчання з наміром можливого усунення виявлених недоліків. Адже впродовж свого свідомого життя лікареві доведеться працювати з людьми, бути взірцем освіченості, людиною, яка засвоїла й зробила власним надбанням здобутки науки, культури, мистецтва. Успішно примножити, передати їх оточуючим вдається лише мовою спілкування за умов досконалого володіння рідною мовою.

**Основна частина.** Дослідження виконали шляхом аналізу письмових робіт під час проведення поточно-го контролю знань та підсумкового модульного контролю серед студентів 4 і 6 курсів з навчальної дисципліни “Хірургія”. Темі робіт добирали з програмного матеріалу. Пропонувалося письмово висвітлити ключові моменти з певного розділу хірургії. На початку викладу студенти мали перш за все акцентувати увагу на захворюваності та розповсюдженості захворювання, що має вагоме медичне та соціальне значення. Кульмінацією тексту мав бути виклад сучасних можливостей розпізнання хвороби, лікування хворих. У заключній частині тексту треба було коротко нагадати про можливість попередження захворювання на сучасному етапі розвитку суспільства.

Аналізували 256 робіт. Нас цікавили такі питання: будова тексту (текст-розповідь, текст-опис, текст-роздум). Ознаки тексту: тема, основна думка, короткий висновок, зв’язок речень у тексті, послідовність викладу, використання мовних засобів. Побудова тексту – наявність зав’язки, основної частини, розв’язки. Стиль мовлення – розмовний, науковий, художній, публіцистичний, діловий. Формування речень – непоширені речення, поширені, прості, складні. Дотримання основних правил правопису слів, основних правил пунктуації.

При викладі тексту 151 (56,9 %) студент вибрав текст-розповідь, 57 (22,2 %) – текст-опис, 48 (18,7 %) – текст-роздум. Вважаємо, що всі перераховані форми тексту мають право на використання і оцінені нами позитивно. Проте, вдаючись до тексту-роздуму, студенти змогли більш переконливо висвітлити знання розділу програми. Власні думки, що викладалися при цьому, дозволили судити про те, що матеріал глибоко засвоєний, осмислений і усвідомлений. Народилися нові думки, які дали можливість поглибити та закріпити вивчене.

Розмовний стиль викладу переважав і зустрівся в 220 (85,9 %) письмових роботах. У 42 (19,0 %) з них він схилився до побутового. Науковий стиль переважав у 36 (14 %) відповідях. Виходимо з того, що студенти під час навчання при написанні робіт повинні дотримуватися переважно наукового стилю викладу. Головна ознака тексту – тема та висновки, що випливають із тексту, висвітлені в 197 (76,9 %) роботах. Дотримувалися належної по-

слідовності викладу змісту, зв'язку речень – 114 (44,5 %) осіб. Мовні засоби, що підсилюють, відтіняють думку, сприяють кращому запам'ятовуванню, зустрілися рідко – у 29 (11,3 %) текстах. На нашу думку, цим мовним засобом скористалися творчі особистості. Враховуючи дефіцит часу, характер матеріалу, інші студенти до цього засобу не вдавалися. Виділення необхідних абзаців у повній мірі відмітили лише у 21 (8,6 %) тексті.

Великої уваги заслуговує питання побудови речень: непоширених, поширених, простих – з однією граматичною основою, складних, що мають кілька граматичних основ. Непоширених речень, які складаються з одного підмета та присудка – ми не відмітили. Правильно граматично побудовані поширені речення відмічено в 109 (42,5 %) роботах. Переважна більшість текстів викладена складними, ускладненими реченнями. Серед них переважають складнопідрядні. Складносурядні речення зустрілися в 56 (21,8 %) текстах. Нераціональне поєднання в одному реченні кількох підрядних частин мало місце в 48,3 % текстів, написаних із переважним використанням складнопідрядних речень. Вважаємо, що зміст такого речення важко сприймається, перевантажує уяву. Виклад тексту такими реченнями вважаємо недоцільним.

Стосовно правопису вимушені наголосити на таких неточностях. У 93 (36,3 %) текстах ігнорується велика буква. Речення розпочинається з малої літери або імпровізується друкована літера не виділена розміром серед інших. У 52 (20,3 %) відповідях не ставиться крапка в кінці речення. Схильність до по-

будови речень з однорідними членами відмічено в 22 (8,5 %) роботах. У переважній кількості однорідні члени речень розміщувалися після узагальнюючого слова й виділялися необхідними розділовими знаками. У випадках розміщення однорідних членів речення в середині або узагальнюючого слова за однорідними членами речення допускалися помилки в розміщенні розділових знаків. При викладі тексту вставні слова використані в 32 (12,5 %) текстах. Проте вони виділялися комами лише в 13 роботах. Були прийняті за вставні слова вирази “навіть”, “майже”, “приблизно” в 17 (6,6 %) письмових відповідях. Частини складносурядних речень не розділялися комами в 71 % текстів. Розміщення тексту на стандартному аркуші паперу А-4 виявилось з порушеннями в 93,2 % роботах. Нами відмічені помилки в правописі деяких префіксів, вживання апострофа та інші.

Отже, при написанні тексту – письмової відповіді на визначену тему в рамках поточного, підсумкового контролю знань – студенти вдаються до складних, переважно складнопідрядних речень.

**Висновки:** 1. Допускаються помітні помилки з розділу раціональної будови тексту, мови, стилю розповіді, правопису та пунктуації.

2. Головною причиною допущених помилок вважаємо переважаючу систему усних занять, надмірне захоплення технічними засобами навчання.

3. Поглиблення знань студентів з української мови можна добитися шляхом частішого використання письмової форми контролю знань, систематичним аналізом допущених помилок.

### Література

1. Василюк В. М. Основи клінічного мислення / В. М. Василюк, Н. В. Кравчук, В. В. Василюк // Медична освіта. – 2004. – № 3–4. – С. 33–36.
2. Формування суспільної свідомості у студентів медичних вузів / І. О. Гіленко, Д. Г. Дем'янюк, В. І. Ляховський, О. А. Крижанівський // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 39–42.
3. Дзяк Г. В. Педагогічні аспекти гуманітарного виховання у вищому навчальному закладі за роки незалежності (досвід Дніпропетровської державної медичної академії) / Г. В. Дзяк,

Т. О. Перцева, Т. В. Святенко // Медична освіта. – 2004. – № 2. – С. 17–23.

4. Коцюбинська Н. М. Український правопис у таблицях / Н. М. Коцюбинська, А. І. Коцюбинська. – Харків, 2007. – 64 с.

5. Литвинова О. Н. Методологічні особливості формування гуманітарних поглядів у студентів-медиків / О. Н. Литвинова, Н. О. Лісовська, Т. І. Андрієвська // Медична освіта. – 2003. – № 4. – С. 19–21.

6. Український правопис. – К. : Наукова думка, 2000. – 234 с.

УДК 808.2:378.147.33] 054.6

## ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ З АНЕСТЕЗІОЛОГІЄЮ № 2

О. В. Олійник, А. Р. Вайда, А. Я. Господарський, С. Я. Костів, І. В. Чепіль,  
В. В. Гнатів, О. І. Костів

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## EXPERIENCE OF TEACHING OF FOREIGN STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF SURGERY WITH ANESTHESIOLOGY № 2

O. V. Oliynyk, A. R. Vayda, A. Ya. Hospodarskyi, S. Ya. Kostiv, I. V. Chepil, V. V. Hnativ,  
O. I. Kostiv

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

Стаття присвячена аналізу досвіду навчання іноземних студентів в ТДМУ. Описані основні методики, що застосовуються в процесі навчання, роль самостійної підготовки.

The article adduces the analysis of teaching experience of foreign students in Ternopil State Medical University. It was analyzed the peculiarities and questions of the students' teaching, the role of the students' self preparing.

**Вступ.** Кредитно-модульна система навчання все більше приваблює іноземних громадян, про що свідчить динамічне зростання їх кількості на медичному факультеті. Така тенденція обумовлена, по-перше, розширенням міжнародних зв'язків України, визнанням її як самостійної демократичної держави світовим співтовариством, з іншого боку – конкурентоспроможністю освіти, здобутої в стінах українських вищих навчальних закладів [1–3].

**Основна частина.** На кафедрі хірургії з анестезіологією № 2 Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського існує методичне забезпечення у вигляді матеріалів для підготовки до практичних занять, презентацій лекцій, методичних розробок для студентів, алгоритмів практичних навичок, методичних розробок для викладачів. Все це існує у паперовому і електронному варіанті, і студенти мають до цього вільний доступ.

Велику роль у самостійній підготовці до практичного заняття відіграє тестовий контроль знань у системі "Moodle". Роль тестування у системі навчання студентів зростає з кожним роком, за допомогою чого підвищується рівень знань студентів. Це розвиває особистість учня, його наполегливість. Лікар повинен постійно вдосконалювати свої знання протягом всього професійного життя, тому робота з тестовими завданнями – це школа для майбутнього професіонала. По-

ряд з тим, тестовий самоконтроль є важливою мотивацією для підготовки до семестрових іспитів, а також екзаменаційного контролю "Крок-2". Адже студент, що не склав ліцензійний іспит, не має права переходити на інший рівень навчання і отримати диплом про закінчення вищого навчального закладу.

Розподіл тестів по темах дозволяє використовувати їх на різних курсах, де ці теми вивчаються, а їх повторення – покращити результати засвоєння. Щоденне розв'язання тематичних тестових завдань вимагає від студентів досконалої теоретичної підготовки до заняття. Зростаюча щорічна кількість тестових завдань підштовхує студентів їх "зрозуміти, замість запам'ятати". Цьому сприяє введення в тестову систему "Moodle" ситуаційних задач, а також ілюстрованих питань, частка яких сягає 25 %.

Важливим в цьому питанні є те, що всі студенти забезпечені базовим підручником "Клінічна хірургія", який перекладений на англійську мову і на основі якого складена переважна частина питань. Проте основна кількість студентів, готуючись до занять, користується лише підручником, незважаючи на те, що підготовка передбачає використання монографій, наукових статей зі спеціальності і даних Інтернету. Зокрема, відсоток правильних відповідей різко падає, коли питання складені не на основі підручника, а базуються на лекційному матеріалі.

© О. В. Олійник, А. Р. Вайда, А. Я. Господарський та ін.



Велика увага приділяється опануванню практичних навичок. Практичні навички розподілені за темами модулів. Методика виконання практичної навички детально пояснюється і демонструється викладачем під час практичних занять. Алгоритм кожної практичної навички винесений на WEB-сторінку університету, де студент крок за кроком може її повторити. Під час самостійної роботи студенти можуть з'ясувати незрозумілі моменти виконання практичної навички і удосконалити її виконання. Рівень оволодіння практичною навичкою оцінюється як з точки зору теоретичного знання, так і виконання її на практиці на фантомі, згодом, під контролем викладача самостійно в стаціонарі. Найбільшу можливість для цього студенти мають під час курації хворих і написання історії хвороби. В цей час особливо важливим є участь викладачів, які, проводячи заняття у англомовних студентів, докладно англійською мовою доводять до відома студентів ті чи інші питання.

Важливим моментом в підготовці практичної діяльності студентів є реорганізація клінічної бази в університетську клініку. Це дало змогу більш ширше залучати студентів в обстеження хворих, брати участь в діагностичних маніпуляціях. Також створення університетської клініки забезпечує вищий рівень взаємовідносин між студентами та практичними лікарями, медичним персоналом, до них ставляться як до молодших колег, вони беруть участь в клінічних розборах та обговореннях, клінічних конференціях.

Організація навчального процесу та поточного контролю на кафедрі хірургії з анестезіологією № 2 характерна тим, що вона не обмежена оцінкою знань студентів тільки використанням тестових завдань та ситуаційних задач, враховуючи недоліки одностороннього контролю. Нами опрацьована, обговорена на засіданнях кафедри і впроваджена в навчальний процес система оцінювання знань, яка включає опитування студентів, освоєння ними практичних навичок, вирішення тестових завдань і ситуаційних задач та контроль виконання деонтологічних вимог з об'єднанням в одну традиційну оцінку.

Таким чином, самостійна праця студентів при підготовці завдань у домашніх умовах, активна позиція на практичному занятті, курація хворих з наступним написанням історії хвороби формує в майбутнього лікаря необхідність постійного самовдосконалення, потреби спілкування з хворими, розвиває клінічне мислення, стимулює відновлення знань з фундамен-

тальних дисциплін та використання додаткової медичної літератури.

В полі зору викладачів кафедри постійно знаходяться студенти, що мають численні пропуски як занять, так і лекцій. Слід зазначити, що відробки пропущених занять не відповідають повноцінному практичному заняттю. По-перше, на відробки переважна кількість іноземних студентів з'являється за 1-2 тижні до семестрових іспитів. По-друге, реферати з тем пропущених лекцій у більшості студентів не відповідають на запитання програми, написані поверхнево, часто передруковані із мережі Інтернет. Нерідко студенти приходять невідготовлені. По-третє, і найголовніше, студентам-прогульникам важко створити умови для повноцінного набуття практичних навичок у вечірні години і, часто, такі студенти не засвоюють елементарні практичні навички, отримують незадовільні оцінки на об'єктивному структурованому клінічному іспиті. Особливо це стосується вивчення анестезіології, оскільки у відділення ВАІТ доступ різко обмежений, а оперативні втручання у вечірній час не заплановані.

Важливою проблемою викладання студентам-іноземцям є недостатнє знання їх української мови, що особливо чітко відчувається у викладанні фундаментальних дисциплін, де студентам необхідно розуміти образну мову, крім українських назв запам'ятовувати латинські та грецькі терміни. Якщо у вихідців із країн СНД, громадян Польщі та нащадків вихідців з України, які мешкають у Канаді, США, практично відсутній мовний бар'єр, і великих труднощів у засвоєнні навчального матеріалу ці студенти не відчувають, то у студентів з країн Близького Сходу, Центральної Африки низький рівень знань української мови, їхній лексичний запас недостатній для засвоєння достатньою мірою лекційного матеріалу, українські медико-біологічні терміни викликають у них суттєві труднощі.

**Висновок.** Організація навчального процесу серед іноземних студентів в умовах кредитно-модульної системи має свої особливості. Особливо це стосується підготовки студентів – іноземних громадян. За умов впровадження кредитно-модульної системи тільки удосконалення системи викладання, різнобічний підхід до педагогічного процесу, який включає підвищення ролі самопідготовки студентів, впровадження комп'ютерних технологій дають змогу раціонально організувати навчання та підвищити його ефективність.

## Література

1. Інтенсифікація навчального процесу студентів при вивченні тестових завдань під час практичних занять на клінічних базах / О. В. Громов, П. Г. Герасимчук, М. О. Коваленко, М. В. Василюшина // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 11–12.

2. Особливості роботи з іноземними студентами при вивченні госпітальної хірургії / І. О. Гіленко, Д. Г. Дем'янюк,

В. І. Ляховський [та ін.] // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 27–29.

3. Актуальні аспекти викладання загальної хірургії відповідно до вимог Європейського освітнього простору / Я. Й. Крижановський, В. С. Кульбака, В. М. Меллін [та ін.] // Медична освіта. – 2010. – № 1. – С. 52–53.

УДК 378.147:616.8

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ РОБОТИ, ЯКА ПРОВОДИТЬСЯ НА КАФЕДРІ НЕЙРОХІРУРГІЇ І НЕВРОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський, О. М. Стоянов,  
Н. В. Добровольська

*Одеський державний медичний університет*

## SOME ASPECTS OF CONSULTING WORK CONDUCTING AT THE DEPARTMENT OF NEUROSURGERY AND NEUROLOGY OF ODESSA STATE MEDICAL UNIVERSITY

A. S. Son, V. V. Dobrovolskyi, Yu. I. Horanskyi, O. M. Stoyanov, N. V. Dobrovolska

*Odessa State Medical University*

У статті представлений аналіз методичних підходів проведення консультативної роботи співробітниками кафедри нейрохірургії і неврології Одеського державного медичного університету та рекомендації щодо підвищення її якості.

The article presents an analysis of methodological approaches of consultative work by the department of neurosurgery and neurology of Odessa State Medical University and recommendations to improve its quality.

**Вступ.** Під час реформування охорони здоров'я та в період економічної кризи значення консультативної роботи провідних спеціалістів кафедр медичних університетів значно зростає. Сприяє цьому створення лікувальних комплексів, таких як університетська клініка, дистанційно-комунікаційний центр, з допомогою якого можливий зв'язок з лікувальними закладами Південного регіону України.

Підвищення значення консультативної роботи для лікувального процесу обумовлено низкою факторів:

1. На етапі первинної медичної допомоги (в сільській місцевості) не вистачає лікарів, а наприклад в Одеській області в 21 % цих закладів взагалі немає лікаря [1]. У

© А. С. Сон, В. В. Добровольський, Ю. І. Горанський та ін.

випадку складної клінічної ситуації (черепно-мозкова та спинальна травма, субарахноїдальний крововилив тощо) життя хворого залежить від досвіду сімейного лікаря, який повинен оперативно визначитись з попереднім діагнозом та необхідністю транспортування пацієнта до районного центру чи обласного, в яких є високоспеціалізована допомога, відповідно неврологічна в районній та нейрохірургічна в обласній лікарнях [2]. В 2008 році 60 % випускників медичного університету отримали розподілення для роботи в сільській місцевості, з них в селі працюють лише 25 % [3].

2. В Одеській області більше 37 % молодих лікарів з досвідом роботи до п'яти років, а 80 % з них працюють

в сільській місцевості, де можливості проконсультуватися з провідними фахівцями обмежені. Все це може деякою мірою знизити якість лікувального процесу.

3. В більшості клінік, в тому числі в районних лікарнях, покращується устаткування новою апаратурою та комп'ютерною технікою, яка потребує певних навичок при її використанні. Це обумовлює необхідність консультацій підготовленими фахівцями.

4. Необхідність консультативного виду лікарської допомоги зростає, ще й тому, що в багатьох випадках під типовою клінічною картиною соматичних захворювань маскуються ураження нервової системи (міастенія та міастеноподібні синдроми тощо), та навпаки, декомпенсація хронічних соматичних хвороб (атеросклероз, серцеві аритмії, артеріальна гіпертензія тощо) може стати чинником ураження нервової системи (мозковий інсульт) і потребує консультації невролога сумісно з лікарем іншого фаху [4].

5. Важливість термінової консультації полягає в тому, що для максимальної ефективності подальшого лікування пацієнта важливо провести її в перші години після госпіталізації [2].

6. В приватних клініках не завжди працюють висококваліфіковані лікарі, не проводиться постійна курація пацієнта в процесі лікування, а саме лікування обмежується багатьма вартісними методами обстеження й рекомендаціями використання модних, не завжди патогенетично обґрунтованих лікарських засобів, інколи навіть лише біологічно активних домішок. Лікарі працюють у відриві від колег, з якими могли б порадитись, запобігти або виправити помилки під час лікування складного пацієнта.

7. В зв'язку з соціальним розшаруванням суспільства зростає необхідність безкоштовної якісної консультативної допомоги високого фахового рівня широким верствам населення.

Всі ці фактори обумовлюють необхідність системної роботи консультування молодих лікарів, а також лікарів, які працюють у відриві від великих центрів медичної думки та практики.

**Основна частина.** На кафедрі нейрохірургії і неврології Одеського державного медичного університету (ОДМУ) приділяється прискіплива увага системній роботі щодо медичного консультування в усіх аспектах нашої професійної діяльності. Ми вважаємо, що розвинення й удосконалення консультативної роботи на сучасному етапі розвитку медицини дасть позитивний результат щодо кращого використання можливостей науково-лікувального потенціалу кафедри. Цій роботі сприяє ряд факторів, які суттєво впливають на результативність консультативної роботи:

1. Ряд організаційних заходів, які впроваджені в ОДМУ, дали можливість більш якісної взаємодії з лікарняними базами.

2. Широку дорогу цій роботі дало підпорядкування ОДМУ міської лікарні № 12 п'ять років тому назад, що дало можливість на її базі створити перший в Україні лікувально-навчальний комплекс – “Університетську клініку ОДМУ”.

3. В ОДМУ широко впроваджені дистанційні комунікаційні технології, які дають можливість вести роботу в усьому Південному регіоні України.

4. Впровадження в життя наочних посібників, електронної бібліотеки на кафедрі та в університетській бібліотеці.

Основні напрямки лікувально-консультативної роботи, які використовуються на кафедрі нейрохірургії і неврології ОДМУ:

I. Викладачі кафедри основні зусилля спрямовують в неврологічні та нейрохірургічні відділення, на базі яких працює кафедра й проходить практичне викладання курсу нервових хвороб студентам 4-го курсу та нейрохірургії 5-го курсу. Цей вид консультування найбільш важливий для навчального процесу й потребує високої організації, тому що має складну мету – з'єднати знання та зусилля викладача, лікуючого лікаря й студента.

II. Весь викладацький склад закріплений як куратори за стаціонарними відділеннями (обласна клінічна лікарня, неврологічні та нейрохірургічні відділення міських клінічних лікарень № 1, 11, Університетської клініки ОДМУ, обласний психоневрологічний диспансер). В обласній клінічній лікарні оперативний відділ щоранку до 11<sup>00</sup> приймає заявки, щодо необхідності планової консультації невролога, та доводить до відома співробітників кафедри-кураторів відділень. Це дає можливість проконсультувати лікуючого лікаря стосовно важкого клінічного питання протягом робочого дня, коли консультант і лікуючий лікар знаходяться на робочому місці. Така ж схема існує й в інших лікарнях, де базується кафедра.

Виконання цих вимог дасть можливість забезпечення якісної консультації лікуючого лікаря кафедральним співробітником.

III. Великі можливості відкрилися для викладачів кафедри нейрохірургії і неврології після підпорядкування університету клініки. В Університетській клініці розгорнуті неврологічне, терапевтичне та хірургічні стаціонарні відділення, та, що особливо важливо – поліклініка, де найчастіше потрібна консультація невролога. Працівники кафедр мають свої дні та години консультацій, але, як правило, вони відбуваються терміново за необхідністю.

## Недоліки, які найчастіше виникають при проведенні консультації

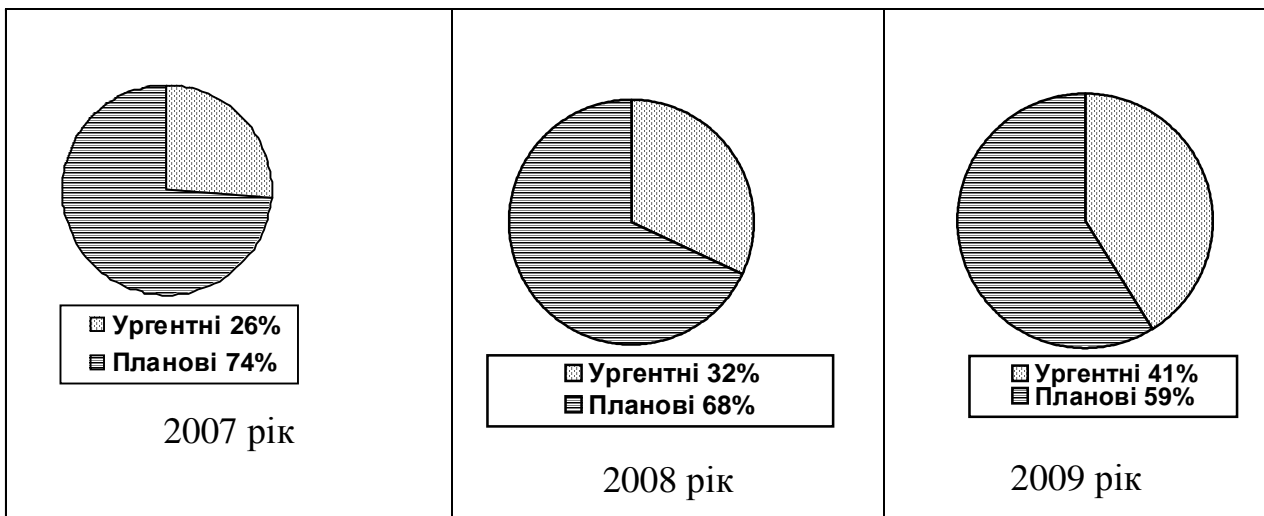
З боку лікуючого лікаря, який замовляє консультативну допомогу	З боку консультанта
1. Не завжди обгрунтовано необхідність та не визначена мета консультації	1. Лікар-консультант недостатньо обгрунтовує діагноз та лікувально-діагностичні рекомендації на підставі клінічного обстеження хворого
2. Не в повній мірі забезпечено стандартне попереднє обстеження хворого за виявленим симптомокомплексом	
3. Не систематично фіксується час подання заявки на консультацію з визначенням терміновості (ургентна або планова)	2. В записях лікаря-консультанта не завжди вказується присутність лікуючого лікаря на консультації, хоча відповідальність виконання або обгрунтоване невиконання рекомендацій покладається на лікуючого лікаря
4. Не завжди лікар, який викликав консультанта, присутній на консультації свого пацієнта	

Університетська клініка ОДМУ в силу свого авторитету, який підвищується за рахунок якості надання консультативної допомоги провідними фахівцями клінічних кафедр ОДМУ, приймає хворих з усього Південного регіону України, а також Росії, Молдови, Білорусії.

IV. Значно розширилося коло консультування з введенням в дію консультативного телемедичного цен-

тру, що дає можливість працювати з молодими лікарями в усій Одеській області, а також брати участь в телеконференціях, обговоренні та вирішенні проблем в складних клінічних випадках, як за графіком, так і терміново. Відмічається зростання частки ургентних консультацій співробітників кафедри нейрохірургії і неврології за останні три роки з 26 до 41 % (див. діаграми).

## Динаміка змін співвідношення ургентних та планових консультацій співробітниками кафедри стаціонарних відділень обласної клінічної лікарні за останні три роки



V. Як провідні фахівці, викладачі кафедри систематично беруть участь у бригадних виїздах в райони Одеської області, ведуть широку санітарно-просвітницьку діяльність.

VI. Важливу увагу викладачі кафедри приділяють консультуванню в лікарнях міста, як планово, так і терміново. Але ця робота потребує удосконалення в силу різних організаційних чинників та різної підпорядкованості.

VII. Кафедрою нейрохірургії і неврології в Одесі проводиться неврологічна школа Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS) для молодих спеціалістів у галузі нервових хвороб.

**Висновки.** Значення лікарського консультування в сучасних умовах неухильно зростає. Відмічається прогресивне зростання частки ургентних консультацій співробітниками кафедри, що свідчить про загребуваність високопрофесійного фахового рівня викладацького складу кафедри в повсякденній практичній роботі лікарів багатопрофільного стаціонару та активну інтеграцію науково-педагогічної та лікувальної роботи.

Необхідна комплексна робота кафедри, університету для того, щоб в повній мірі використовувати величезний науково-практичний потенціал фахівців кафедр ОДМУ.



Можливості цього значно підвищились з використанням дистанційного комунікаційного центру, створеного в ОДМУ, та підпорядкованої Університетсь-

кої клініки ОДМУ. Це значно розширило можливості професійного, наукового впливу на Південний регіон України.

#### Література

1. Банчук М. Проблеми кадрового забезпечення галузі / М. Банчук // Медична газета України "Ваше здоров'я". – 2009. – № 40 (1017). – 09.10 - 15.10 / [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/med/40-09/5.shtml>

2. Педаченко Е. Г. Особенности оказания диагностической и лечебной помощи при острой черепно-мозговой травме в сельской местности / Педаченко Е. Г., Морозов А. Н., Ольхов В. М. // Бюлетень Української асоціації нейрохірургів. – 1998. – Вип. 7 / [Електронний ресурс] – Режим

доступу: <http://www.intermag.kiev.ua/uan/bulet/num7/index.html>

3. Кожушко С. Медицина: відродження чи забуття / С. Кожушко // Газета "Урядовий кур'єр". – 2009. – 23.05 / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukurier.gov.ua/index.php?articl=1&id=3187>

4. Симоненко В. Б. Превентивная кардионеврология / В. Б. Симоненко, Е. А. Широков. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2008. – 224 с.

УДК 611(07.06)

## ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ

**В. Ф. Тюріна, І. М. Кліщ, І. М. Марків**

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## THE ORGANIZATION OF INDUSTRIAL PRACTICE ON CLINICAL PHARMACY

**V. F. Tyurina, I. M. Klishch, I. M. Markiv**

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

Узагальнено досвід організації проведення виробничої практики з клінічної фармації на кафедрі клінічної фармації. Звертається увага на методіку проведення виробничої практики з клінічної фармації. Під час практики студентам надається можливість закріпити знання та практичні навички, отримані ними при вивченні основних клінічних та теоретичних дисциплін, ознайомлення з організацією роботи провізора в умовах лікувальної установи.

The experience of organization in the industrial practice on Clinical Pharmacy at the Department of Clinical Pharmacy has been generalized. Attention is paid to the methods of industrial practice on Clinical Pharmacy. During practice the students are given the opportunity to consolidate knowledge and practical skills, which have been obtained by them during the study of basic clinical and theoretical disciplines, getting knowledge of the organization of pharmacist work in hospitals.

**Вступ.** Клінічна фармація є однією з основних клінічних дисциплін, які вивчаються у вузі, і теоретичною базою для проведення консультативної роботи серед лікарів і населення з питань раціональної фармакотерапії. Практика студентів є невід'ємною складовою процесу підготовки спеціалістів. Метою практики є оволодіння студентами сучасними методами, формами організації та знаряддями праці у галузі їх майбутньої

професії, формування на базі одержаних в університеті знань, професійних умінь і навичок для роботи в реальних ринкових і виробничих умовах [1, 2]. Участь провізора в проведенні медикаментозної терапії сприяє значному поліпшенню її якості, забезпечує хворому вибір оптимальних ліків у кожному конкретному випадку, шляхи їхнього введення, попередження призначення несумісних лікарських препаратів, доведення до мініму-

© В. Ф. Тюріна, І. М. Кліщ, І. М. Марків

му побічної дії ліків, зменшення поліпрагмазії, а також істотне зниження вартості лікування [3].

**Основна частина.** Практика – це модель наступної роботи фахівця, що вимагає від студента планувати і регулювати свою діяльність, приймати і аналізувати рішення. До початку практики кафедра спільно з відділом практики знайомиться з адміністрацією лікувальних установ і обговорює організаційні питання; виділяє викладачів для керівництва практикою; проводить із студентами організаційні збори, на яких інформує їх про задачі практики, обов'язки студентів, проводить інструктаж про умови і порядок проходження практики в лікувальних установах та по веденню щоденника і складанню заліку.

Основною метою виробничої практики з клінічної фармації є закріплення теоретичних знань з клінічної фармації і набуття практичних навиків їхнього використання в процесі роботи в спеціалізованому відділенні лікувальної установи. Для виконання цієї мети студентам пропонується робота у відділенні багатoproфільної лікарні протягом одного тижня. В ході проходження практики студент повинен:

- ознайомитися із структурою спеціалізованого стаціонару багатoproфільної лікарні;
- засвоїти основні принципи медичної деонтології, етичних норм поведінки клінічного провізора в клініці, взаємин клінічного провізора і лікаря, клінічного провізора і хворого;
- ознайомитися з основними видами медичної документації і методами клінічного обстеження хворих;
- освоїти загальні принципи інтерпретації результатів обстеження хворого;
- знати основи лікарської терапії в клініці внутрішніх хвороб;
- освоїти основні принципи і закономірності підвищення ефективності і зниження побічної дії лікарських препаратів при призначенні їх конкретним пацієнтам;
- проводити порівняльну оцінку окремих лікарських препаратів;
- набути навички проведення інформаційної роботи серед медичних працівників про лікарські препарати;
- набути навички консультування лікаря з питань фармакологічних особливостей різноманітних лікарських препаратів, показань і протипоказань до їхнього використання, з різноманітних питань вибору оптимального лікарського препарату в конкретній клінічній ситуації;
- набути основні навички по корекції лікарських призначень;
- навчитися проводити збір лікарського анамнезу;

– аналізувати і надавати інформацію про фармакологічні особливості лікарських препаратів;

– вибирати лікарські препарати для ефективної і безпечної лікарської терапії хворих з різними захворюваннями як терапевтичного, так і іншого профілю, враховуючи стан хворого;

– аналізувати чинники ризику розвитку і клінічні вияви побічної дії лікарських засобів і їхніх комбінацій;

– оцінювати ефективність і безпеку використання лікарських препаратів основних фармакологічних груп, час їхнього застосування в клініці.

Під час виробничої практики з клінічної фармації студенти виконують обов'язки спеціаліста на робочому місці (при безпосередньому керівництві з боку спеціаліста); усвідомлюють організаційну структуру закладу, де відбувається виробнича практика, сприймають загальну картину всього об'єкта практики. Студенти знайомляться з особливостями структури спеціалізованих відділень багатoproфільної лікарні, особливостями перебігу захворювань, а також навчаються збирати лікарський анамнез, аналізують листи лікарських призначень і коректують їх. Під час проходження практики студенти спілкуються з лікарями і хворими, консультують хворих з питань раціонального використання призначених препаратів. Студенти разом з лікарем проводять вибір оптимальних ліків у кожному конкретному випадку, визначають раціональні шляхи і режими їх введення у хворих різного профілю, навчаються методології порівняльної оцінки окремих лікарських препаратів, здійснюють їх раціональну заміну.

Після проходження виробничої практики студент повинен уміти:

1. Дотримувати правила фармацевтичної опіки і деонтології; вирішувати комплекс питань, пов'язаних з взаєминами між лікарем, клінічним провізором і хворим.

2. Інтерпретувати вказівки лікаря, які торкаються можливої взаємодії лікарських препаратів, призначених хворому, враховуючи історію розвитку хвороби, клінічний діагноз, стан хворого і результати його лабораторних аналізів.

3. Здійснювати разом з лікарем вибір оптимальних напрямів фармакотерапії у конкретного хворого.

4. Проводити разом з лікарем в конкретній клінічній ситуації вибір оптимальних лікарських препаратів в кожній фармакологічній групі, враховуючи особливості їх фармакодинаміки і фармакокінетики, їхня взаємодія з одночасно або раніше призначеними ліками.

5. Здійснювати вибір оптимальної лікарської форми, дози, шляхів введення ліків і термін їх призначення.

ня (ураховуючи час прийому і склад їжі, вік хворого, принципи хронофармакології).

6. Проводити у разі необхідності разом з лікарем заміну одного лікарського препарату на інший.

7. Консультувати лікарів і хворих з питань раціонального застосування призначених лікарських препаратів.

8. Готувати повідомлення для лікарів про традиційні і нові ліки, методи їхнього раціонального використання.

9. Інформувати лікарів про всі випадки нераціонального застосування лікарських препаратів, побічні ефекти.

10. Інформувати лікарів про особливості фармакодинаміки і фармакокінетики нових лікарських засобів, пропонувати раціональну заміну у разі відсутності потрібних препаратів.

Під час проходження практики студенти зобов'язані:

- отримати у відділі практики університету методичні вказівки по практиці;

- прибути на базу практики, пред'явити керівнику лікувальної установи направлення, методичні рекомендації по практиці і приступити до проходження практики;

- повністю виконувати завдання, передбачені виробничою практикою;

- підкорятися діючим в лікувальній установі правилам внутрішнього розпорядку, строго дотримувати графік роботи, складений відповідно до існуючої в даній установі тривалості робочого дня і порядку роботи;

- вивчити і беззастережно дотримувати правила охорони праці і техніки безпеки;

- нести відповідальність за виконану роботу і її результати нарівні з штатними працівниками лікувальної установи;

- вести щоденник обліку роботи, для чого із загального робочого часу виділяється 1 година;

- щодня представляти щоденник своєму безпосередньому керівнику практики;

- в кінці практики пред'явити щоденник для перевірки керівнику лікувально-профілактичної установи.

Пропуски днів практики, незалежно від їхніх причин, компенсуються за домовленістю з керівниками установи і керівником практики від кафедри за рахунок вихідних днів або продовження календарного терміну практики.

Навчально-методичне керівництво виробничою практикою студентів здійснює кафедра клінічної фармації. Завідувач кафедри несе відповідальність за якість проведення практики.

Керівник практики від кафедри забезпечує проведення всіх організаційних заходів перед направленням студентів на практику (інструктаж про порядок проходження практики, по техніці безпеки тощо);

- визначає робочі місця студентів-практикантів, забезпечує студентів методичними рекомендаціями і програмою практики;

- складає і погоджує з керівником практики від лікувальної установи графіки проходження практики, здійснює контроль за їхнім виконанням;

- перевіряє щоденники студентів-практикантів;

- після закінчення практики організовує прийом заліків.

Відповідальність за організацію і проведення практики безпосередньо в лікувальній установі покладається на керівника лікувальної установи або його заступника, а безпосереднє керівництво практикою студентів на окремих ділянках роботи відповідно до наказу керівника лікувальної установи – на висококваліфікованих лікарів.

Студенти щодня ведуть щоденник виконаної роботи. Щоденник є офіційним документом. Без щоденника або при невчасному його оформленні виробничу практику не зараховується. В щоденниках по днях студенти відображають всю роботу (її характер і об'єм): кількість практичних ситуацій по раціональному використанню лікарських препаратів з коротким викладом суті проблеми і пропозиціями її розв'язання.

Щоденник дає ясне уявлення про ступінь самостійності студента при виконанні тієї або іншої роботи. На початку щоденника дається характеристика лікувальної установи, наводяться основні показники діяльності стаціонару, дані по нозологіях.

В період практики студенти-практиканти щодня описують в щоденнику три-чотири практичних ситуації по раціональному застосуванню лікарських засобів, оцінюють діяльність медичного персоналу і пропонують свої шляхи їхнього розв'язання. Ситуація повинна бути стисло описана з чітким викладом суті проблеми і дій провізора по її розв'язанню. Студент-практикант пропонує свої шляхи розв'язання і відзначає помічені помилки з боку лікаря (за наявності таких). Практиканти аргументують вибір того або іншого препарату, використовуючи теоретичні знання і вміння, отримані на кафедрі клінічної фармації і інших кафедрах.

Для обґрунтування ухваленого розв'язання по вибору того або іншого препарату студент може керуватися фармакотерапевтичним довідником, різними довідниками по лікарських препаратах, довідковою літературою по внутрішніх хворобах і клінічній фармакології, навчальними посібниками, записами лекцій і всією доступною довідковою літературою по лікарських препаратах.

Щоденник заповнюють після закінчення робочого дня. Студенти зобов'язані щодня надавати щоденник

безпосередньому керівнику практики, який ставить підпис і дату контролю. До моменту закінчення практики щоденник необхідно завірити підписом керівника та печаткою лікувальної установи. По закінченню практики студенти складають диференційований залік.

**Висновки:** 1. Узагальнений досвід організації по

проведенню виробничої практики з клінічної фармації на кафедрі клінічної фармації.

2. Виробнича практика з клінічної фармації – закріплення знань, одержаних в процесі навчання, та їх трансформація у практичні уміння і навички в умовах майбутньої фахової діяльності.

#### Література

1. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці. – Тернопіль : ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2006. – 288 с.

2. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського ( інтегра-

ція у світовий медичний простір). – Тернопіль : ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2006. – 50 с.

3. Фармацевтическая опека / под ред. В. П. Черных, И. А. Зупанца, В. А. Усенко. – Харьков : Мегаполис, 2003. – 608 с.

УДК 614.2 : 6 1 7

## ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ “ХІРУРГІЯ”

О. Л. Ткачук, В. Д. Скрипко, П. І. Шев’як

*Івано-Франківський національний медичний університет*

## WAYS OF OPTIMIZATION OF DOCTORS-INTERNS’ POST-GRADUATE EDUCATION ON SURGERY

O. L. Tkachuk, V. D. Skrypko, P. I. Shevyak

*Ivano-Frankivsk State Medical University*

У роботі проаналізовано методи покращення системи навчання лікарів-інтернів хірургічного профілю шляхом оптимізації та індивідуалізації із максимальним використанням сучасних новітніх технологій.

It was analyzed methods of improving of doctors-interns’ training on surgery by optimization and individualization with maximum use of modern high technologies.

**Вступ.** Важливим рушієм розвитку вітчизняної хірургії є підготовка і постійне підвищення кваліфікації лікарів-хірургів, впровадження в практику новітніх технологій вітчизняної та світової хірургії, максимальне розширення світогляду спеціалістів не тільки у своїй галузі, але і у фундаментальних проблемах медичної науки.

Історія педагогіки супроводжується періодичними коливаннями від індивідуалістичних підходів та педагогічних систем (середньовічне ремісничне навчання за принципом “роби як я”, система Дж. Локка та

А. С. Макаренка) до колективно-класичного навчання та модельно-узагальнюючих принципів (педагогіка Яна Коменського, радянське соціалістичне виховання, Болонська система). Кожен з цих підходів має свої переваги та недоліки. Так, Болонська система дозволяє максимально уніфікувати та стандартизувати вимоги до фахівця [1]. Системи викладання повинні забезпечувати досягання кінцевих цілей, які вимагають високої професійної лікарської кваліфікації [2]. Однак лише індивідуально орієнтовані системи навчання дозволяють максимально розкрити твор-

© О. Л. Ткачук, В. Д. Скрипко, П. І. Шев’як

чий потенціал особистості учня [3]. На нашу думку, лише вдумливе застосування таких різних педагогічних прийомів дозволяє підготувати справжнього хірурга-професіонала. Адже хірургія – це поєднання стандартних фахових знань і вмінь з індивідуалізмом на межі ремесла і мистецтва.

**Основна частина.** В наш час інтернатура залишається однією із найбільш визначальних і масових форм у системі сучасної післядипломної медичної освіти, яка є першим етапом в післядипломній підготовці спеціалістів охорони здоров'я. В цей період закладаються основи хірургічної спеціальності, відпрацьовуються елементи хірургічної тактики, засвоюються основні прийоми лікувально-діагностичного процесу. Молодий лікар, який закінчує інтернатуру з хірургії, повинен достатньо впевнено орієнтуватися в сутності патологічного процесу, вибирати правильну лікувальну тактику, проводити необхідну передопераційну підготовку та забезпечувати після-операційний період. В сучасних умовах лікар-інтерн повинен володіти не тільки знаннями і навиками зі своєї основної спеціальності, але і знати іноземні мови, володіти комп'ютером, використовувати у своїй підготовці інтернет, нові інформаційні технології, користуватися принципами доказової медицини в повсякденній практиці. Кожен інтерн, а після і лікар практичної медицини повинен знати нормативно-правову базу, регламентуючу його діяльність.

Все перераховане визначає спектр напрямків проходження інтернатури на базі нашої кафедри. Правильна організація навчального процесу впливає не тільки на професіоналізм та фахову майстерність лікаря-інтерна, але і на його взаємовідносини з суспільством, добробут та суб'єктивне задоволення від почуття власної гідності. Безперечно, що скорочення ліжко-фонду та фінансування медичної галузі, незадовільне матеріально-побутове становище багатьох верств населення веде до зменшення кількості пацієнтів та оперативних втручань, що відображається на навчальному процесі лікарів-інтернів. Але одночасне впровадження новітніх медичних технологій в діагностиці та лікуванні хірургічних хворих вимагає поглиблених знань у різних галузях медицини.

Навчання на базі нашої кафедри проводиться відповідно до державного навчального стандарту післявузівської професійної підготовки спеціалістів з вищою медичною освітою, розробленого для кожної спеціальності. Для кожного інтерна на основі типової робочої програми розробляється індивідуальний план. На нашу думку, це створює додаткову мотивацію в інтернів до практичного навчання, сприяє самоорганізації та спроможності інтегрувати знання та практичні навички при наданні медичної допомоги.

нізації та спроможності інтегрувати знання та практичні навички при наданні медичної допомоги.

Традиційними формами навчання хірургів-інтернів залишаються лекції, семінарські та практичні заняття. Для формування професійного інтересу необхідно створювати сприятливі умови для навчання, постійно впливати на мотиваційне, волевове та емоційне середовище лікарів-інтернів. З цією метою при викладанні матеріалу використовуємо сучасні технічні засоби: мультимедійні презентації, які включають текстову та графічну інформацію, телетрансляції з операційної, перегляд відеозаписів реальних операцій, що виконуються в клініці, інтерактивні відеофільми та фотографії. Важливу увагу приділяємо лекціям, які забезпечують формування системи знань відповідної ділянки науки, є направляючими щодо всіх інших видів навчальної роботи та виконують відповідальні виховні функції. При читанні лекцій особливу увагу приділяємо тому, щоб лектор володів на належному рівні матеріалом, та відмові від читання підготовленого тексту. Лектор повинен володіти матеріалом досконало і захопити слухача логікою власної думки, аналізом власного досвіду та власною інтерпретацією літературних джерел. При читанні лекцій завдяки сучасним технічним засобам із використанням мультимедійних презентацій матеріал лікарями-інтернами сприймається із більшою увагою. Лектору значно легше доносити лекційний матеріал так, як він вільно формує послідовність викладання по тезах та слайдах, дає можливість відображати ключові моменти теми, яка висвітлюється. Це полегшує конспектування даного матеріалу. Для викладення матеріалу в повному повному об'ємі згідно з лекційним часом важливим є попередній хронометраж слайдів, що дає можливість послідовно дотримуватись відпрацьованого графіка демонстрації. Лекції лікарям-інтернам читають професійні педагоги кафедри, головні спеціалісти управління охорони здоров'я та провідні фахівці з суміжних дисциплін.

Водночас, в основу підходу до процесу навчання на семінарських заняттях покладений принцип малих груп, а також забезпечення завершального циклу підготовки, який включає в себе практичне засвоєння як планової, так і ургентної хірургії у безпосередній роботі з хворим. Індивідуалізація виражається в тому, що кожен викладач в малих групах – 5 лікарів-інтернів на практиці навчає їх основ лікувального мислення, проходячи разом всі етапи лікувально-діагностичного процесу з його труднощами та помилками не за підручниками, а безпосередньо на прикладі кожного конкретного пацієнта. Саме через це робо-



та на практичному занятті регламентована не за тематично-нозологічним принципом, а саме за видом діяльності. Відпрацювання практичних навичок, самостійне виконання окремих лікарських маніпуляцій, мануально-інструментальних прийомів, асистенції під час операцій, проводиться під керівництвом викладача чи досвідченого лікаря-куратора в операційних, перев'язочних, діагностичних кабінетах та у лікарняних палатах. Саме поділ на малі групи дає можливість в повному обсязі оцінити знання та практичні навички усіх інтернів на кожному занятті. Завідувачем кафедри систематично проводяться клінічні обходи, детальні клінічні розбори хворих, показові операції з застосуванням відеотрансляції у навчальній аудиторії, що безперечно авторитетно впливає та

стимулює до роботи лікарів-інтернів хірургічного профілю.

Кафедрою проводиться широке залучення інтернів до участі в науково-практичних конференціях, симпозиумах, щомісячних конференціях обласного осередку асоціації хірургів України, що дає можливість формувати наукові, професійні та морально-етичні цінності в молодих лікарів.

**Висновок.** Саме поділ на малі групи та індивідуальна робота з інтернами, використання новітніх інформаційних технологій при викладанні матеріалу, особистий приклад викладача дозволяють забезпечити необхідний рівень знань, навиків, умінь сучасного молодого лікаря, що дає йому право на самостійну діяльність.

### Література

1. Погляди на викладання курсу загальної хірургії в світі положень Болонського процесу / Я. Й. Крижановський, Г. В. Буренко, В. М. Меллін [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2006. – Т.6, № 1–2. – С. 320–323.

2. Управление качеством подготовки специалистов : программно-целевой подход на примере высшего и послеву-

зовского медицинского образования / [Казаков В. Н., Селезнева Н. А., Талалаенко А. Н. [и др.]] – Москва – Донецк, 2003. – С. 5–75.

3. Мішалов В. Г. Типова навчальна програма з дисципліни “Хірургія” / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, В. В. Храпач // Хірургія України. – 2008. – № 3 (27). – С. 96–106.

УДК 614.253

## ВЗАЄМОВІДНОСИНИ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА – ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Ю. М. Степанов, І. М. Кононов, А. В. Латфуліна, Л. М. Шендрик

*Дніпропетровська державна медична академія*

## RELATIONS BETWEEN DOCTOR AND PATIENT – BASE OF EFFECTIVE TREATMENT

Yu. M. Stepanov, I. M. Kononov, A. V. Latfulina, L. M. Shendryk

*Dnipropetrovsk State Medical Academy*

В основі лікувального процесу лежить довіра між пацієнтом і медичним працівником. Цей процес включає доброзичливість, конфіденційність, достатній час спілкування, доступність у викладі інформації, володіння навичками встановлення контакту між лікарем і пацієнтом, вміння ведення бесіди з пацієнтом.

In the basis of treatment process there is trust between patient and medical personal. This process includes goodwill, confidentiality, enough time of talking, understanding in delivery of information, ability to establishing contact between doctor and patients, possibility of conversation with patient.

**Вступ.** Проблема взаємовідносин “лікар-пацієнт” стара як світ. Здоров’я – це така категорія, яка завжди була головною, найважливішою серед усіх цінностей. Тому до лікування та людини, яка організувала та спрямувала лікувальний процес, завжди були великі вимоги. Традиційно в лікувальному процесі головну роль виконували лікарі. Ці традиції беруть свій початок з часів жреців-лікувальників стародавності, змінилися відкритістю сучасного лікаря у формі сценічного розуміння, інтерпретації та життєво-практичного осягання. Якщо раніше ведучим у тандемі “лікар-пацієнт” провідна роль відводилась лікарю, який збирав анамнез захворювання, опитував хворого, або взагалі вивчав та оглядав його, а пацієнт тільки відповідав на питання, то в наш час ініціатива переходить до пацієнта. Тому відносини “лікар-пацієнт” потребують глибокого перебудування сприймання лікарем його пацієнта. Медицина сьогодення, яка, безумовно, має вражаючі досягнення, пропонує великий вибір лікувальних тактик та відсутність стандартного засобу, який кардинально вирішує проблему. Це призводить до того, що хворий, як людина, починає нервувати, у нього з’являються стурбованість, тривожність, неспокій, розгубленість, невпевненість, невизначеність. В цій ситуації великого значення набувають психологічні взаємодії у системі “лікар-хворий” [1–6].

**Основна частина.** Лікування, як писав Карл Ясперс, опирається на дві основи – природні знання, їх практичне застосування та етику людяності.

В основі лікувального процесу лежить довіра між пацієнтом та медичним робітником. Підвищення довіри пацієнта до лікаря та його задоволеність якістю медичної допомоги можна досягнути лише шляхом підвищення професійних знань, практичних навичок та вмінь не тільки у сфері медичній, а також в психологічній площині. Це стосується сфери міжособистісних комунікацій між пацієнтом та лікарем. Атмосфера довіри буде більш щире та стійке ставлення хворого до лікаря.

Але потрібно згадати, що за особливостями особистості хворі суттєво різняться, тому дуже важко буває втілювати в життя заповіді Гіппократа – “лікуючи хворого, люби його як рідного, але не дай йому дізнатися, що йому загрожує”.

Всі хворі терапевтичного профілю потребують ретельного клінічного обстеження, яке виключає в них серйозне соматичне захворювання, передусім онкологічне. Лікар надає хворому повноцінну та достовірну інформацію про його захворювання та стан, можливість лікування, а рішення приймає сам пацієнт, хоча й при допомозі лікаря.

У взаємовідносинах лікаря і пацієнта важливими складовими є співробітництво, емпатія, довіра, пова-

га, доброзичливість, співчуття. Це є ключем до встановлення добрих стосунків між лікарем та хворим.

Двостороння комунікація дає кращі результати тому, що більшість пацієнтів терапевтичного профілю бажають брати участь в лікувальному процесі. Таким чином хворі також отримують відповідальність в його здійсненні та частіше його додержуються. Важливою складовою міжособистісних відносин є зв'язок між лікарем та родиною пацієнта, бо члени родини, друзі та інші авторитетні люди спроможні впливати на поведінку хворого у відношенні його здоров'я, на його здатність протистояти хворобі та додержуватися курсу лікування.

Отже, складові успішного проведення лікувального процесу: 1) конфіденційність, 2) достатній час спілкування, 3) доброзичливість, 4) доступність у викладанні інформації, 5) володіння навичками встановлення контакту між пацієнтом та лікарем, 6) володіння навичками ведення співбесіди з пацієнтом.

Важливим етапом психологічної взаємодії лікаря-терапевта та пацієнта є перша співбесіда. Її ціль – встановлення психологічного контакту, завоювання довіри хворого, навіяння хворому упевненості в тому, що лікар щиро прагне зрозуміти причини хворобливих відчуттів та допомогти пацієнту їх позбутися.

#### Література

1. Димов А. С. Кризис деонтологии: методические аспекты / А. С. Димов // Клиническая медицина. – 2008. – № 12. – С. 4–7.
2. Эльштейн Н. В. Медицинская этика и современность / Н. В. Эльштейн // Клиническая медицина. – 2000. – № 11. – С. 14–18.
3. Саперов В. А. Деонтологические аспекты отношения врача к пациентам пожилого и старческого возраста / В. А. Саперов // Клиническая медицина. – 2009. – № 9. – С. 62–66.
4. Степанов Ю. М. Психологические аспекты и функцио-

нальные заболевания желудочно-кишечного тракта / Ю. М. Степанов // Здоров'я України. – 2008. – № 19/1. – С. 32–33.

Рациональна психотерапія повинна проводитись протягом всього періоду лікування. Це потребує постійного контакту, сумісної лікувальної роботи терапевта та психоневролога або психіатра. Тому лікар-терапевт повинен бути гарним психологом. Програма, яка направлена на попередження стресових ситуацій на організм, повинна включати такі елементи, як: 1) підвищення стійкості до стресів (руховий режим, індивідуальні та групові співбесіди, автотренінг, прогулянки на природі, ландшафтотерапія, музикотерапія, лікувальна гімнастика, масаж, естетотерапія та інше); 2) виключення ситуацій, які призводять до ризику (робота вночі, вібрація, виробничий шум, понаднормова робота, часті довготривалі навантаження та інше).

Крім того в лікувальний процес, поряд з застосуванням базисної терапії потрібно включити різноманітні методики психотерапії (гіпноз, автотренінг, наркопсихотерапію) та сучасні психотропні препарати (антидепресанти, анксиолітики, ноотропи, адаптогени та інші), що дозволить ефективно проводити психокорекцію реакцій особистості у хворих терапевтичного профілю.

**Висновок.** Питання деонтології, зважаючи на їх важливість у лікувальному процесі, повинні займати важливе місце у підготовці майбутніх лікарів.

5. Степанов Ю. М. Психосоматичні розлади у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція / Ю. М. Степанов, І. М. Кононов // Здоров'я України. – 2005. – № 3\112.

6. Злуказова М. В. Особенности психологического статуса больных с гастроэнтерологической патологией / Злуказова М. В., Мартусевич А. К., Кошкин А. П. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2009. – № 2. – С. 18–21.

УДК 614.253

## КОМУНІКАТИВНІ АСПЕКТИ МІЖ ЛІКАРЯМИ ТА ПАЦІЄНТАМИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Ю. М. Степанов, І. Я. Будзак, О. М. Власова

*Дніпропетровська державна медична академія*

## COMMUNICATIVE ASPECTS BETWEEN DOCTORS AND PATIENTS OF GASTROENTEROLOGIC PROFILE

Yu. M. Stepanov, I. Ya. Budzak, O. M. Vlasova

*Dnipropetrovsk State Medical Academy*

У статті представлені особливості стосунків між лікарями і пацієнтами з хворобами органів травлення. Відзначена часта поширеність функціональних захворювань травлення і важливість правильного спілкування з пацієнтами з цією патологією. Особливу увагу приділено таким питанням, як повага до пацієнта, уважне ставлення до хворого, надання пацієнту всієї необхідної інформації про його хвороби в доступній формі.

The article presents the peculiarities of interrelations between doctors and patients with digestive diseases. There has been noticed the high prevalence of functional digestive diseases and importance of right conversation with such patients. Special attention has been given to such questions as respect to patient, attention to patient and to give patient all the necessary information about his disease.

**Вступ.** Хвороби органів травної системи є поширеною патологією, від якої страждають пацієнти різних вікових груп. Захворюваність на гастроентерологічні хвороби постійно зростає. Важливим є вчасне та ефективне лікування хворих із зазначеною патологією.

**Основна частина.** Багато сказано та написано стосовно фармакологічних аспектів лікування хвороб органів травлення. Існують міжнародні та вітчизняні стандарти (протоколи), які широко використовуються. Однак, як відомо, грамотний лікар повинен лікувати не хворобу, а передусім хворого. Тому багато що залежить не лише від правильно призначеного фармакологічного лікування (хоча це є обов'язковою запорукою успішного лікування), а й від встановлення між лікарем та пацієнтом довірливих стосунків. Особливо це є актуальним стосовно саме хворих з гастроентерологічною патологією, тому що в структурі даної патології важливе місце становлять так звані функціональні хвороби органів травлення. Функціональні захворювання, зокрема такі, як синдром подразненого кишечника, функціональна диспепсія, дисфункція жовчного міхура та інші, є поширеною патологією, яка уражає широкі верстви населення. Ці хвороби характеризуються тривалим перебігом, частим рецидивуванням, погіршенням якості життя

хворих. При функціональних захворюваннях травного каналу важливим елементом лікування таких хворих є нормалізація психоемоційного стану хворих. Тому знову ж таки багато що залежить від налагодження добрих довірливих взаємовідносин між лікарем та пацієнтом. Необхідно зазначити, що це є важливим не лише при функціональних, але й при органічних захворюваннях, тобто при будь-якій патології.

Насамперед важливим є уважне ставлення до пацієнта. Необхідно детально розпитати скарги пацієнта, довідатися анамнез. Відомо, що в гастроентерології уважне розпитування хворого дає немало інформації, яка дозволяє правильно встановити попередній діагноз, визначити подальший діагностичний та лікувальний алгоритм. Однак необхідно визнати, що уважне розпитування пацієнта також сприяє позитивному настрою хворого. Він усвідомлює, що лікар уважно детально поставився до його симптомів, отже пацієнт розуміє, що він вже "не сам на сам" із своєю хворобою. Уважне ставлення лікаря до хворого є запорукою успішного його лікування. Важливим є розуміння хворого, що його проблеми – це не лише його проблеми, і що лікар дійсно відверто та щиро хоче йому допомогти.

Важливим є повага лікаря до хворого. Неприпустимим є зверхне, холодне ставлення лікаря до паціє-

нта, до його хвороби. Хворі це відчують, і це негативно впливає на результати лікування, особливо при функціональних та інших психосоматичних хворобах. Важливо, щоб лікар поважав хворого як людину, як особистість, і лікував не хворобу, а хворого. Хворі гастроентерологічного профілю з психосоматичним компонентом часто потребують просто детальної розмови з лікарем. Якщо лікар уважно вислухає такого хворого, з розумінням поставиться до його хвороби, до його проблем, це суттєво покращить психоемоційний фон пацієнта та покращить результати лікування хворого. Також лікар повинен враховувати соціально-економічний аспект. В нинішній непростій економічній ситуації не всі хворі можуть дозволити собі вартісні діагностичні та терапевтичні засоби. Завданням лікаря при цьому є досягнення “золотої середини”, тобто пацієнт повинен бути обстеженим необхідним чином та отримати необхідне лікування, але при цьому щоб він витратив на це сприятливі для нього кошти.

Ще одним аспектом, який слід обговорити при цьому, є необхідність достатнього інформування хворого. Важливим є не лише правильно призначені лікарем діагностичні заходи та медикаментозна терапія, але й надання хворому необхідної інформації щодо його захворювання в доступній, зрозумілій для пацієнта формі. Як відомо, більшість гастроентерологічних захворювань мають хронічний перебіг з наявністю рецидивів захворювання. Якщо хворий буде успішно пролікований в стаціонарі або поліклініці, але не отримає при цьому чітких рекомендацій стосовно подальшої модифікації стилю життя, дієтичних рекомендацій, а також необхідності підтримуючого або протирецидивного лікування, є немалий шанс, що хвороба швидко повернеться, що може хворому завдати як фізичних, так і моральних турбот. Тому під час лікування хворо-

го та спостереження за ним важливо розказати йому, що у нього за хвороба, що робити, щоб вона не прогресувала, який можливий подальший її перебіг, що треба робити, щоб ефективно її лікувати та запобігти її рецидивам. На жаль, в засобах масової інформації в нашій країні інформація медичного напрямку є недостатньою, іноді суперечливою. Тому важливою є при цьому роль саме лікаря, який має розповісти хворому усю необхідну інформацію. При цьому даний аспект стосується не лише пацієнтів з функціональною патологією, а більшою мірою хворих з органічними хворобами шлунково-кишкового тракту. Лікаря треба дати хворому зрозуміти необхідність уважного ставлення пацієнта до власного здоров'я. Особливо це стосується хвороб, які часто не супроводжуються явною клінічною симптоматикою, проте становлять в собі потенційну небезпеку (наприклад, хронічний гепатит, дисліпідемія, цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія та інші). Важливим є спрямування роботи лікаря не лише на лікування хворого, але й на профілактику захворювань.

Слід зазначити необхідність більшої уваги до етичних аспектів лікування хворих при навчанні лікарів на курсах післядипломної освіти. Лікарі при навчанні не лише повинні отримати сучасну інформацію про досягнення медицини останніх років, але й не забувати, що уважне та поважне ставлення лікаря до хворого є значною допомогою в ефективності його діагностики та лікування.

**Висновок.** Грамотний лікар має лікувати хворого, а не лише хворобу. При цьому необхідним є повага до пацієнта, розуміння його проблем, достатнє інформування хворого, намагання щиро допомогти йому. Такий підхід в комбінації з високопрофесійною діагностикою та лікуванням хворого дозволить досягти максимальних успіхів в лікуванні.



УДК 356.33+61:378:355.1(477)

## ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ ЯК ДЕРЖАВНОГО НОРМАТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВІЙСЬКОВО- МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Б. А. Клішевич, Ю. В. Рум'янцев, І. Ф. Гончаренко

*Українська військово-медична академія*

## THE HISTORY OF THE FOUNDATION OF MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE AS BASIC STANDART OF MILITARY – MEDICAL EDUCATION

B. A. Klishevych, Yu. V. Rummyantsev, I. F. Honcharenko

*Ukrainian Military-Medical Academy*

У статті викладена історія становлення медичної освіти в незалежній Україні і основні напрямки проведення реформ, які проводились на основі створених нормативно-правових документів. Розкриті напрямки інтеграції військової медичної освіти у загальнодержавну як її базового нормативного компонента.

The article shows the history of the foundation of the medical education in independent Ukraine and the principal directions of the reforms providing, which were carried on the basis of established standard legal documents. The ways of the military medical education integration in the state medical education standard as its basic normative component were described.

**Вступ.** Історія становлення медичної освіти в Україні як системи навчання і виховання медичних кадрів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів в медичних закладах освіти і науки щільно пов'язана з радянською і світовою системами медичної освіти, де підготовка медичних кадрів була обумовлена їх соціально-економічним становищем, освітньо-науковими принципами і традиціями. При її створенні враховувались основні принципи організації і вимоги загальнодержавної системи освіти та досягнення в цій сфері цивілізованих держав світу. Вивчення означеного питання надзвичайно важливо і для військовиків, оскільки військово-медична освіта є суттєвою інтегральною складовою загальнодержавної медичної освіти. Аналіз літературних джерел свідчить, що реформа медичної освіти і науки в Україні починалась ще в кінці 80-х і на початку 90-х років минулого століття і передбачала, перш за все, збереження досягнень минулого і одночасно приведення її у відповідність до існуючих соціально-економічних вимог, державотворчих процесів перехідного періоду та забезпечення умов для перспективного розвитку вищої медичної освіти і науки в процесі входження України до світового співтовариства [2, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 19, 22, 23, 35]. Означені питання на сьогодні в повній мірі ще не розв'язані, потребують подальшого вивчення і аналізу, особливо ті, що стосуються підготовки, перепідготовки та удосконалення медичних

кадрів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів як цивільних, так і військових.

Метою роботи було висвітлення і проведення аналізу історії становлення медичної освіти в Україні як базового нормативного компонента військово-медичної освіти.

Матеріалом дослідження слугували нормативно-правові документи України, що регламентують організаційні основи загальнодержавної і військової медичної освіти України, різні літературні джерела, а також власний досвід діяльності в освітніх навчально-наукових закладах.

Об'єктом дослідження була загальнодержавна система медичної освіти, а предметом – військово-медична освіта України. В роботі використані методи: історичний, аналітичний, бібліографічний та прагматичний.

**Основна частина.** Після розпаду СРСР на початку 90-х років минулого століття медична освіта України, Росії та інших країн СНД продовжувала базуватись на традиціях радянської системи медичної освіти, яка дозволяла готувати медичні кадри в цивільних та військових медичних закладах освіти різних освітньо-кваліфікаційних рівнів і забезпечувала потреби в них як Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), так і Міністерство оборони (МО) та інші силові міністерства і відомства. Підготовка лікарсько-

© Б. А. Клішевич, Ю. В. Рум'янцев, І. Ф. Гончаренко

го складу в державних медичних закладах освіти (цивільних і військових) проходила 2 етапи – додипломний і післядипломний. Для радянської системи вищої медичної освіти були характерні такі якості, як: доступність, соціальна захищеність тих, хто навчався, різноманітність лікарських професій, безперервність навчання та достатньо високий рівень загальноосвітньої та клінічної підготовки лікарських кадрів, що необхідно було врахувати при створенні власної системи медичної освіти в Україні.

Медична освіта в Україні була започаткована на основних принципах організації і вимогах загальнодержавної системи освіти з врахуванням досягнень у цій сфері цивілізованих держав світу. Аналіз світової системи медичної та військово-медичної освіти, в тому числі радянської, свідчить [1, 2, 3, 4, 6, 12, 29], що підготовка медичних фахівців є тривалий, багатоступеневий і безперервний процес, що потребує значного напруження творчих сил при засвоєнні відповідних теоретичних знань і практичних навичок. А тому започаткована реформа вищої медичної освіти в Україні в кінці 80-х і на початку 90-х років минулого століття включала: профорієнтацію, підготовку помічників лікаря, підготовку лікаря, підготовку лікаря – спеціаліста, перепідготовку і удосконалення [2, 7, 8, 12, 16, 17, 19, 20, 21, 30, 31].

При організації профорієнтації передбачалось створення медичних ліцеїв, гімназій на конкурсних або контрактних умовах. Підготовка повинна здійснюватись з біології, хімії, фізики, інформатики і обчислювальної техніки та виробнича практика в об'ємі, необхідному для вступу до вузу. Випускники означених середніх медичних навчальних закладів здавали державні випускні екзамені в комісіях за єдиними тестами, які дозволяли їм вступати за конкурсом у медичні навчальні заклади різного рівня.

Підготовка помічників лікаря повинна здійснюватись на базі середньої освіти в медичних училищах або в медичних коледжах та в медичних інститутах на факультетах підготовки помічників лікаря. Термін навчання – 2 роки. Після закінчення навчального медичного закладу присвоюється кваліфікація “медична сестра” (1-й рівень медичної освіти). Продовження медичної освіти здійснюється в медичних інститутах на факультетах підготовки лікарів на 3-му курсі, куди за конкурсом вступають випускники – відмінники медичних училищ, дворічних медичних коледжів, а також після 2 курсу факультетів підготовки лікарів медичних інститутів. Після закінчення 3 курсу факультету підготовки лікарів присвоюється кваліфікація: фельдшер, старша медична сестра,

медична сестра спеціального відділення (2-й рівень медичної освіти).

Підготовка лікаря (3-й рівень медичної освіти) проводиться медичними інститутами, медичними академіями, медичними університетами та медичними факультетами університетів за спеціальністю “Лікувальна справа”, “Стоматологія”. Термін навчання – 5 років. Після закінчення навчального закладу випускники отримують диплом, який не дає права на самостійну лікарську діяльність.

Підготовка лікаря – спеціаліста (4-й рівень медичної освіти) здійснюється в медичних інститутах, академіях і медичних університетах терміном від 2 до 4 років. Лікар-спеціаліст отримує сертифікат на самостійну лікарську роботу.

Перепідготовка і удосконалення лікарів передбачала систему неперервного самостійного професійного удосконалення. Підвищення кваліфікації здійснюється в інститутах удосконалення лікарів, після чого присвоюється перша або вища категорія з отриманням відповідного диплома.

При проведенні атестації вводилися наступні кваліфікаційні характеристики: медична сестра, помічник лікаря (фельдшер), лікар, лікар – спеціаліст першої категорії, лікар – спеціаліст вищої категорії. Підготовка лікаря – спеціаліста вищої категорії проходила поетапно, передбачала видачу дипломів відповідної кваліфікації: лікар з присвоєнням ступеня “бакалавра”; лікар – спеціаліст з присвоєнням ступеня “магістра медицини” і видачею сертифіката на самостійну практичну діяльність, потім йому же присвоюється перша або вища кваліфікаційна категорія; після захисту кандидатської дисертації присвоюється науковий ступінь кандидата медичних наук (що прирівнюється до наукового ступеня доктора медицини); після захисту докторської дисертації присвоюється науковий ступінь доктора медичних наук (що прирівнюється до наукового ступеня доктора філософії з конкретної спеціальності). В дипломах кандидата і доктора медичних наук заносили аналог такого ступеня, який прийнятий в більшості зарубіжних країн [12, 13, 17, 18, 19, 30].

Здобуття Україною незалежності, розвиток ринкової економіки і страхової медицини по-новому поставили питання щодо підготовки медичних кадрів, перш за все, лікарського складу. Основи підготовки лікаря в Україні з самого початку існування держави базувалися на концепції розвитку охорони здоров'я і медичної освіти, яка передбачала:

– відповідність принципових важливих положень концепції реформи в системі медичної освіти в Україні взагалі;

– урахування і, по можливості, використання позитивних сторін різних систем медичної освіти як російської, так і інших країн (США, Франція, Німеччина);

– інтегрування в загальнодержавну систему освіти, максимальне використання її можливостей і врахування її вимог до якості підготовки спеціалістів;

– спільне навчання всіх студентів на етапі загальної лікарської базової освіти з диференціацією на лікарів лише на етапі їх спеціалізації в інтернатурі при вищих медичних навчальних закладах.

Відповідно до Закону України “Про освіту” [8] підготовка фахівців усіх спеціальностей і спеціалізація повинні здійснюватись за освітньо-кваліфікаційними рівнями (ступенева освіта) згідно з відповідними освітньо-професійними програмами. Виходячи з цього, передбачалось підготовку медичних кадрів, у тому числі і військових, здійснювати відповідно до державних стандартів освіти за наступними освітньо-кваліфікаційними рівнями: кваліфікований робітник (санітарний інструктор), молодший спеціаліст (медична сестра), бакалавр (помічник лікаря – військовий фельдшер), спеціаліст (військовий лікар спеціаліст) і магістр (військовий лікар магістр).

Кваліфікований робітник – це освітньо-кваліфікаційний рівень робітника, який на основі повної або базової загальної середньої освіти здобув спеціальні уміння та знання, має відповідний досвід їх застосування для вирішення професійних завдань у певній галузі народного господарства. Відповідно в охороні здоров’я України цьому рівню відповідають посади молодшого медичного персоналу. Підготовка молодшого медичного персоналу здійснюється в лікувально-профілактичних закладах державної форми власності Міністерства охорони здоров’я України, а в Міністерстві оборони України (санітарних інструкторів) і – в спеціальних медичних центрах. Освітньо-професійна програма підготовки кваліфікованого робітника забезпечує одночасне здобуття професійно-технічної освіти та кваліфікації кваліфікованого робітника на базі повної загальної середньої освіти або неповної середньої освіти з наданням можливості отримувати повну загальну середню освіту.

Молодший спеціаліст – це освітньо-кваліфікаційний рівень фахівця, який на основі повної загальної середньої освіти здобув загальнокультурну підготовку, спеціальні уміння і знання, має певний досвід їх застосування для вирішення типових професійних завдань, які передбачені для відповідних посад у певній галузі народного господарства. Відповідно в охороні здоров’я України і Міністерстві оборони України цьому рівню відповідають посади медичних сестер.

Підготовка медичних сестер здійснюється у вищих навчальних закладах Міністерства охорони здоров’я України 1 рівня акредитації. Освітньо-професійна програма підготовки молодшого спеціаліста забезпечує одночасне здобуття базової вищої освіти за спеціальністю та кваліфікації молодшого спеціаліста на базі повної загальної середньої освіти або на основі базової загальної середньої освіти з наданням можливості здобувати повну загальну середню освіту. Загальна програма складається з навчальних дисциплін фахового спрямування та з різних видів практичної підготовки і може включати окремі дисципліни освітньо-професійної програми підготовки бакалавра.

Бакалавр – освітньо-кваліфікаційний рівень фахівця, який на основі повної загальної середньої освіти здобув поглиблену загальнокультурну підготовку, фундаментальні та професійно-орієнтовані уміння та знання щодо узагальненого об’єкта праці і здатний вирішувати типові професійні завдання, передбачені для відповідних посад у певній галузі народного господарства. Відповідно, в охороні здоров’я України цьому рівню відповідають посади помічників лікаря (фельдшерів), а в Збройних силах України – військових фельдшерів, котрі працюють в лікувально-профілактичних закладах та у військових частинах. Освітньо-професійна програма підготовки бакалавра забезпечує одночасне здобуття базової вищої освіти за напрямом підготовки та кваліфікації бакалавра на базі повної загальної середньої освіти. Зазначена програма підготовки бакалавра складається із загальних, фундаментальних, гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, спеціальних дисциплін відповідного напрямку підготовки, а також з різних видів практичної підготовки.

Спеціаліст – освітньо-кваліфікаційний рівень фахівця, який на основі кваліфікації бакалавра здобув спеціальні уміння та знання, має певний досвід їх застосування для вирішення складних професійних завдань, передбачених для відповідних посад, у певній галузі народного господарства. В охороні здоров’я України цьому рівню відповідають посади керівника, заступника лікувально-профілактичних закладів, лікарів різних спеціальностей в системі Міністерства охорони здоров’я та в системі силових міністерств України. Освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста забезпечує одночасне здобуття повної вищої освіти за спеціальністю та кваліфікації спеціаліста на базі відповідної освітньо-професійної підготовки бакалавра. Зазначена освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста складається із спеціальних дисциплін, соціально-економічних та різних видів практичної підготовки.

Магістр – освітньо-кваліфікаційний рівень фахівця, який на основі кваліфікації бакалавра або спеціаліста здобув поглиблені спеціальні уміння та знання інноваційного характеру, має певний досвід їх застосування та продукування нових знань для вирішення проблемних професійних завдань у певній галузі народного господарства. В охороні здоров'я України цьому рівню відповідають посади керівника, заступника лікувально-профілактичних закладів, лікарі різних спеціальностей в системі Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства оборони та інших військових формувань України. Освітньо-професійна програма підготовки магістра забезпечує одночасне здобуття повної вищої освіти за спеціальністю та кваліфікації магістра на базі відповідної освітньо-професійної програми підготовки бакалавра або спеціаліста. Зазначена освітньо-професійна програма підготовки магістра включає поглиблену фундаментальну, гуманітарну, соціально-економічну, психолого-педагогічну, спеціальну та науково-практичну підготовку на етапі загальнолікарської базової освіти з диференціацією на лікарів лише на етапі їх спеціалізації в інтернатурі при вищих медичних навчальних закладах.

Згідно з постановою КМ України № 96 від 24.02.92 [33], наказами МОЗ України від: 21.11.91 № 168; 2.04.92 № 53; 9.06.93 № 130; 22.07.93 № 166 [15, 17, 19, 20] обов'язковою формою післядипломної підготовки лікаря – спеціаліста є спеціалізація в інтернатурі і складається з занять на відповідних кафедрах вищих медичних навчальних закладів і стажування на базах підготовки. Головною метою інтернатури є набуття професійного рівня шляхом поглиблення теоретичних знань та набуття практичних навичок до самостійної роботи в лікувальних і профілактичних установах. В інтернатуру зараховувалися випускники медичних інститутів (медичних факультетів університетів) після закінчення субординатури, складання випускних державних іспитів і присвоєння кваліфікації лікаря. Порядок підготовки фахівців в інтернатурі визначався відповідним “Положенням ...”, затвердженим наказом МОЗ України № 53 від 2.04.92 [17]. Головним методичним принципом при навчанні інтернів був розвиток їх активності і контроль самостійності роботи. В якості клінічної бази для підготовки інтернів передбачалися лікувально-профілактичні установи, які мали кваліфіковані медичні кадри, високий рівень розвитку матеріально-технічної бази і спроможні надавати висококваліфіковану лікувальну та консультативну допомогу, впроваджувати нові методи профілактики, лікування

і реабілітації хворих. По закінченню інтернатури лікарі підлягають атестації на визначення рівня їх знань і практичних навичок з присвоєнням звання лікаря – спеціаліста із відповідної спеціальності.

Спеціалізація – це набуття лікарем (провізором) однієї з передбачених номенклатурою лікарських і фармацевтичних спеціальностей відповідно до наказів МОЗ України від 4.02.92 № 24 і від 9.06.93 № 130 [16, 19]. Підготовка спеціалістів повинна проводитися в інтернатурі інститутів удосконалення лікарів (провізорів) та на кафедрах медичних (фармацевтичних) інститутів базових закладів охорони здоров'я. Спеціалізація та перепідготовка лікарів зі спеціальностей, що не передбачені в інтернатурі, проводиться на циклах спеціалізації в інститутах удосконалення лікарів (провізорів) після закінчення інтернатури з основної спеціальності. Особи, які закінчили навчання в інтернатурі та пройшли курси спеціалізації, підлягали атестації на визначення знань та практичних навичок для присвоєння звання лікаря (провізора) – спеціаліста з конкретної спеціальності. Лікар (провізор) – спеціаліст одержував сертифікат встановленого зразка на самостійну роботу і повинен працювати за фахом.

Післядипломне навчання лікарів (провізорів), окрім інтернатури, включає навчання: в клінічній ординатурі, циклову підготовку в інститутах удосконалення лікарів (провізорів), медичних і фармацевтичних навчальних закладах; на курсах інформації і стажування на базі науково-дослідних і медичних інститутів, лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних і фармацевтичних установ, інститутів удосконалення лікарів. Тривалість навчання на кожному циклі або курсі визначається навчальним планом і програмою циклів спеціалізації, які розроблялися Головним управлінням навчальних закладів, кадрів і науки МОЗ України з залученням провідних фахівців з даної спеціальності. Замовлення на підготовку спеціалістів дають заклади охорони здоров'я. Навчання вважається закінченим після складання іспитів за програмою навчання, після чого видається посвідчення.

Сучасна концептуальна модель вищої медичної освіти в Україні (цивільної і військової) представлена на рисунку 1.

Згідно із представленою концептуальною моделлю вищої медичної освіти підготовка медичних кадрів – цивільних і військових в Україні здійснювалась шляхом додипломної та післядипломної освіти. Додипломна освіта здійснювалась у вищих медичних навчальних закладах Міністерства охорони здоров'я, де студенти оволодівали спеціальними знаннями, у тому числі з питань організації медичного забезпечення населен-



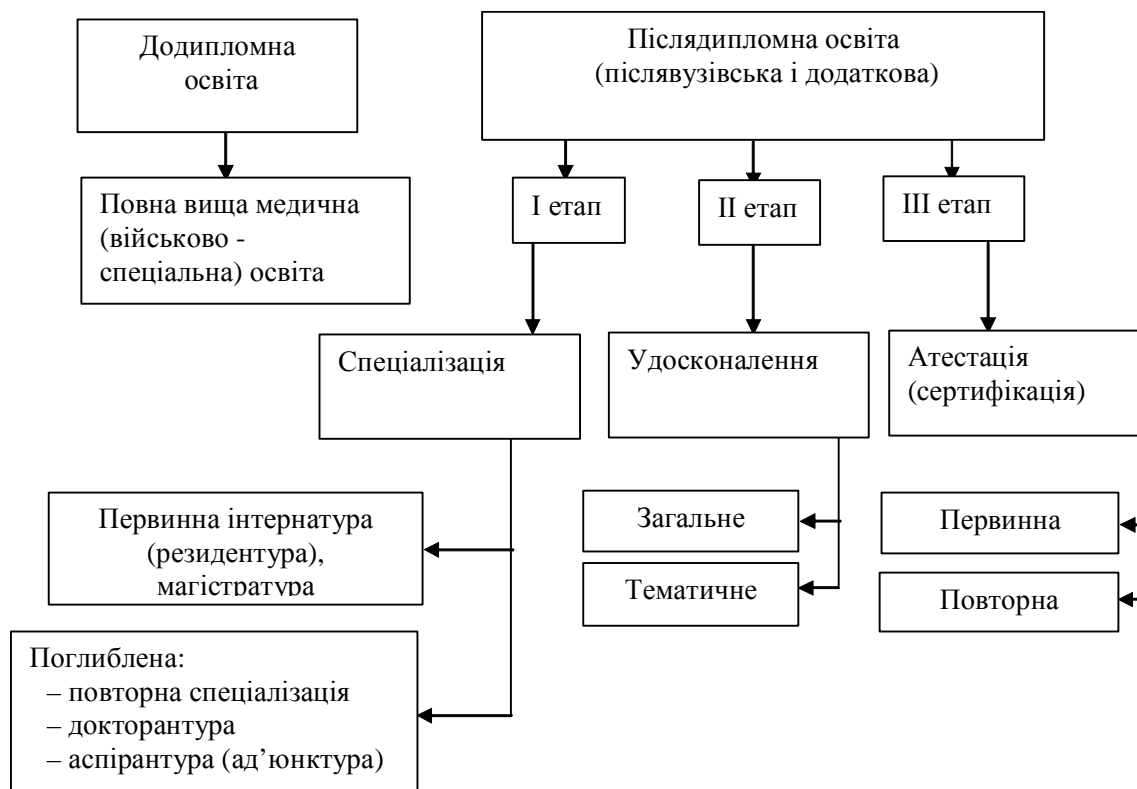


Рис. 1. Концептуальна модель вищої медичної освіти (цивільної і військової) в Україні.

ня у надзвичайних ситуаціях та з військової і військово-медичної підготовки відповідно до програми підготовки офіцерів медичної служби запасу.

Перший етап післядипломної освіти здійснювався в інтернатурі та клінічній ординатурі (первинна спеціалізація) при вищих медичних навчальних закладах – цивільних і військових протягом 2 – 3 років. Другий етап післядипломної професійної освіти – удосконалення передбачає підвищення кваліфікації фахівця на курсах загального і тематичного удосконалення в системі вищих медичних навчальних закладів післядипломної підготовки лікарів (інститутів, академій, університетів) на циклах тематичного удосконалення протягом 2 – 3 місяців. Третій етап післядипломної професійної освіти – атестація (первинна чи повторна) складається з навчання на атестаційних циклах, тематичних декадниках, стажування на робочому місці в державних медичних освітніх і науково-дослідних установах за державними освітніми стандартами. Атестація лікарів повинна забезпечити безперервність медичної освіти, оскільки до неї допускаються фахівці, що пройшли підвищення кваліфікації протягом останніх 5 років і склали кваліфікаційний іспит на одержання відповідного документа (диплома чи сертифіката).

Для проведення освітньої діяльності згідно із запропонованою реформою медичної освіти необхідно

було розробити і затвердити встановленим порядком комплекс освітньо-кваліфікаційних характеристик, освітньо-професійних програм, навчальних планів і програм та інших нормативних та навчально-методичних документів.

Суттєвою складовою державної системи медичної освіти є військово-медична освіта, яка щільно інтегрована в загальнодержавну медичну освіту з використанням в освітній діяльності як базового нормативного компонента державних стандартів медичної освіти при вивченні гуманітарних, соціально-економічних, фундаментальних, професійно орієнтованих та спеціальних дисциплін. Нормативними актами, які забезпечували таку діяльність, були постанови КМ України [31, 32, 33], накази МОЗ та МО України [21, 20, 23, 24, 26, 27]. Так, постановою КМ України № 819 від 16.10.95 передбачалось створення в державі високоефективної загальнодержавної системи екстремальної медицини для надання висококваліфікованої медичної допомоги постраждалим при стихійних лихах, катастрофах і аваріях з включенням до неї мобільних добре оснащених штатних медичних сил і засобів та нештатних медичних формувань. Для комплектування означених підрозділів необхідно було готувати відповідні кадри військових та цивільних спеціалістів. Значну роль в підготовці офіцерів медичної служби запасу повинні були відіграти кафед-



ри екстремальної та військової медицини, які були створені при вищих медичних навчальних закладах України у відомчій структурі Міністерства охорони здоров'я в результаті реформування існуючих військових кафедр і кафедр (курсів) екстремальної медицини (на жаль, на сьогодні вони ліквідовані). Інтеграція військово-медичної і загальнодержавної медичної освіти, яка започаткована у Військово-медичному відділенні при Українському державному медичному університеті ім. О. О. Богомольця, продовжує діяти в Українській військово-медичній академії (далі – Академія), навчальні підрозділи якої інтегровані з цивільними закладами освіти і установами і, перш за все, з Національним медичним університетом ім. О. О. Богомольця (НМУ), Київською національною медичною академією післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київською міською клінічною лікарнею швидкої медичної допомоги і здійснюють підготовку військових лікарів із залученням їх науково-педагогічних працівників та навчально-матеріальної бази [10, 11, 17, 20, 25, 26, 28, 33, 34].

Згідно з постановою КМ України № 820 від 16.10.95 здійснюється набір 100 студентів до НМУ з навчанням їх по повній програмі підготовки лікаря з подальшим зарахуванням до ЗС України і проходженням післядипломної підготовки на кафедрах Академії з використанням навчально-матеріальної бази МО, інших військових формувань та цивільних установ МОЗ України. Слід відмітити, що означеною постановою КМ України Академія створена з метою підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів для всіх силових міністерств і відомств та Міністерства охорони здоров'я України, хоча організаційно вона знаходиться у відомчій структурі МО України. Так, в п. 2 означеної постанови відмічено: “Перетворити Військово-медичне відділення при Українському державному медичному університеті імені О. О. Богомольця у Військово-медичний інститут, передавши його до сфери управління Міністерства охорони здоров'я”, тобто МОЗ України потрібна військово-медична організаційна структура, яка

здійснювала би як підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації цивільних лікарів (офіцерів запасу) з військово-медичних питань, а також контроль за якістю їх проведення.

Окрім зазначеного, Вчена рада Академії одночасно виконує функції Проблемної комісії з питань військової та екстремальної медицини при Міністерстві охорони здоров'я України, до складу якої входять провідні вчені – медики нашої держави. З 2003 року на військові кафедри Академії покладені обов'язки по виконанню функцій опорної кафедри для цивільних кафедр МОЗ України з питань військової медицини і надзвичайних станів [27].

Таким чином, для підготовки і подальшої ефективної роботи медичних спеціалістів (військових і цивільних) необхідно надалі проводити інтеграцію діяльності Академії і цивільних вищих медичних закладів освіти і науки в напрямі проведення різних форм освітньої діяльності, організації наукової роботи, підготовки науково-педагогічних кадрів та при організації матеріально-технічного забезпечення навчально-наукового процесу.

**Висновки:** 1. Загальнодержавна система медичної освіти і науки в Україні і її інтегральна складова – військово-медична освіта за період свого існування має істотні здобутки в підготовці та удосконаленні медичних кадрів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів, в науковій розробці та у впровадженні в освітню діяльність закладів освіти і науки нових концептуальних та нормативно-правових положень, в наданні кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги населенню і військовослужбовцям.

2. Процес становлення системи медичної освіти динамічний, потребує постійного пошуку оптимального вирішення існуючих проблем, для чого необхідно поліпшити фінансування медичних закладів освіти і науки, удосконалювати навчально-матеріальну базу з отриманням власної клінічної бази, забезпечити освітні медичні заклади новітніми комп'ютерними навчальними програмами, підключити їх до національної та світової мережі.

### Література

1. Абушинов В. В. Научно-организационные аспекты профессиональной подготовки врачей госпитального звена / В. В. Абушинов // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 4. – С. 20–26.
2. Білий В. Я. Актуальні проблеми підготовки військово-медичних кадрів для ЗС України / В. Я. Білий, Б. А. Клішевич // Лік. справа. – 1996. – № 1, 2. – С. 197–201.
3. Бойчак М. П. История Киевского военного госпиталя :

Киевский госпиталь – учебная и научная база медицинского факультета университета Св. Владимира и Киевского медицинского института / М. П. Бойчак. – Киев : Преса України, 2005. – 752 с.

4. Большаков В. Н. Высшее медицинское образование, перспективы развития / В. Н. Большаков, В. М. Давыдов // Военно-медицинский журнал. – 1998. – Т. 319, № 5. – С. 7–17.
5. Бондарев Л. Я. Особливості сучасного процесу на-

вчання / Бондарев Л. Я., Кучерявий О. Г., Молчанова Г. І. // Педагогічна скарбниця Донеччини. – 1995. – № 1. – С. 30–31.

6. Быков И. Ю. Об образовании на всю жизнь, к образованию через всю жизнь / И. Ю. Быков, В. М. Давыдов, Д. Б. Олейник // Военно-медицинский журнал. – 2000. – Т. 321, № 11. – С. 4–6.

7. Вороненко В. В. Актуальні проблеми діяльності Української військово-медичної академії та перспективи покращання її функціонування / В. В. Вороненко, Б. А. Клішевич // Військова медицина України. – 2005. – Т. 5. – С. 15–29.

8. Про освіту (ст. ст. 28, 47, 48) // Закон України № 1144-12 від 04.06.91.

9. Про вищу освіту (ст. ст. 10, 25, 28, 30) // Закон України № 2984-3 від 17.01.02.

10. Заруцький Я. Л. Концептуальні підходи до підготовки військових хірургів для Збройних Сил України / Я. Л. Заруцький, Б. А. Клішевич // Військова медицина України. – 2006. – Т. 6, № 4. – С. 86–94.

11. Заруцький Я. Л. Актуальні проблеми клінічної підготовки військових хірургів для Збройних Сил України / Заруцький Я. Л., Клішевич Б. А., Лакша А. М. // Військова медицина України. – 2007. – Т. 7, №№ 1–2. – С. 78–84.

12. Павловський М. П. Інтернаттура / М. П. Павловський, И. О. Мартынюк. – Львов : Вища школа, 1987. – 264 с.

13. Коржуев А. В. Подготовка преподавателей высшей школы / А. В. Коржуев, В. А. Попков // Педагогіка. – 2000. – № 7. – С. 53–58.

14. Клішевич Б. А. Організаційно-методичні підходи до реформування вищої військово-медичної освіти України в контексті Болонського процесу / Б. А. Клішевич // Військова медицина України. – 2004. – Т. 4, № 4. – С. 28–39.

15. Про подальше удосконалення атестації лікарів // Наказ МОЗ України № 168 від 21.11.91.

16. Положення про атестацію провізорів // Наказ МОЗ України № 24 від 04.02.92.

17. Про зміни в післядипломній підготовці випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів // Наказ МОЗ України № 53 від 02.04.92.

18. Тимчасове положення про підвищення кваліфікації викладачів медичних і фармацевтичних закладів, інститутів удосконалення лікарів // Наказ МОЗ України № 95 від 03.05.93.

19. Положення про порядок проведення атестації лікарів // Наказ МОЗ України № 130 від 09.06.93.

20. Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів) // Наказ МОЗ України № 166 від 22.07.93.

21. Про створення Військово-медичного відділення при

Українському державному медичному університеті та Київському державному інституті удосконалення лікарів. Інструкція до наказу // Наказ МО і МОЗ України № 305/254 від 29.12.93.

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

23. Про створення кафедр екстремальної та військової медицини // Наказ МО і МОЗ України № 233/332 від 15.12.95.

24. Про створення Української військово-медичної академії. Інструкція до наказу // Наказ МО і МОЗ України № 331/236 від 18.12.95.

25. Про затвердження Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я // Наказ МОЗ України № 174 від 05.06.97.

26. Про затвердження Положення про навчальний та навчально-науково-виробничий комплекс // Наказ Міністра освіти України № 13 від 19.01.94.

27. Про затвердження примірною положення про опорну кафедру і переліку опорних кафедр вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів III–IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України // Наказ МОЗ України № 86 від 26.02.03.

28. Пасько В. В. Актуальні проблеми клінічної підготовки військово-медичних фахівців / В. В. Пасько, Б. А. Клішевич // Медична освіта. – 2003. – С. 3–6.

29. Проблемы интеграции медицинского образования, медицинской науки и практики / Б. В. Петровский, И. Н. Денисов, И. И. Косарев [и др.] // Клиническая медицина. – 1994. – № 5. – С. 74–76.

30. Про зміни організації спеціалізації (інтернатури) випускників медичних і фармацевтичних інститутів і медичних факультетів університетів // Постанова Кабінету Міністрів України № 96 від 24.02.92.

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

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

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

34. Про затвердження Положення про державний вищий навчальний заклад // Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 05.09.96.

35. Положення про підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів // Постанова Кабінету Міністрів України № 309 від 01.03.99.

## 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, 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 (СІ).

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

9. 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 / Л. С. Выготский. – М. : Искусство, 1987. – 348 с.

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

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase / F. Hobbiger. – 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. Контроль и регуляция иммунного ответа / [Г. В. Петров, Р. М. Хантов, В. М. Манько и др.]. – М. : Медицина, 1981. – 311 с. Перекладні видання:

6. Гроссе Э. Химия для любознательных / Э. Гроссе, Х. Вайсмангель ; пер. с нем. – М. : Химия, 1980. – 392 с.

– *посилання на статті:*

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

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

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я. І. Гонський, Г. Г. Шершун, І. М. Кліщ [та ін.] // 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<sup>3</sup> В 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). – № 3360585/25-08 ; заявл. 23.11.81 ; опубл. 30.03.83, Бюл. № 12.

2. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК<sup>7</sup> Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / Чугаева В. И. ; заявитель и патентообладатель Воронеж. науч.-исслед. ин-т связи. – № 2000131736/09 ; заявл. 18.12.00 ; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (III ч.).

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

1. Кияшко А. О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни : дис. ... доктор мед. наук / А. О. Кияшко. – Тернополь, 1983. – 280 с.

2. Фіра Л. С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі : автореф. дис. ... канд. біол. наук / Л. С. Фіра. – 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.

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

11. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реструкуються. У першу чергу друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

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

13. Статті треба відсилати за адресою:  
Редакція журналу “Медицина освіти”  
Тернопільський державний медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського  
Майдан Волі, 1  
46001, Тернопіль  
Україна.

**Бажаємо успіху!**