

УДК

УКРАЇНСЬКА МОВА : ІСТОРІЯ ЗАБОРОН” / ІСТОРИЧНО-ПОЛІТИЧНИЙ АСПЕКТ /

Доц.М.К.Кубаєвський, канд. істор. наук В.З.Ухач

Тернопільська Державна медична академія ім.І.Я. Горбачевського

Від державності мови –
до державності нації.

На порозі нового тисячоліття, нівельовані та уніфіковані цивілізацією, люди світу починають гарячого шукати своїх етнічних коренів, витоків своєї культури і духовності. Відходять у небуття донедавна всесильні доктрини, знову стає вартісним те, що вважалось пережитком минулого і як таке зневажалось та переслідувалось тими, хто видавав себе за уособлення прогресу і підганяв інших до “світлого майбутнього “. Переосмислюються або ж втрачають кредит довір’я концепції про історичні і неісторичні, державні і недержавні, передові і відсталі народи.

Відомо, що нація, як і будь-яка інша спільнота людей, не може ні сформуватись, ні існувати без спілкування її членів, без збереження ними історичної пам’яті, надбань духовності, самоусвідомлення, без ідентифікації - відчуття приналежності до цієї спільноти. Безперечно, що універсальним засобом здійснення всього цього є мова. Вона забезпечує єдність, функціонування і розвиток національного організму в просторовому та часовому вимірах. І дійсно, якби не назвати те, що робить українців українцями, - дух народу, національний характер, ментальність нації чи ще як, - ясно, що воно якнайтісніше пов’язане з рідною мовою народу. Зрозуміло, є те, що мову нищать не з якоїсь лінгвоксенофобії – ненависті до чужих мов, а щоб носій цієї мови втратив своє “ Я ” і розчинився в іншому народі.

І дійсно, кінцевою метою лінгвоциду /мововбивство, свідоме, цілеспрямоване винищення певної мови як головної ознаки етносу – народності, нації/ є не геноцид, тобто фізичне винищення певного народу, а етноцид – ліквідація цього народу як окремої культурно-історичної спільноти, винародовлення ет-

носу. Саме лінгвоцид є передумовою масової денаціоналізації та манкуртизації., без нього неможлива втрата народом історичної пам’яті етнічного імунітету, національної самототожності, а без цього, своєю чергою, не може відбутись асиміляція – поглинання одного народу іншим. Стає зрозуміло, чому поневолювачі ніколи не забували про необхідність нищення мови поневолених народів.

Історія народів світу рясніє безліччю прикладів такої політики. Лінгвоцид щодо української мови має довгу історію, сторінки якої рясніють підступом, погордою, нахабством, лицемірством поневолювачів та щедро політи слізьми і кров”ю українського народу. Пригадаймо ж деякі, чорні, для української мови, дати :

– 1720 рік. Указ російського самодержця Петра I про заборону друкувати в Малоросії будь-які книги, крім церковних, які необхідно “ для повного узгодження з великоросійськими з такими ж церковними книгами справляти..., щоб ніякої різниці і окремого наріччя в них не було“.

– 1753 рік. Указ Катерини II про заборону викладання українською мовою в Києво – Могилянській академії ;

– 1769 рік. Заборона Синоду Російської православної Церкви на друкування та використання українського “ Букваря “ ;

– 1789 рік. Розпорядження Едукаційної комісії Польського сейму про закриття руських (українських) церковних шкіл та усунення з усіх шкіл руської (української) мови;

– 1817 рік. Постанова про викладання в школах Західної України лише польською мовою ;

– 1862 рік. Закриття українських недільних шкіл – безоплатних, для навчання дорослих ;

– 1863 рік. Циркуляр міністра внутрішніх справ царської Росії П.Валуєва про заборону видавати підручники, літературу для народного читання та книжки релігійного змісту українською мовою, якої “ не было, нет и быть не может”. Цього ж року заборонено ввіз і по-

ОГЛЯДИ

українських шкіл, а отже й укотре української мови;

– 1958 р. Положення про вивчення другої мови” за бажанням учнів і батьків”. Як бачимо, російську мову на Україні треба було вивчати обов’язково, а українську – по-бажанню.

– 60-і-80-і роки:

– Соціалістична Польща: кількість українських шкіл зменшилась із 152 до 29;

– Соціалістична Чехословаччина: кількість українських шкіл зменшилась із 800 до 20, а з 200 тисяч етнічних українців стали вважати себе українцями лише 40 тисяч;

– Соціалістична Румунія: закрито українські школи і ліцеї, заборонено українську греко-католицьку церкву. З 840 тисяч українців у 1979 році визнали свою етнічну приналежність лише 159 тисяч, (Іванишин В., Радкевич-Винницький Я. Мова і нація. – Дрогобич, 1992. – С. 22)

– Соціалістичний Радянський Союз: кількість тих, хто вважає українську мову рідною, за ці три десятиліття зменшилась на 10 млн. осіб.

Переломними віхами на шляху заборони української мови стало: прихвалення Закону “Про мови в Україні (28 жовтня 1989р.) Декларації про державний суверенітет України (16 липня 1990р.), Акт прийняття незалежності України (24 серпня 1991р.), підтверджений першого грудня референдумом 1991р., де більше як 90% населення України сказали “Так” незалежній Україні. Стаття 10 нової Конституції України (28 червня 1996р.) затвердила державною мовою – мову українську.

В сучасних процесах розбудови Української держави, реформування її економіки, думається, що для кожного її громадянина повинні стати за аксіому ці слова: хочемо мати справжню державу, подбаймо про українську мову. НЕ лише клянімося в любові до рідної мови, не лише плачемо над її долею, а процюймо для неї, вивчаймо, заглиблюймося у її походження й історію, поширюймо, пропагуймо її, бо без української мови не буде української держави.

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

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

MAIN TENDENCIES OF WORLD'S HIGHER SCHOOL DEVELOPMENT. INTRODUCTION OF MODERN TECHNOLOGIES INTO TEACHING PROCESS OF TERNOPIL STATE MEDICAL ACADEMY BY I.YA. HORBACHEVSKY: ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES

L.Ya. Kovalchuk

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

У статті розглянуто основні тенденції розвитку вищої медичної школи. Показано переваги вітчизняного підходу до навчання студентів у медичних ВНЗ. Доведено, що головна проблема, яка постає перед студентами сьогодні при будь-якій системі освіти, – це зростання інформаційного навантаження, потреба систематизації й осмислення інформації за відносно короткий період часу, що вимагає застосування новітніх технологій навчання. Наведено конкретні факти впровадження сучасних технологій у навчальний процес у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського. Основними з них є проведення телелекцій у режимі реального часу з провідними вченими, створення мультимедійних навчальних компакт-дисків, забезпечення вільного доступу викладачів і студентів до мережі “Інтернет”, проведення для всіх студентів щосеместру комп’ютеризованої ректорської контрольної роботи за системою ліцензійного іспиту “Крок”.

The main tendencies of higher medical school development have been considered in the article. The advantages of our state’s approach to the teaching process in medical higher educational establishments have been shown. It was proved that the main problems arising before the students nowadays at any educational system are the informational loading increase, the need of information systematization and comprehension during the short period of time. They require the application of teaching modern technologies. The specific facts of modern technologies introduction into educational process of Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky were given. Main of them are telelectures of leading scientists in real time regimen, creation of multimedium educational compact-discs, guaranteeing of free access to “Internet” for teachers and students, holding of rector’s computerized test according to the license exam system “Step” once a semester.

Вступ. Проблема вищої освіти в Україні на межі століть набуває особливого звучання. Глобальні трансформації, які відбуваються в нашому суспільстві, зумовлюють потребу суттєвих технологічних змін. Надзвичайно складні проблеми, які при цьому виникають, вимагають для свого розв’язання не тільки збільшення обсягу наукових знань і кількості відповідних спеціалістів, але й запровадження якісно нової системи вищої освіти. Ось чому на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які суттєво прискорюють підготовку висококваліфікованих спеціалістів з якісно новим ступенем знань [1].

© Л.Я. Ковальчук, 2000

Не припиняються дискусії, якою повинна бути сучасна освіта. Однак ні в кого не виникає сумніву щодо перенесення акцентів в освіті із системи простого одержання знань на технологічні способи і методи навчання, розвиток у майбутніх спеціалістів уміння ефективно й оперативно приймати рішення за умови дефіциту часу, наявності суперечливої і не завжди достатньої інформації [2].

Перед нами стоїть завдання зробити посильний внесок у радикальну трансформацію нашої вищої школи на основі використання нових інформаційних технологій. Мета роботи – висвітлити питання про основні тенденції розвитку світової вищої медичної школи й оха-

рактизувати напрямки впровадження сучасних технологій в навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.

Основна частина. Насамперед слід зауважити, що традиційна система медичної освіти побудована за принципом моделі “діагноз – лікування” [3]. Вона досить популярна через свою ефективність і певну логіку. Однак у ній є багато обмежень. Зокрема, неможливо добре навчити студентів розв’язувати медичні й соціальні проблеми пацієнтів із хронічними хворобами та інвалідністю, обмежено опанується сутність відносин між пацієнтом і лікарем, недостатньо викладаються основи здорового способу життя тощо.

На противагу цій традиційній моделі з’явилась нова філософія освіти – спрямування на отримання позитивного кінцевого результату. Суть її полягає в тому, що виконання навчальних програм є можливим при досягненні студентами в процесі навчання кінцевих результатів. Згідно з такою схемою, основний акцент робиться не на сам процес навчання, а на його кінцевий продукт – якість майбутнього лікаря. Це повинно наблизити навчальні програми до вимог практичної медицини, стимулювати дискусію про принципи медичної освіти, показати значення на сучасному рівні розвитку інформатики, пропагувати здоровий спосіб життя, вдосконалити етику відносин “лікар – хворий”, “лікар – середній медперсонал” тощо, стимулювати вироблення навичок міжособистісного спілкування. Разом з тим, ні в якому разі не можна принижувати значення і важливості основних, традиційних дисциплін.

Другим аспектом є подальше впровадження в теорію і практику медичної освіти всім відомого вже понад декілька десятиліть проблемно-орієнтованого навчання, яке слід розглядати як сукупність різноманітних прийомів педагогічної діяльності, що постійно розвиваються і змінюють один одного. За його схемою студенти, в певному розумінні, повинні самі себе навчати, використовуючи розв’язання різних проблем шляхом переходу від конкретного випадку до узагальнення та розробки певних принципів і підходів як головного фокуса навчання. Згідно з матеріалами Європейської асоціації медичної освіти вони, знайомлячись із сценарієм проблеми, спочатку

виявляють незнайомі терміни, концепції, потім намагаються дати певні пояснення поставленій проблемі. При цьому чітко виявляються прогалини в їх знаннях, які слід терміново ліквідувати. Це спонукає студентів до ґрунтовної самостійної роботи, активізації пошуку всіх можливих джерел інформації. Під час ряду сумісних зустрічей вони повинні ділитися між собою одержаною інформацією, вчитись застосовувати її для розв’язання проблеми. Підсумком такого сценарію повинно бути, без сумніву, розв’язання проблеми, вміння знайти правильний вихід із ситуації, яка може скластися в майбутньому. Робота викладача в такому випадку зводиться до ролі радника, готового допомогти студентам навчити самих себе. Він виконує спостережну, спрямовальну і стимулювальну функції.

Такий підхід готує студентів до майбутньої інтенсивної самоосвіти, сприяє нагромадженню знань у довготривалій пам’яті.

Професор Генрі Слотник (США) розглядає процес навчання лікарів протягом усієї професійної діяльності як низку постійних епізодів навчання і виділяє в ньому такі фази:

- сканування: виявлення проблеми (недостатність знань у певній галузі); вона може бути специфічною, наприклад конкретний хворий, або загальною (відсутність навички дуоденального зондування);

- оцінювання: чи є можливим розв’язання даної проблеми, які джерела і ресурси цього процесу, що слід зробити;

- навчання;

- набуття досвіду.

Він вважає, що в медичній школі ця схема є неповною внаслідок відсутності перших фаз. А проблемно-орієнтоване навчання надає змогу студентам включити в процес навчання саме перші дві фази.

Інший сучасний методичний підхід до освіти базується на кращих доказах. Вважається, що слід перейти від освіти, яка базується на розповсюджених думках, до освіти, що ґрунтується на фактах і наукових доказах. Адже деколи на практиці наукове підтвердження замінюється особистим досвідом, інколи застарілими традиційними цінностями. Такий тип навчання, що базується на кращих доказах, стимулює викладача до постійного перегляду методики навчання, пошуку відомих на

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

сьогоднішній день підходів і методик лікування, примушує його оцінити, який з відомих підходів найкращий і науково обґрунтований, і врешті-решт вибрати оптимальний. Однак при цьому слід враховувати, чи дане твердження належить до розряду оптимального на підставі одного конкретного випадку, чи це підтверджується оглядами літератури, чи можна дану методику застосувати без її адаптації тощо.

Третій напрямок – мультипрофесійна освіта. Вона передбачає можливість спільного навчання спеціалістів різних галузей, що дозволяє студентам різної професійної спрямованості навчитись спільно взаємодіяти, отримати практику командної роботи, відчуття своєї власної професійної ролі у контексті й розумінні компетентності інших професій. Наприклад, у США, Швеції розроблено навчальні програми, за якими спільно навчаються майбутні лікарі, медичні сестри, стоматологи і навіть соціальні працівники.

У зарубіжній педагогічній літературі описано метод “портфоліо”, який давно застосовують у нашій медакадемії. Він передбачає накопичення майбутнім спеціалістом матеріалів, які стосуються його професійної діяльності, протоколювання основних моментів професійного становлення. Фактично це докази досягнутих результатів. Оволодіння студентом тією чи іншою практичною навичкою, написання історії хвороби, критичні випадки в лікуванні хворих, щоденна клінічна практика, участь у лікарняних чи студентських наукових конференціях, вивчення матеріалів для підготовки до екзаменів – ось демонстрація прогресу в навчанні. При розробці чітких критеріїв оцінювання результатів можна зробити висновки про реальний досвід студента. Фактично цей метод можна розглядати як визнання і стимул до самостійного навчання, постійного професійного розвитку.

За кордоном на клінічних іспитах поряд з реальними хворими починають використовувати “стандартизованих” хворих, ролі яких грають спеціально навчені актори.

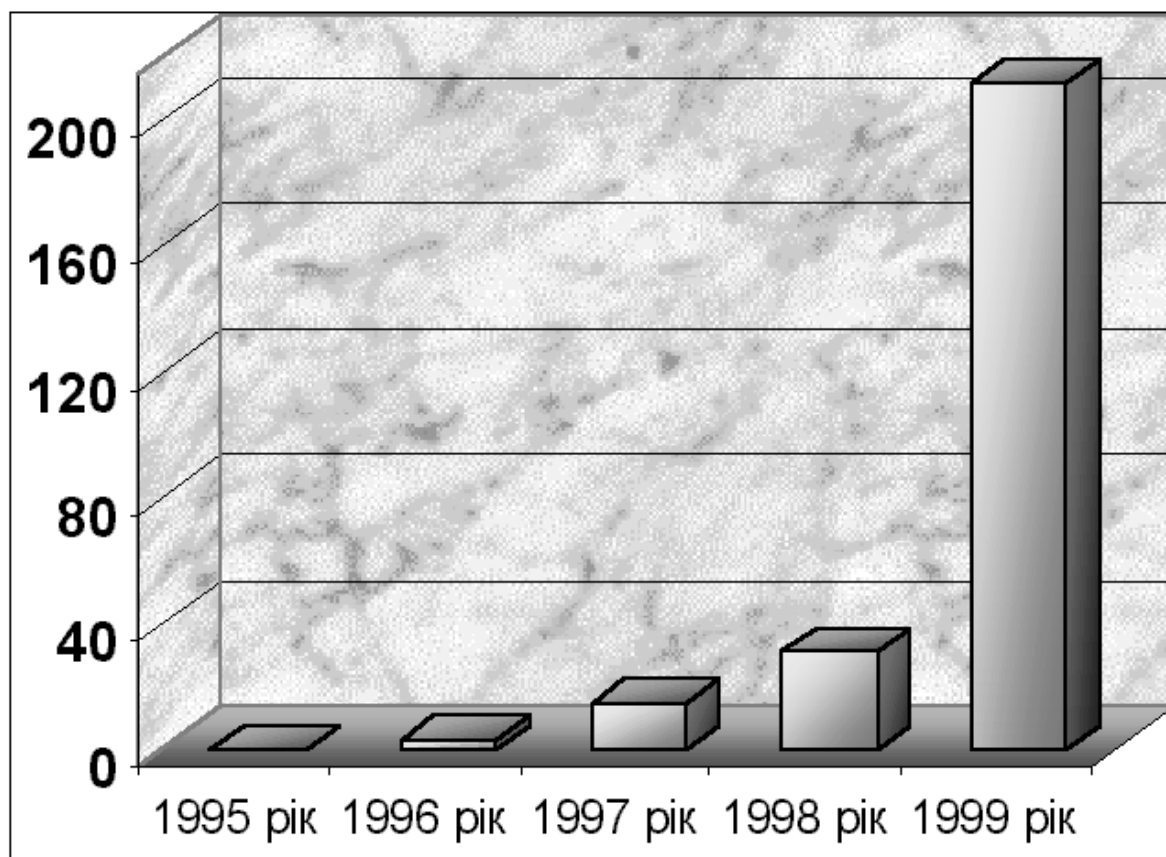
Нарешті ми підійшли до розуміння необхідності широкого застосування комп’ютерного тестування, яке, порівняно з бланковим, підвищує надійність зберігання інформації, створює

більше зручностей для тих, хто тестується, потенційно збільшує ефективність тестування. У деяких країнах Заходу починають проводити медичні ліцензійні іспити “Крок-1”, “Крок -2”, “Крок -3” в комп’ютерному вигляді. А в ряді медичних шкіл США зараз відбувається експеримент із впровадження комп’ютерних курсових іспитів.

Критично аналізуючи наведені тенденції світової вищої медичної освіти, слід зазначити, що кожен з них має свої переваги для професійного становлення майбутнього лікаря. Спільною закономірністю є розширення інформаційної сфери, яку повинен опанувати студент. У зв’язку з цим, вітчизняна система вищої медичної освіти має певні переваги. Адже навчання ведеться за принципом – від конкретного до загального з послідовним поглибленням і нашаруванням знань. Такий підхід більш характерний для навчального процесу на молодших курсах. Він сприяє запам’ятовуванню і логічному осмисленню набутих знань. При вступі в клініку в студента вже сформована фундаментальна теоретична база, на основі якої він аналізує клінічні ситуації. З цього моменту навчання ведеться в основному за принципом – від загального до конкретного, від виявлення основних синдромів до формулювання конкретного діагнозу. Таким чином, замикається система аналітико-синтетичної розумової діяльності, яка спирається на логіку і довготривалу пам’ять.

Отже, головною проблемою, яка постає перед студентами сьогодні при будь-якій системі освіти, є зростання інформаційного навантаження, потреба систематизації й осмислення інформації за відносно короткий період часу. Все це вимагає застосування технологій навчання, відмінних від традиційних.

На республіканській науково-методичній конференції “Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України”, яка проходила восени минулого року на базі нашої академії, ми вперше презентували основні напрямки розробки і впровадження сучасних технологій у навчальний процес [4]. З цього часу минуло не набагато більше половини року, проте можна констатувати, що медична академія зробила відчутні кроки вперед.



Етапи розширення парку персональних комп'ютерів у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського

В основі сучасних технологій навчання ми вбачаємо широку інтеграцію комп'ютерної техніки в методику оволодіння знаннями і практичними навичками. Досвід впровадження обчислювальної техніки в навчальний процес на сьогодні дозволив констатувати його послідовність і практичну доцільність, які вже можуть бути окресленими чіткою концепцією, що передбачає напрямки подальшої комп'ютеризації.

Головне завдання концепції полягає в забезпеченні можливості кожному співробітнику і студенту безкоштовно користуватися сучасною обчислювальною технікою і програмним забезпеченням з метою доступу до світового інформаційного простору, отримання навичок обробки медико-біологічної інформації, вдосконалення фахової підготовки, створення комп'ютерних віртуальних навчальних програм.

Концепцією передбачено поетапне накопичення персональних комп'ютерів у підрозділах медичної академії, створення обчислювальних мереж, під'єднання до глобальної інформаційної мережі "Інтернет" з формуванням на кінцевому етапі структурного компонента Національного інфор-

маційного телемедичного простору. Концепція враховує динаміку вдосконалення обчислювальної техніки, її програмного забезпечення, а також цінову політику щодо них на світовому ринку.



Комп'ютерний центр "Інтернет"

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Головним досягненням останнього півріччя є проведення в медакадемії телелекцій у режимі реального часу. Вже відбулися телелекції з медичної інформатики, педіатрії, нормальної фізіології, акушерства і гінекології на факультетах післядипломної освіти, фармакології та клінічної фармакології. Їх провели провідні фахівці столичних університетів і науково-дослідних інститутів.

Досвід проведення перших телелекцій вказав на те, що їх тематика повинна насамперед стосуватися актуальних питань прикладної медицини, які викликають значний інтерес у студентів старших курсів. Сценарій такої лекції має істотно відрізнятись від класичної. Це передусім 25-30-хвилинне викладення основних положень, потім – дискусія протягом 60 хв. Істотним є розповсюдження тексту лекції серед студентів задовго до її проведення. Згідно з навчальним планом, у нашій медакадемії щомісяця відбувається по три телелекції.

Зараз створено спеціальну групу перспективних молодих інженерів-програмістів, головне завдання якої – розробка програмного забезпечення для проведення телелекцій із використанням мережі “Інтернет”.

На сьогоднішній день інтенсифікувалася робота кафедр щодо створення навчальних мультимедійних компакт-дисків з різних дисциплін. Поточний навчальний рік показав їх дієвість у засвоєнні теоретичних знань та візуальному опануванні практичними навичками, розвіяв останні сумніви в необхідності їх створення. Перші навчальні CD ROM вже були представлені на виставках, за кордоном, де вони отримали схвальну оцінку. Крім наявних компакт-дисків “Шпитальна хірургія” (3 томи), “Інфекційні хвороби”, “Урологія”, “Раціональне харчування в педіатрії”, “Термінальні стани” та “Лапароскопічна хірургія” на сьогоднішній день практично готові диски “Факультетська хірургія” (2 томи), “Туберкульоз”. Важливо, щоб диски були не просто носіями інформації, яку студенти можуть почерпнути з книг, а були наповненими ілюстраціями, відеофільмами, містили контролюючі програми. Після виготовлення і тиражування всі компакт-диски надходять у читальний зал бібліотеки, де кожен студент має вільний до них доступ. Зали працюють з ранку до вечора. Протягом останнього півріччя компакт-дисками при підготовці до занять скористалися понад 500 студентів. Найбільш популярними є CD ROM і

“Шпитальна хірургія”, особливо розділи “Торакальна хірургія” і “Хірургія живота”, “Інтенсивна терапія”, “Раціональне харчування”, “Інфекційні хвороби”. Працівники читальних залів відзначають зростання протягом останнього місяця кількості студентів, які працюють із компакт-дисками. Як стверджують останні, інформація компакт-дисків, яка є найбільш сучасною, береться за основу при написанні історій хвороб. Зараз у кожному корпусі академії створюють комп’ютерні класи для роботи студентів із навчальними компакт-дисками.

Остання новина в медакадемії – впровадження телевідеосистеми консультативно-лікувального центру. В операційному блоці є три відеокамери: перша знімає загальний план операційної, друга – операційне поле при порожнинних втручаннях, третя – хід лапароскопічної операції. Відеомонітор встановлено в навчальній кімнаті. Студенти мають можливість у режимі реального часу спостерігати за найскладнішими оперативними втручаннями. У цей час викладач проводить їх коментар. Управління відеосистемою здійснюють через комп’ютер. Операцію копіюють на вінчестер, у подальшому її можна буде записати на компакт-диск і поповнити нею колекцію відеосюжетів оперативних втручань. Виникла думка, щоб ці операції систематизувати і випускати окремі компакт-диски для перегляду майбутніми хірургами і хірургами-курсантами в читальних залах медакадемії. Впровадження такої відеосистеми заплановано в усіх хірургічних клініках і академічній лікарні.

У поточному навчальному році було вдосконалено проведення занять із медичної інформатики. На кафедрі створено локальну обчислювальну мережу з доступом до “Інтернету”. Більшість практичних занять щодо використання телекомунікаційних технологій проводять в умовах реального підключення до “Інтернету”. Тимчасово це відбувається шляхом модемного зв’язку, проте невдовзі, коли буде в повному обсязі реалізовано проект об’єднання навчальних корпусів медакадемії в мережу міського масштабу з використанням швидкісних модемів, усі сервери навчальних корпусів і об’єднані з ними в мережу комп’ютери центрів і кафедр зможуть мати швидкий та надійний доступ до всесвітньої інформаційної мережі.



Під час заняття з медичної інформатики

У березні поточного року відбувся тендер щодо зміни провайдера послуг “Інтернету” та об’єднання всіх теоретичних корпусів медакадемії в мережу міського масштабу. Центральний сервер буде встановлено в адміністративному корпусі. Через виділені телефонні лінії і швидкісні модеми здійснюватиметься зв’язок з іншими навчальними корпусами, а також консультативно-лікувальним центром. Створення єдиної загальноакадемічної мережі дозволить розв’язати не тільки питання доступу до “Інтернету”. Насамперед за допомогою електронного зв’язку будуть здійснюватися управління кафедрами, доступ до електронної картотеки й електронних видань бібліотеки, обмін файлами і повідомленнями між кафедрами тощо. У цих умовах доцільно створити Web-сторінки кафедр із розміщенням на них основних електронних варіантів навчально-методичної документації.

Важливим здобутком у впровадженні комп’ютерних технологій у навчальний процес є створення на базі кафедри медичної інформатики Центру забезпечення тестування. У його обов’язки входить розробка програмного забезпечення і проведення тестування студентів усіх курсів з більшості дисциплін за системою ліцензійного іспиту “Крок” кожного семестру. Такому тестуванню надано статус – ректорська контрольна робота. Вона насамперед передбачає тренінг студентів за питаннями ліцензійного іспиту “Крок”. Звичайно, можна було б проводити цю контрольну роботу на паперових носіях, проте доцентам кафедр потрібно багато часу на пере-

вірку. Оцінка за ректорську контрольну роботу на подальших іспитах свідчить про ставлення студента до навчання, а також характеризує роботу кафедр.

У квітні відбулася ректорська контрольна робота для шестикурсників. Вона охопила 4 дисципліни: терапію, хірургію, акушерство-гінекологію і педіатрію. Тестові питання відповідали за змістом завданням ліцензійного іспиту “Крок”, проходили рецензування в комісії з тестування і затверджувалися на засіданнях циклових методичних комісій.



Проведення тестового контролю на комп’ютері

Попереду в медакадемії значний обсяг роботи щодо збільшення парку комп’ютерів і залучення їх до навчального процесу. Згідно з концепцією комп’ютеризації, медакадемія повинна виконати ряд кроків, невідкладними з яких є :

- створення достатньої кількості комп’ютерних центрів на 12 робочих місць для індивідуальної роботи викладачів і студентів, доступу до “Інтернету”, проведення у стислі строки ректорської контрольної роботи та інших контролюючих завдань за комп’ютером;
- створення віртуальних навчальних комп’ютерних програм;
- створення Центру інформаційного забезпечення ТДМА з повноваженнями проведення тематичного пошуку в мережі “Інтернет”, математичної обробки даних планових і дисертаційних наукових робіт тощо;

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

- обладнання обчислювальною технікою бібліотеки, створення електронної картотеки і пошукової системи;
- відкриття госпрозрахункових курсів з основ комп'ютерної грамотності з видачею посвідчення державного зразка;
- оснащення лекційних приміщень медакадемії комп'ютерними засобами для презентацій;
- забезпечення доступу до "Інтернету" всіх підрозділів медакадемії, створення ними при потребі власних Web-сторінок;
- придбання ліцензійного програмного забезпечення для основних видів діяльності комп'ютерних центрів медакадемії.

У перспективі:

- забезпечення доступу до "Інтернету" користувачів: співробітників, студентів та інших зацікавлених осіб з особистих персональних комп'ютерів;
- відпрацювання альтернативних моделей комп'ютеризації кафедр, програмного забезпечення і їх впровадження на кафедрах медичної академії;
- оснащення комп'ютерною технікою академічної лікарні й створення конкурентоспроможного програмного забезпечення автоматизованих робочих місць спеціалістів;
- завершення формування мережі "Інтернет" у медакадемії з об'єднанням всіх корпусів і веденням діловодства на електронних носіях;
- систематичний аналіз світових і вітчизняних процесів у галузі інформатики й обчислювальної техніки з метою своєчасного внесення коректив у Концепцію комп'ютеризації медичної академії.

Звичайно, жоден комп'ютер не замінить живого спілкування викладача і студента. Проте можливості інформаційних технологій є на-

стільки великими, що ми просто зобов'язані студентам надати змогу працювати з комп'ютером, а також створити умови для отримання інформації з різноманітних джерел: "Інтернету", мультимедійних підручників, телелекцій з участю провідних учених тощо. Сподіваємося, що робота, яку проводить колектив нашої медакадемії щодо впровадження новітніх технологій у навчальний процес, забезпечить підготовку висококваліфікованих спеціалістів світового рівня.

Висновки. 1. Аналіз тенденцій розвитку світової вищої медичної освіти показав, що кожна з них має свої переваги для професійного становлення майбутнього лікаря. Спільною закономірністю є розширення інформаційної сфери, яку повинен опанувати студент. Перевагою вітчизняної системи вищої медичної освіти є послідовне опанування фундаментальною теоретичною базою з подальшим зосередженням на вивченні клінічних дисциплін, яке ґрунтується на аналітико-синтетичній розумовій діяльності та спирається на логіку і довготривалу пам'ять.

2. В основі сучасних технологій навчання лежить широка інтеграція комп'ютерної техніки в методику оволодіння знаннями і практичними навичками.

3. Досвід впровадження сучасних технологій навчання в Тернопільську державну медичну академію ім. І.Я. Горбачевського свідчить про доцільність проведення телелекцій у режимі реального часу з провідними вченими, створення мультимедійних навчальних компакт-дисків, вільного доступу викладачів і студентів до мережі "Інтернет", проведення для всіх студентів щосеместру комп'ютеризованої Ректорської контрольної роботи за системою ліцензійованого іспиту "Крок".

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
2. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12-15.

3. Матеріали конференції Європейської асоціації з медичної освіти: Association for Medical Education in Europe / A Critical Appraisal of Medical Education. Linköping, Sweden, August 29 - September 1, 1999.

4. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18-20.

ПРОБЛЕМИ ПЕДАГОГІКИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

З.П. Масний

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

THE PROBLEMS OF MEDICAL EDUCATION PEDAGOGICS IN UKRAINE

Z.P. Masny

Lviv State Medical University by Danylo Halatsky

Обґрунтовано потребу нашої медичної освіти в сучасних навчальних технологіях. Звернено увагу на недоцільність імпортування зарубіжних технологій контролю знань, яким тепер, без достатніх на те підстав, надається перевага. Зроблено висновок, що подальше вдосконалення медичної освіти в Україні можливе лише за умови її національної орієнтації. Навчальні технології повинні базуватись, насамперед, на вітчизняних науково-методичних розробках, зокрема вже наявних, а також на кращих досягненнях світової медичної освіти, трансформованих відповідно до наших умов.

It's substantiated the need of our medical education in modern teaching technologies. Much attention is paid to the unreasonable importation of foreign technologies of knowledge control, which are given the particular attention without sufficient reasons. It's maintained that further improvement of medical education in Ukraine is possible only under conditions of its national orientation. The teaching technologies must base on the native scientific and methodical developments at first, including already existing ones, and also, on the best achievements of the world medical education transformed according to our conditions.

Вступ. Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається в складних соціально-економічних умовах. Успіх його, а також подальший розвиток нашої медичної науки значною мірою залежить від підготовки кадрів, здатних робити реформи [1, 2].

Основна частина. Перманентне протягом багатьох років реформування системи медичної освіти все ще не дає суттєвих якісних змін у підготовці спеціалістів. Невисока ефективність пошуків оптимальних навчальних програм та організаційно-методичних підходів до побудови навчального процесу зумовлюється низкою об'єктивних причин. Це, насамперед, загальна криза в суспільстві, як економічна, так і морально-ідейна, що властива таким перехідним періодам, які переживає тепер наша держава. Як наслідок — низький рівень стимуляції молоді до здобуття належної медичної освіти. Кількість тих, хто бажає навчатись у медичних навчальних закладах, і кількість студентів, які намагаються добре вчитись, різна.

Поряд із цим дається взнаки не завжди достатньо висока якість навчального процесу. Досі в нашій освіті збережені традиції радянсь-

кої освіти, продукти якої були придатні для використання, в основному, лише в тій системі, яка їх створила. Одним із проявів цього є безуспішні намагання новітні знання, обсяг яких все зростає, повноцінно “вкласти” в голови студентів із застосуванням несучасних або ж формально осучаснених педагогічних методик. У результаті маємо недостатню кваліфікацію багатьох молодих спеціалістів. Це, як вказано в “Концепції реформування охорони здоров'я України”, не гарантує якості медичної допомоги при доволі високому забезпеченні кадрами.

Відомо, що якість підготовки спеціалістів залежить, зокрема, від педагогічного хисту викладачів. Який же рівень педагогічної підготовки в широкого загалу професорсько-викладацького складу медичних навчальних закладів? Для того, щоб стати педагогом-вихователем у дошкільній дитячій установі, потрібно вчити педагогіку протягом декількох років. А щоб бути викладачем, доцентом чи професором у медичному університеті, достатньо мати спеціальність лікаря і відповідні наукові звання та ступені.

Більшість викладачів вивчають педагогіку протягом декількох десятків годин в аспірантурі, а також стикаються з нею раз у 5 років,

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

навчаючись на ФПК. То звідки ж візьметься потрібний рівень педагогічної майстерності?

У такій ситуації оптимальну якість навчального процесу можна забезпечити лише за умови широкого використання сучасних високо-ефективних навчальних технологій. Але чомусь останнім часом основні зусилля в цьому напрямку спрямовані лише на вдосконалення системи контролю знань у студентів.

У процесі спілкування із зарубіжними партнерами теж переймають, як правило, лише технології контролю знань. Як приклад доволі примітивної “вестернізації” медичної освіти можна навести систему медичних ліцензійних іспитів — результат реалізації Програми партнерства в галузі медичної освіти між американськими та українськими вищими навчальними закладами. Ці прості контрольні тести, які роками вже використовуються нами, тепер подаються під “шапкою” заокеанської допомоги.

Ми, замість дійсно нових та прогресивних навчальних технологій, імпортуємо переважно давно вже відпрацьовані закордонні технології контролю знань. Ми не запозичуємо методичних розробок із побудови, дидактики навчального процесу, оптимальної інтеграції у вивченні фундаментальних, теоретичних та клінічних дисциплін тощо, які в технологічному відношенні створені на сучасному рівні з урахуванням досягнень світової педагогіки. Саме в них українська медична школа відчуває тепер гостру потребу, бо лише таким чином, як вже зазначалося, можливо реально підвищити якість навчального процесу і, тим самим, якість підготовки спеціалістів, наблизившись у цьому до кращих світових стандартів. При сучасній надзвичайній насиченості навчальних програм лише за допомогою новітніх навчальних технологій наші викладачі, в переважній своїй більшості прекрасні спеціалісти-медики, зможуть передати свої знання наступним поколінням.

Сьогодні, покладаючи надії на комп’ютерні технології контролю знань, ми все далі відходимо від класичних методів вивчення медицини, до яких тепер, після “комп’ютерного буму”, повертаються в більшості розвинених країн. Складається парадоксальна ситуація: за допомогою сучасних технологій намагаємось контролювати якість засвоєння знань, які “ви-

робляються” далеко не сучасними методами. До речі, результати таких тестувань чомусь дуже цікавлять чужоземців. Чи не для того щоб були підстави говорити про меншовартість української медичної школи — конкуренція ж бо!

Не варто забувати про те, що медицина — це мистецтво. Тому її не можна вивчити за допомогою комп’ютерів, хоча вони, безумовно, потрібні в навчальному процесі. Сучасні навчальні технології передбачають насамперед вдосконалення живого спілкування в навчальному процесі між викладачами та учнями. Навчання повинно базуватись на класичних засадах педагогіки медичної освіти із врахуванням, зокрема, технізації медицини, нових підходів до організації охорони здоров’я тощо.

Наше суспільство, безумовно, розумне та освічене. Українська медицина і педагогіка має свої наукові школи, свої традиції. Вони ґрунтуються на засадах нашої національної ментальності, враховують наші умови. Вітчизняна історія багата на славетні імена та досягнення світового рівня як у медичній науці, так і в медичній освіті. Через історичні обставини цей досвід нівелювався або ж просто привласнювався чужинцями. То невже, зберігаючи свою національну гідність та самоповагу, ми не можемо створювати свої сучасні навчальні технології і пропагувати їх світові? Справжніх успіхів у медицині та охороні здоров’я ми досягнемо, не лише запозичуючи чуже, а й дбайливо плекаючи свою медичну школу. Згадаймо заклик Кобзаря: “І чужому научайтесь, і свого не цурайтесь”. Разом з тим, ні в якому разі не можна огульно заперечувати “чуже”, бо це є проявом прихованого комплексу неповноцінності.

Матеріали всеукраїнських науково-практичних конференцій з питань медичної освіти свідчать про наявність у нас достатньо високого потенціалу в цьому відношенні. Тому видається надзвичайно актуальним звернути увагу на реальне вдосконалення національної медичної освіти, активізуючи роботу в галузі педагогіки медичної школи різних рівнів, трансформуючи всі кращі наукові досягнення відповідно до наших умов. У контексті національної орієнтації медичної освіти та її вдосконалення Національна академія медич-

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

них наук, Національна академія педагогічних наук, Міністерство охорони здоров'я повинні були б проявити ініціативу в активному пошуку та впровадженні досягнень вітчизняної медичної освіти.

За таких умов обмін досвідом та співробітництво між нашими вченими-педагогами, які працюють на ниві медичної освіти, та їх зарубіжними колегами відбуватиметься на

більш паритетних засадах, що сприятиме реальній інтеграції України у світові освітні структури.

Висновок. Не змінивши стан медичної освіти на основі її національної орієнтації та оптимального співвідношення в педагогіці класичних засад і сучасних світових надбань, ми не зможемо реально змінити на краще стан нашої медицини.

Література

1. Бесполудіна Г.І. Про реформування системи підготовки медичних кадрів // Українські медичні вісті. – 1998 – Ч. 1. – № 1-2. – С. 80.

2. Коцарєв О.О. Перебудова медичної освіти та охорони здоров'я України (Проект реформи) // Українські медичні вісті. – 1998. –1, № 1-2.

ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

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

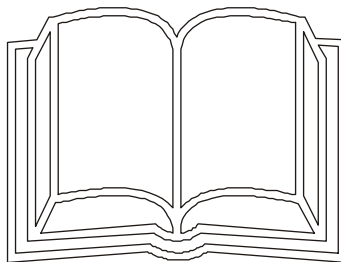
“Шпитальна хірургія” – 22810;

“Вісник наукових досліджень” – 22866;

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

“Інфекційні хвороби” – 22868;

“Медична хімія” – 22869.



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

УДК 61:377(07.07)(477)

**МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДІАГНОЗ – НОВИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ
У СВІТЛІ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ**

**Н.В. Пасечко, О.М. Кіт, С.М. Бутвин, Л.П. Дячан,
Г.Т. Пустовойт, Н.І. Ярема, О.Л. Ковальчук, Г.М. Гречух,
Ю.П. Кузьмич, З.П. Мандзій, А.О. Боб**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**NURSING DIAGNOSIS – A NEW APPROACH TO THE TEACHING
IN THE LIGHT OF NURSING EDUCATION REFORM**

**N.V. Pasiechko, O.M. Kit, S.M. Butvyn, L.P. Dyachan,
G.T. Pustovoit, N.I. Yarema, O.L. Kovalchuk, G.M. Grechuh,
Yu.P. Kuzmych, Z.P. Mandziy, A.O. Bob**

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

У статті розглянуто нові підходи до навчання медичних сестер у зв'язку з введенням до програм медсестринського процесу, одним з етапів якого є медсестринське обстеження пацієнта та встановлення медсестринського (сестринського) діагнозу. Описано історію розвитку та сучасний стан у вивченні проблеми, розглянуто основні принципи встановлення медсестринського діагнозу. Вперше в Україні зроблено спробу розробити сучасну класифікацію медсестринських діагнозів. Запропоновано оригінальну таксономію медсестринських діагнозів.

The article deals with new approaches to nursing education because of introduction of nursing process into educational programs, the main stages of which are nursing examination of the patient and nursing diagnosis. The history and recent view on the problem are described and the main principles of the nursing formation diagnosis are analysed. It was the first effort in Ukraine to create a modern classification of nursing diagnosis. An original taxonomy of nursing diagnosis has been offered.

Вступ. Реформа системи охорони здоров'я, яка відбувається зараз в Україні, перехід на принципи надання первинної медико-санітарної допомоги населенню та бюджетно-страхової медицини, становлення ринкових відносин, розвиток наукових та професійних зв'язків з іншими державами потребують удосконалення наявної системи медсестринської освіти з метою підготовки спеціалістів, які відповідали б сучасним світовим стандартам.

Реформа медсестринства в Україні вимагає нових підходів до підготовки медичної сестри і передбачає створення спеціаліста якісно нового рівня професіоналізму, компетентності, загальної культури, творчої ініціативи і правових знань; спеціаліста, здатного не тільки виконувати призначення лікаря, а й забезпечувати індивідуальний догляд, співпрацювати з родичами і сім'ями пацієнтів, проводити нау-

кову роботу з проблем медсестринства; спеціаліста, здатного нарівні з професіоналізмом володіти комплексом якостей лідера, організатора, менеджера, умілого психолога у сфері ділових і людських відносин, а також мистецтвом спілкування та культурою поведінки [1, 2].

Основна частина. 1 вересня 1998 року змінився план навчального процесу із спеціальності “Сестринська справа”, з'явилися нові клінічні дисципліни, серед яких “Медсестринство в терапії”, “Медсестринський процес” тощо. Навчальні плани нового типу – це по суті новий зміст підготовки медичних сестер за медсестринською моделлю Вірджинії Хендерсон, який передбачає введення в практичну роботу медсестри медсестринського процесу. В його основі знаходиться пацієнт як особистість, яка вимагає комплексного підходу, враховуючи як фізичне, так і духовне, інтелектуальне та соціальне здоров'я. Однією з обов'язкових умов здійснення медсестринського

процесу є участь пацієнта і членів його сім'ї в прийнятті рішень відносно мети догляду і методів медсестринського втручання; ставлення самого пацієнта до здоров'я, рівня знань, культури, осмислення потреб у догляді [3].

Нагадаємо, що медсестринський процес включає в себе 5 основних етапів:

I етап – первинна оцінка стану хворого, яка полягає в збиранні інформації про стан здоров'я методом інтерв'ю (бесіди) з пацієнтом, членами його сім'ї та лікарем, а також шляхом спостереження за хворим. Після цього проводять об'єктивне обстеження, антропометричні вимірювання, дослідження АТ, пульсу та роботу з медичною документацією. На всіх членів родини складають генограми (родоводи).

II етап – інтерпретація (аналіз) отриманих даних, формування проблем (медсестринських діагнозів) з пацієнтом на основі зібраних даних.

III етап – планування догляду разом з пацієнтом та членами його сім'ї. Під час здійснення третього етапу медсестринського процесу визначають мету медсестринського догляду і складають план догляду з участю пацієнта та членів родини.

IV етап – реалізація плану догляду, який полягає у вирішенні проблем здоров'я пацієнта, здійснюється шляхом спеціалізованого медсестринського догляду, проведення додаткових інструментальних та лабораторних досліджень, а також профілактично-диспансерних заходів. Медсестринський план вводять у дію у процесі навчання пацієнтів самодогляду.

V етап – оцінка результатів догляду [4].

Найбільше суперечностей і непорозумінь викликає саме II етап медсестринського процесу – встановлення проблем пацієнта і формування медсестринського діагнозу, оскільки ці поняття є новими як у практиці підготовки спеціаліста, так і в роботі медичних сестер. Тому ми детально зупинимося саме на цьому етапі й викладемо наші підходи до цієї проблеми.

Для встановлення медсестринського діагнозу перш за все необхідно визначити основні проблеми пацієнта. Їх поділяють на наявні й потенційні.

Наявними є ті проблеми, які турбують пацієнта в даний час, а потенційні – це ті, які ще не існують, але можуть з'явитися з часом. Крім того, необхідно з'ясувати, які чинники сприяють розвитку або викликають ці пробле-

ми, а також виявити сильні сторони хворого, які сприяли б попередженню або вирішенню його проблем.

Оскільки в пацієнта в більшості випадків є декілька проблем, пов'язаних із здоров'ям, медсестра не може приступити до їхнього вирішення одночасно. Тому для успішного надання допомоги пацієнтові вона повинна розглядати їх, враховуючи пріоритети.

Пріоритети класифікують на первинні, проміжні й вторинні. Первинний пріоритет мають проблеми, які вимагають екстреного вирішення. Проблеми пацієнта з проміжним пріоритетом включають неекстремальні й безпечні для життя потреби хворого. Проблеми вторинного пріоритету – потреби пацієнта, які не мають прямого відношення до захворювання або прогнозу [1, 3].

Після виявлення проблем пацієнта медична сестра може приступити до формулювання медсестринського діагнозу. Для кращого розуміння його сутності звернемося до історії цієї проблеми.

У 1973 році в США відбулася перша наукова конференція з проблем класифікації медсестринських діагнозів. Завдання її полягали в тому, щоб визначити функції медичної сестри в діагностичному процесі й розробити систему класифікації медсестринських діагнозів. У цьому ж році медсестринський діагноз включили в “Стандарти медсестринської практики”, видані Американською асоціацією медичних сестер. У 1982 році було засновано Північноамериканську асоціацію сестринського діагнозу. Їх метою було “розвиток, поліпшення, проведення таксономії, термінології медсестринського діагнозу для загального вжитку професійними медичними сестрами”. Уперше класифікацію медсестринських діагнозів було запропоновано в 1986 році (Маклейн), у 1991 році її доповнено.

Усього перелік медсестринських діагнозів включає 114 основних найменувань, зокрема: гіпертермія; біль, стрес, соціальна самоізоляція, недостатня самогігієна, дефіцит гігієнічних навичок і санітарних умов, занепокоєння, знижена фізична активність, знижена індивідуальна здатність адаптації і подолання стресових реакцій, надмірне харчування, яке перевищує потреби організму, високий ступінь ризику інфікування, порушення прохідності дихальних

шляхів, можливість аспірації рідини в дихальні шляхи, неефективність грудного вигодовування, порушення вербального спілкування, діарея, втома, страх, зневоднення організму, набряки, задишка, апатія, нетримання сечі, нетримання калу, отруєння, посттравматична реакція, психічна травма, порушення сну, порушення ковтання, затримка сечі тощо.

На сьогоднішній день є багато визначень медсестринського діагнозу, що зумовлено визнанням медсестринського діагнозу частиною фахової діяльності медичної сестри. У 1982 році в підручнику з медсестринської справи авторів Карлсона, Крафта і Макгюре з'явився нове визначення:

“Сестринський діагноз – стан здоров'я пацієнта (теперішній або потенційний), встановлений у результаті проведеного сестринського обстеження і який вимагає втручання з боку сестри”.

Варто зазначити, що в медсестринському діагнозі наявні багатослівність і неточність діагностичної мови, і це, безумовно, обмежує його застосування медичними сестрами. Разом з тим, без єдиної класифікації і номенклатури медсестринських діагнозів медичні сестри не зможуть використовувати в практичній діяльності медсестринський діагноз і спілкуватися одна з одною на зрозумілій для всіх фаховій мові [5].

Варто звернути увагу на те, що, на відміну від лікарського, медсестринський діагноз спрямований на виявлення відповідних реакцій організму на захворювання (біль, гіпертермія, слабкість, занепокоєння тощо). Лікарський діагноз не змінюється, якщо не була допущена лікарська помилка, а медсестринський діагноз може змінюватися щодня і навіть протягом дня в міру того, як змінюються реакції організму на хворобу. Крім цього, медсестринський діагноз буває однакоим при різноманітних лікарських діагнозах. Наприклад, медсестринський діагноз “страх смерті” може бути в пацієнта з гострим інфарктом міокарда, в пацієнтки з новоутвореннями молочної залози, в підлітка, в якого померла мама тощо.

Таким чином, завдання медсестринської діагностики – встановити всі дійсні або можливі в майбутньому відхилення від комфортного, гармонійного стану, з'ясувати, що найбільше обтяжує пацієнта в даний момент, є для нього головним, і спробувати в межах своєї

компетенції скорегувати ці відхилення.

Медична сестра розглядає не захворювання, а реакцію пацієнта на хворобу і його стан. Ця реакція може бути фізіологічною, психологічною, соціальною, духовною. Наприклад, при бронхіальній астмі ймовірні такі медсестринські діагнози: неефективне очищення дихальних шляхів, високий ризик задухи, розпач і безнадійність, пов'язані з тривалим хронічним захворюванням, недостатня самогігієна, відчуття страху.

Зверніть увагу, що медсестринських діагнозів при одному захворюванні може бути відразу декілька. Лікар знімає напад бронхіальної астми, з'ясовує її причини, призначає лікування, а навчити пацієнта жити з хронічним захворюванням – завдання медичної сестри.

Не менш складним є визначення медсестринського діагнозу та його основних рис. У літературі існує декілька визначень медсестринського діагнозу:

- Медсестринський діагноз – це визначення проблеми пацієнта, яка формується на основі зібраних даних і зроблених висновків.

- Медсестринський діагноз, встановлений кваліфікованою медсестрою, описує наявну або потенційну проблему пацієнта, яку медсестра, в силу свого розуміння і досвіду, здатна й уповноважена вирішити.

- Медсестринський діагноз – це визначення стану пацієнта (відносно здоров'я або хвороби), який медсестра здатна і уповноважена законом виправити.

Основні риси медсестринського діагнозу:

- Є визначенням проблеми пацієнта.
- Має причетність до стану здоров'я або потенційних проблем зі здоров'ям.
- Висновок, який є результатом визначення ознак і симптомів захворювання згідно з обраною медсестринською моделлю.
- Ґрунтується на суб'єктивних і об'єктивних даних.
- Є відображенням судження медсестри про проблему.
- Стисле, чітке визначення проблеми.
- Складається з двох частин, перша характеризує реакції людини, друга – фактори, що їх зумовлюють (якщо вони відомі).
- Належить до функцій, які входять в компетенцію медсестри.
- Повинен підтверджуватися пацієнтом.

Існує декілька способів визначення медсестринського діагнозу, пов'язаних із різноманітними діагностичними системами.

Найбільш часто використовують систему, розроблену Північноамериканською асоціацією сестринського діагностування. Ця система діагностування була прийнята Американською асоціацією медсестер у 1988 році як офіційна система діагностування США.

Діагнози, схвалені Північноамериканською асоціацією сестринського діагностування, класифікують згідно з таксономією, яка запропонована групою теоретиків сестринства, вибраною Північноамериканською асоціацією сестринського діагностування в 1978 році. 14 теоретиків сестринства демократичним шляхом прийшли до загальних висновків і запропонували розглядати моделі дев'яти людських реакцій, неповторність особистості як структуру організації діагнозу. Ці дев'ять реакцій відображають взаємодію індивідуума з довкіллям. Медсестринський діагноз, який входить у категорію тієї або іншої моделі, описує їх реакцію на конкретний стан здоров'я або хвороби. У ці моделі входять обмін, спілкування, оцінка, вибір, сприйняття, знання, почуття, стосунки і рух. Кожний з наявних діагнозів, схвалених Північноамериканською асоціацією сестринського діагностування, входить в одну з цих дев'яти категорій. Підкатегорії використовуються тоді, коли вимагається більша конкретизація. Наприклад, у моделі обміну рідини є дві підкатегорії: недостатній об'єм рідини і надлишок об'єму рідини. Список діагнозів продовжує розширюватися в міру того, як відбувається формування і підтвердження назв діагнозів, описаних у межах медсестринської практики.

Компоненти діагностичного формулювання

Формулювання медсестринського діагнозу складається з двох частин, з'єднаних словами "пов'язаний з". Діагностичне формулювання починається з визначення людських реакцій пацієнта (частина 1) і встановлення пов'язаних із ними факторів (частина 2).

Частина 1. Людські реакції.

Людські реакції в контексті медсестринського діагнозу визначають те, як людина реагує на стан здоров'я або хвороби. Перша частина діагностичного формулювання уточнює конкретні людські реакції, виявлені медсестрою під час фази визначення. Ця частина по-

казує медсестрі, що необхідно змінити в результаті медсестринського втручання. Наприклад, якщо медсестра з'ясовує, що пацієнту буде важко вибрати спосіб лікування, реакція буде визначена як "конфлікт прийняття рішень". У першій частині також визначаються результати, які використовуватимуть під час пошуку змін.

Частина 2. Етіологічні фактори.

Етіологічні фактори (причина) визначаються в другій частині діагностичного формулювання. Для запобігання, зменшення або полегшення реакції медсестра повинна знати, чим вона викликана. Етіологічні фактори визначають фізіологічні, психологічні, соціокультурні, духовні чинники і чинники довкілля, які вважають причинами реакції пацієнта [1, 5].

На нашу думку, таксономія (перелік медсестринських діагнозів) прийнята Північноамериканською асоціацією сестринського діагностування, не зовсім підходить до конкретних умов роботи медичних сестер у нашій країні у зв'язку з різницею термінології та діагностичних підходів, що традиційно склалися в нашій медицині. Історично склалося так, що медична сестра в Україні, здійснюючи догляд, прагне зрозуміти основні причини виникнення тієї чи іншої проблеми пацієнта, вплинути на неї на основі знання основних нозологій захворювань. Це зумовлено, очевидно, тим, що первинна медико-санітарна допомога, яка надається медсестрами в селах і невеликих населених пунктах, вимагає від них розуміння основних закономірностей розвитку патологічного процесу й етіопатологічного підходу при наданні медичної допомоги і здійсненні догляду.

Тому колектив кафедри медсестринської справи, проаналізувавши основні європейські та північноамериканські моделі медсестринського діагнозу, зробив висновок, що в умовах економічної кризи, недостатнього фінансування охорони здоров'я в державі доцільнішим буде зберегти національні традиції української медицини і медсестринську діагностику базувати на основних симптомах і синдромах захворювань, що дасть можливість медичній сестрі творчо мислити і патогенетично правильно будувати медсестринський процес. У зв'язку з цим, кафедрою медсестринської справи Тернопільської державної медичної академії розроблено перелік медсестринських

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

діагнозів, адаптований до особливостей медичного підходу до пацієнта в Україні, який ми пропонуємо до вашого розгляду.

Таксономія медсестринських діагнозів

1. Серцево-судинна система

- 1.1. Задишка
- 1.2. Ядуха
- 1.3. Виділення кров'янистого пінистого харкотиння
- 1.4. Біль у грудях
 - 1.4.1. Гострий стискаючий біль за грудниною
 - 1.4.2. Гострий пекучий біль за грудниною
 - 1.4.3. Постійний біль у ділянці серця
- 1.5. Підвищення артеріального тиску (артеріальна гіпертензія)
- 1.6. Зниження артеріального тиску (артеріальна гіпотензія)
- 1.7. Запаморочення
- 1.8. Знепритомнення
- 1.9. Серцебиття
- 1.10. Перебої в діяльності серця
- 1.11. набряки
 - 1.11.1. Периферичний набряк
 - 1.11.2. набряки тіла
- 1.12. Стискаючий біль у потилиці
- 1.13. Блювання, пов'язане з артеріальною гіпертензією
- 1.14. Носові кровотечі, пов'язані з артеріальною гіпертензією
- 1.15. Ціаноз (синюха)

2. Дихальна система

- 2.1. порушення дихання
 - 2.1.1. порушення вдиху
 - 2.1.2. порушення видиху
- 2.2. Задишка
- 2.3. Ядуха, пов'язана з порушенням прохідності дихальних шляхів
- 2.4. Кашель
 - 2.4.1. Сухий кашель
 - 2.4.2. Кашель з виділенням харкотиння
 - 2.4.3. Кашель з виділенням гнійного харкотиння
- 2.5. Біль у грудній клітці
- 2.6. Важкість у грудній клітці
- 2.7. Кровохаркання
- 2.8. Легенева кровотеча

3. Травна система

- 3.1. Нудота
- 3.2. Блювання
 - 3.2.1. Одноразове
 - 3.2.2. Багаторазове

- 3.2.3. Безперервне
 - 3.2.4. Кривава блювота
 - 3.3. Відрижка
 - 3.4. Печія
 - 3.5. Гикавка
 - 3.6. Метеоризм
 - 3.6.1. Загальний
 - 3.6.2. Локальний
 - 3.7. Закреп
 - 3.8. Слиновиділення
 - 3.8.1. Підвищене (гіперсалівація)
 - 3.8.2. Знижене (гіпосалівація)
 - 3.9. Пронос
 - 3.9.1. Без слизу, зі слизом
 - 3.9.2. Без крові, з кров'ю
 - 3.9.3. Довготривалий
 - 3.10. Біль у животі
 - 3.10.1. Біль в епігастрії
 - 3.10.2. Біль у правому і лівому підребер'ях
 - 3.10.3. Оперізувальний
 - 3.10.4. Біль у правій і лівій здухвинних ділянках
 - 3.10.5. Різкий біль із напруженням передньої черевної стінки
 - 3.10.6. Постійний
 - 3.10.7. Переймоподібний
 - 3.11. Печінкова коліка
 - 3.12. Гостра кровотеча
 - 3.12.1. Шлункова
 - 3.12.2. Кишкова
 - 3.13. порушення апетиту
 - 3.13.1. Відсутність апетиту
 - 3.13.2. Зниження апетиту
 - 3.13.3. Підвищення апетиту
 - 3.13.4. Страх перед вживанням їжі
 - 3.14. порушення смаку
 - 3.15. Жовтяниця
- #### **4. Система сечовиділення**
- 4.1. Біль у поперековій ділянці
 - 4.2. Ниркова коліка
 - 4.3. набряки
 - 4.4. Зміни сечовиділення
 - 4.4.1. Зменшення добового діурезу (поліурія)
 - 4.4.2. Припинення сечовиділення (анурія)
 - 4.4.3. Збільшення сечовиділення (поліурія)
 - 4.5. Зміни моделі сечопуску
 - 4.5.1. Частий сечопуск
 - 4.5.2. Позірні позиви на сечопуск
 - 4.5.3. Гостра затримка сечовиділення
 - 4.5.4. Ніктурія
 - 4.6. Болісний сечопуск (дизуричний синдром)
 - 4.7. Зміни кольору і прозорості сечі

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

- 4.8. Диспепсичний синдром, пов'язаний з уремічною інтоксикацією
- 4.9. Ниркова екламсія
- 5. Ендокринна система**
 - 5.1. Спрага
 - 5.2. Ожиріння
 - 5.3. Виснаження
 - 5.4. Порушення росту
 - 5.4.1. Карликовість
 - 5.4.2. Гігантизм
 - 5.5. Порушення ковтання
 - 5.6. Пошкодження волосяного покриву
 - 5.7. Зміна кольору шкіри
 - 5.8. Витрішкуватість
- 6. Опорно-рухова система**
 - 6.1. Біль у суглобах
 - 6.2. Припухлість суглобів
 - 6.3. Деформація суглобів
 - 6.4. Обмеження рухів у суглобах
 - 6.5. Біль у кінцівках
 - 6.6. Переміжна кульгавість
- 7. Нервова система, психічна діяльність**
 - 7.1. Головний біль
 - 7.2. Запаморочення
 - 7.3. Порушення сну
 - 7.3.1. Безсоння
 - 7.3.2. Порушення формули сну
 - 7.3.3. Сонливість
 - 7.4. Тремор
 - 7.5. Порушення емоційної сфери
 - 7.5.1. Занепокоєння
 - 7.5.2. Тривога
 - 7.5.3. Страх
 - 7.5.4. Плаксивість
 - 7.5.5. Подразливість
 - 7.6. Зміна розумового процесу
 - 7.7. Корчі
 - 7.8. Парестезії
 - 7.9. Порушення свідомості
 - 7.9.1. Ступор
 - 7.9.2. Сопор
 - 7.9.3. Кома
 - 7.10. Психомоторне збудження
 - 7.11. Маячення
 - 7.12. Депресивний стан
 - 7.13. Маніакальний стан
 - 7.14. Аутизм
 - 7.15. Напад істеричних проявів
 - 7.16. Патологічна реакція горя
 - 7.17. Високий ризик насилля, спрямованого на інших осіб
 - 7.18. Високий ризик спрямованого на себе насилля
 - 7.19. Високий ризик травмування
 - 7.20. Статус конвульсійних нападів
 - 7.21. Відмова (або неможливість) вживати їжу
 - 7.22. Відмова від приймання ліків
- 8. Органи чуття**
 - 8.1. Шум у вухах
 - 8.2. Зниження слуху
 - 8.3. Порушення зору
 - 8.4. Втрата зору (сліпота)
 - 8.5. Закладення вух
 - 8.6. Біль у вусі
 - 8.7. Гноєтеча з вуха
 - 8.8. Закладення носа
 - 8.9. Виділення з носа
 - 8.10. Носова кровотеча
 - 8.11. Зниження зору
 - 8.12. Біль в оці, свербіння
 - 8.13. Виділення з ока
 - 8.14. Диплопія (двоїння в очах)
 - 8.15. Фотофобія (світлобоязнь)
 - 8.16. Сльозотеча
- 9. Репродуктивна сфера**
 - 9.1. Вагітність
 - 9.2. Ранній гестоз (блювання вагітних, слинотеча)
 - 9.3. Пізній гестоз вагітних
 - 9.4. Загроза переривання вагітності
 - 9.5. Пологи (I, II, III періоди пологів)
 - 9.6. Кровотечі в післяпологовий період
 - 9.7. Лактостаз
 - 9.8. Мастит
 - 9.9. Ендометрит
 - 9.10. Нагноєння епізіотомної рани
 - 9.11. Нагноєння післяопераційної рани
 - 9.12. Тріщини сосків
 - 9.13. Випадання статевих органів
 - 9.14. Маткова кровотеча
- 10. Загальні реакції організму**
 - 10.1. Гіпертермія
 - 10.2. Гіпотермія
 - 10.3. Пітливість
 - 10.4. Мерзлякуватість
 - 10.5. Загальна слабкість
 - 10.6. Перевтома
 - 10.7. Зниження працездатності
 - 10.7.1. Втрата працездатності
 - 10.8. Зміни шкіри і слизових оболонок
 - 10.8.1. Висока ймовірність пролежнів
 - 10.8.2. Пролежні
 - 10.8.3. Зміни слизових оболонок рота

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

10.8.4. Післяопераційні рани

10.8.5. Травматичні ушкодження

11. Зміни соціальної адаптації

11.1. Соціальна ізоляція

11.2. Порушення соціальної взаємодії

11.3. Порушення вербального спілкування

11.4. Зміна рольової діяльності

Висновок. Запропонований нами перелік медсестринських діагнозів, у разі його прийняття

для широкого користування, дасть можливість уніфікувати підходи до навчання медичних сестер в Україні. Крім того, цей перелік дозволить широко впроваджувати у практику охорони здоров'я п'ять основних етапів медсестринського процесу і диференційовано складати та виконувати план медсестринського догляду за хворими і тим самим підносити якість медичного обслуговування в нашій країні.

Література

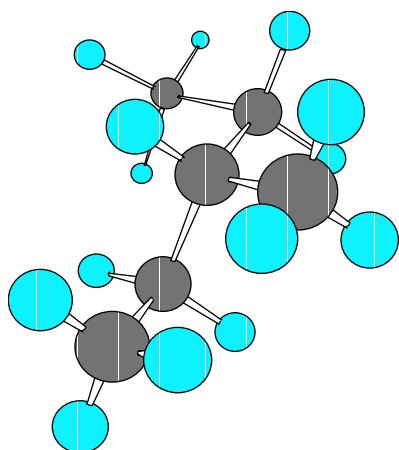
1. Пасечко Н.В. Основи сестринської справи / Курс лекцій. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 495 с.

2. Сестринское дело / Под ред. А.Ф. Краснова. – Самара: Перспектива, 1998. – Т. 1. – 368 с.

3. Піхальонко П.М., Баленко Л.М. Підготовка медичних сестер у світлі реформи медсестринської освіти // Медсестринство України. – 1999. – № 3. – С. 5-9.

4. Сестринский процесс и документация “ЛЕ-МОН” / Учебные материалы по сестринскому делу – Европейское региональное бюро, 1996. – 76 с.

5. Мухина С.А., Тарнавская И.И. Теоретические основы сестринского дела / Учебное пособие в двух частях. – М., 1998. Ч. 2. – 184 с.



ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

“Біологічна хімія”

автора – чл.-кор. АМН України,
проф. Губського Ю.І.

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

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

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

Об'єм підручника 600 сторінок

ПРО ЯКІСТЬ ПІДГОТОВКИ ВИПУСКНИКІВ АКАДЕМІЇ

П.М. Ляшук, В.П. Пішак

Буковинська державна медична академія

ON THE QUALITY OF THE ACADEMY'S GRADUATES

P.M. Liashuk, V.P. Pishak

Bukovinian State Medical Academy

Кожного року Вищу медичну школу закінчують тисячі випускників. МОЗ України визначило необхідну кількість спеціалістів, молодших спеціалістів, які ввійдуться в середовище практикуючих фахівців. Проте залишаються вузькі місця в опануванні молодим поповненням практичних навичок. У підготовці лікаря, медичної сестри не завжди використовується багатий досвід вітчизняної медичної науки. Із впровадженням новітніх технологій втрачається увага до хворого як до особистості. Запозичаючи досвід інших країн, поступово відходимо від уставлених традицій, від надбань славетної когорти медиків минулого. Медицина третього тисячоліття повинна ввібрати в себе все краще, чого було досягнуто, не розгубивши золотих крупиць – великих лікарів минулого: М. Кончаловського, М. Стражеско, В. Філатова, Ф. Яновського та ін.

Every year thousands of students graduate from the higher medical school. The Ministry of Health of Ukraine has determined the required number of the specialists, junior specialists that are to join the ranks of the professional practitioners' community. However, the process of mastering the practical skills by the younger reinforcement still remains a weak point. In training of physicians and nurses the rich experience of the native country's medical science is not always used completely. The inculcation of modern techniques more than often screens the necessary attention to the patient, as to the individuality. Having borrowed the foreign experience from abroad, we gradually step away from the long established traditions, from the gains of the famous cohort of the doctors in past. Medicine of the 3rd millenium has to incorporate all the best of what has been achieved before, not losing one after another the golden particles of the great physicians of the past – M. Konchalovski, M. Strazhesko, V. Filatov, F. Yanovsky and others.

Вступ. Соціально-економічні умови в Україні впродовж третього тисячоліття вимагатимуть нових підходів до підготовки професійних медиків. Реформа Вищої медичної школи повинна стосуватися, насамперед, поглиблення як практичної досконалості, так і формування медика-гуманіста, медика-інтелігента. Слід повернутися до надбань вітчизняної історії медицини.

У 1999 році диплом лікаря-куратора отримали 426 осіб, дипломи бакалаврів медицини із спеціальності "Сестринська справа" – 64, а три училища медичної академії випустили 446 середніх медичних працівників.

Якщо взяти до уваги (згідно з визначенням ВООЗ), що здоров'я – це не лише відсутність фізичних недуг, а й соціальне і духовне благополуччя, то саме медики повинні турбуватися про покращання добробуту народу, соціальні права й громадські свободи, чисте довкілля і неотруєну їжу. ВООЗ проголосила наступні 100 років століттям сімейної медицини

ни, тому випускникам доведеться вирішувати не тільки медичні проблеми, а й психологічні, педагогічні, соціальні, правові й навіть політичні, мати справу зі складними взаємовідносинами між особистістю, сім'єю і навколишнім середовищем, питаннями валеології. На жаль, серед наших випускників іноді трапляються такі, що безвідповідально ставляться навіть до своїх прямих обов'язків. Відомий клініцист М. Кончаловський [1] писав, що можна бути поганим письменником, пересічним художником, бездарним артистом, але злочинно "бути поганим лікарем". Внаслідок надмірної технізації медицини настає девальвація ціни клінічного мислення, невинуватим є сподівання на "комп'ютерний діагноз", що сприяє відходу від безпосереднього обстеження хворого.

Основна частина. Упродовж тривалого часу як позитивний наводили той факт, що в нашій країні навчання безкоштовне, що вона дає молоді можливість вчитися в кредит. Але держава – не благодійниця: для забезпечення навчання вилучали і продовжують вилучати кошти із заробітної плати родичів тих же студентів та

інших трудівників матеріальної сфери. Тому передусім їм треба дякувати за можливість отримання диплома про медичну освіту, незалежно від того, вчитесь ви за рахунок коштів державного бюджету чи на контрактних умовах.

Протягом останніх років МОЗ України велику увагу приділяє якості підготовки випускників медичних закладів. Створено державні стандарти освіти лікаря, які передбачають мінімально допустимий рівень знань та вмінь. За основу взято поширену в світі систему ліцензійного іспиту, який складатимуть усі майбутні медики [2].

Багаторічний досвід свідчить про те, що якість навчання майбутнього медика залежить від трьох основних складових.

Першою складовою є сам студент. Вважається, що медиком може стати кожен, хто має покликання й бажання, певні здібності й належну загальноосвітню підготовку. Проте деяким студентам бракує чинників, наведених вище. Найгірше те, що такі студенти, зазвичай, не є самокритичними: вони не усвідомлюють браку знань, умінь, тому критичні зауваження викладачів та своїх колег не сприймають серйозно. Ми переконані в тому, що вирішальну роль повинні відігравати підготовка та відбір абітурієнтів, робота приймальних комісій.

Наприклад, про два кола кровообігу в людини повинен знати абітурієнт, а поняття про третє коло мають, на жаль, не всі випускники. Це вже залежить не тільки від студента, але й від викладача.

Підвищення тиску в правому передсерді призводить до венозного застою в м'язі лівого шлуночка, оскільки венозна кров з нього через коронарний синус надходить в основному в праве передсердя. Венозна кров, яка зростає правий шлуночок, через табезієві вени впадає, здебільшого, в порожнину правого шлуночка.

Наступний чинник у підготовці майбутніх медиків – якість викладання. Є педагоги за покликанням, які знають, уміють, вимагають і справедливі (саме таких більшість), а є викладачі-“заробітчани”. Майбутній педагог опановує елементи дидактики в основному в завідувача кафедри, в старших колег. Захист дисертації, вчений ступінь не завжди свідчать про належний педагогічний рівень. Студенти

можуть об'єктивно оцінити своїх педагогів дещо пізніше: доки навчаються, їм подобаються невимогливі наставники, до яких на заняття можна прийти не підготовленим, запізнитися, просто відсидіти. Студенти добре знають рівень знань один одного, тому порушення справедливості при оцінюванні викладачем їх знань, зокрема велика розбіжність між екзаменаційною оцінкою й атестаційним балом, безумовно, знижує імідж наставника.

Модульний принцип викладання більш прогресивний, але необхідна могутня клінічна база, яка б дозволила за короткий час розібрати всі захворювання, передбачені програмою. У нашому ВНЗі збереглась стрічкова система практичних занять з клінічних дисциплін, яка себе виправдовує.

Перехід викладання на українську мову спричинив дефіцит навчальної літератури. Якщо методичних матеріалів і рекомендацій співробітниками кафедр підготовлено й видано в достатній кількості, то цього не можна сказати про підручники та навчальні посібники.

Велике значення має доза інформації, подана в підручнику, на лекції. Вона повинна бути адаптованою до відповідного курсу і розрахована на середнього студента.

При характеристиці клініки захворювання не слід обмежуватися простим переліком клінічних ознак, а всі симптоми, клінічні прояви хвороби необхідно пов'язувати з механізмом їх виникнення. Наприклад, симптоматика демпінг-синдрому зумовлена таким. Внаслідок випадання функції пілоричного сфінктера їжа “провалюється” в тонку кишку, де легко засвоювані вуглеводи швидко всмоктуються → гіперглікемія → викид інсуліну → гіпоглікемія → компенсаторна активація симпатико-адреналової системи (адреналін сприяє переходу глікогену в глюкозу), яка і дає симптоматику синдрому: блиск очей, розширення зіниць, збудливість, запаморочення, тремтіння кінцівок, тахікардія, підвищення систолічного артеріального тиску (поряд з відчуттям тяжкості в епігастрії, зумовленої єюнальною гіперосмолярністю).

Відсутність (у 50 % легеневих хворих) акценту ІІ тону над легеневою артерією в пацієнтів з легеневою гіпертензією можна пояснити тим, що при збільшенні правого шлуночка настає ротація серця за годинниковою

стрілкою, легенева артерія віддаляється від грудної стінки, і цей простір заповнюється емфізематозною легеневою тканиною. Згадаю ротацією серця пояснюється зміщення перехідної зони вліво на ЕКГ [3].

За допомогою перкусії не можна виявити гіпертрофію правих відділів серця, визначають лише їх дилатацію, бо саме вона зумовлює істотне зміщення його правої межі.

Вважаємо, що доцільно ширше подавати матеріал за синдромним принципом. Основні синдроми внутрішньої патології студенти повинні засвоїти на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб. На старших курсах під час викладу матеріалу можна лише посилатись на поєднання певних синдромів.

Наприклад, клініка гострого лейкозу проявляється септичним, виразково-некротичним, гепато-лієнальним, анемічним та лейкоемічним синдромами. Загострення хронічного гломерулонефриту відрізняється від загострення гострого наявністю синдрому хронічної ниркової недостатності, оскільки всі інші синдроми спільні (сечовий, гіпертензивний, набряковий тощо). Усю багатоліку симптоматику хронічної надниркової недостатності можна звести до пентади: меланодермія, адинамія, артеріальна гіпотонія, диспепсія та схуднення [4].

Викладач медичного ВНЗу, виховуючи в студентів культуру клінічного мислення, повинен підкреслювати значення мистецтва для майбутнього лікаря, яке сприяє розвитку уяви та творчості. Усе це розширює світогляд – одну з ознак інтелігентності майбутнього лікаря. Перед професорсько-викладацьким складом стоїть також завдання: піднести рівень культури мови студентів, уміння грамотно спілкуватись, що є ознакою загальної культури, освіченості та професіоналізму.

Разом з деідеологізацією освіти ми відійшли від філософії Г. Гегеля, Л. Фейєрбаха та інших класиків філософського вчення, без якого іноді важко зрозуміти патогенетичні механізми формування патологічного процесу.

Наприклад, якщо інсулінову недостатність у хворих на цукровий діабет вчасно не компенсувати інсуліном або не усунути причини, які сприяли підвищенню ліполізу і кетогенезу, то патологічний процес прогресує і призводить до розвитку коматозного стану (накопичення кількісних змін спричиняє нову якість) [4].

Велике значення має також якість клінічної та матеріальної бази. На сьогоднішній день значно підвищився рівень методичної роботи на кафедрах академії, училищ. Належну увагу приділяють впровадженню технічних засобів у навчальний процес. Усе це є потрібним, але не основним для клінічних дисциплін: комп'ютер не висвітлить нюансів недуги конкретного хворого. Не може бути повноцінних лекцій або практичних занять без клінічного розбору або демонстрації хворого, адже клінічне мислення майбутнього медика формується біля ліжка пацієнта. Найкращі підручник і посібник все одно не зможуть у всій повноті передати особливості клінічного перебігу недуги в різних хворих. Хвороба – це реакція організму на його пошкодження [5], прояви її останнім часом часто атипіві.

Наприклад, характерною особливістю ревматизму є те, що поряд зі специфічним (гранулематозним) процесом розвивається неспецифічний інфільтративно-ексудативний процес. Від ступеня вираження останнього залежать клініка, тяжкість захворювання, яскравість усіх клінічних проявів. Інфільтративно-ексудативний процес розміщується не тільки у вигляді перифокального запалення навколо гранульом, але й має місце там, де їх, як правило, не буває, наприклад: у суглобах, плеврі. Цим пояснюється той факт, що деформація суглобів при ревматизмі не настає. З цього приводу варто згадати відомий вислів Ж. Буйо [6]: “ревматизм лиже суглоби і кусає серце”.

При зниженій реактивності організму, яка часто зустрічається протягом останніх двох десятиліть, інфільтративно-ексудативний процес не виражений і тому клінічний перебіг ревматизму, відповідно, частіше затяжний (в'яло перебігає) з мінімальною активністю, без ознак ураження суглобів та серозних оболонок.

Досить згадати про радіаційний СНІД, зростання впливу вірусних, хімічних та інших агентів, які змінили реактивність організму людини. Збільшується кількість спадкових та поєднаних аутоімунних захворювань тощо.

Про створення оптимальних умов для педагогічного процесу в клініках повинна дбати й адміністрація клінічних баз. А весь медичний персонал, передусім викладацький, вся атмосфера лікувально-профілактичного закладу

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

повинні бути прикладом у вихованні та навчанні майбутніх медиків.

Економіст Т. Шульц (США) [7], лауреат Нобелівської премії, довів, що долар, вкладений в освіту, дає за 50 років прибутку в три рази більше, ніж долар, вкладений безпосередньо в економіку. Недарма в Японії університетів більше, ніж в усіх країнах Європи, разом узятих. Адже всі революційні перетворення в суспільстві, зміни

соціально-економічних формацій здійснювались інтелігенцією, яка вела за собою робітників і селян.

Висновок. Попри економічні негаразди наставала нова пора, з'явилися нові обставини, що повинні сприяти відродженню слави справжнього медика-людини, професіонала-гуманіста, громадянина і патріота, медика-інтелігента в широкому розумінні слова, а не просто прошарку населення з вищою освітою.

Література

1. Кончаловский М.П. О медицинском образовании // Избранные труды. – М.: Медгиз, 1961. – С. 62-68.
2. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
3. Вотчал Б.Е. Легочное сердце // Многомное руководство по внутренним болезням. – М.: Медицина, 1964. – 3. – С. 335-369.
4. Ляшук П.М. Клінічна ендокринологія. – Чернівці, 1998. – С. 23-24, 65-67.
5. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. – М.: Медицина, 1985. – С. 52-53.
6. Bouillaud J. Traitі clique des malodes du couer grіsіdй de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe. – Paris, 1935. – С. 17-21.
7. Schultz T. Investment in Human Capital. – Chicago, 1971. – С. 53-54.

ВИДАВНИЦТВО "УКРМЕДКНИГА"

Тернопільської державної медичної академії ім.І. Я. Горбачевського

Монографія **Березовського О. І.** "Імобілізація, компресія і дистракція у практичній травматології та ортопедії (нові аналітичні та класифікаційні матеріали)". – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 сторінок, тверда обкладинка.

У монографії представлено клініко-анатомічні та біомеханічні підходи до найбільш ефективного застосування різноманітних методик імобілізації, компресії та дистракції у травматології і ортопедії, а також у загальній лікарській практиці. На основі власних клінічних спостережень і експериментальних досліджень автор дає критичну оцінку та визначає перспективи розвитку відомих і найбільш нових імобілізаційних, компресійних та дистракційних методик лікування травматолого-ортопедичної патології. Способи оперативних втручань подано з позицій забезпечення стабільно-функціонального ступеня імобілізації на сучасних концептуальних основах ідеального та біологічного остеосинтезу. У багатьох випадках автор розробив власні термінологічні тлумачення для того, щоб привести до спільного знаменника ті методичні матеріали, які мають протилежні за суттю інтерпретації, що дало змогу включити їх у створені ним уніфіковані класифікаційні системи. Для детального знайомства з представленими в книзі лікувальними методиками пропонується 506 ілюстрацій та більше 550 джерел інформації. Книга розрахована на практичних лікарів, а також науковців та винахідників травматолого-ортопедичного профілю.

**ВІЙСЬКОВО-ПАТРІОТИЧНЕ ВИХОВАННЯ – СКЛАДОВА
ЧАСТИНА НАЦІОНАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДІ**

В.М. Брага

Черкаський медичний коледж

**MILITARY AND PATRIOTIC EDUCATION AS A PART OF
NATIONAL EDUCATION**

V.M. Braha

Cherkasy Medical College

Реформування військової освіти повинно забезпечити відтворення інтелектуального потенціалу Збройних сил, що буде сприяти зміцненню обороноздатності держави. Сучасний стан озброєння у світі й способів його доставки змінив характер бойових дій, санітарних втрат, що потребує вищих вимог до фізичної, професійної і, насамперед, морально-психологічної підготовки, основою якої є військово-патріотичне виховання. Це комплекс заходів, спрямованих на формування в молоді духовної і психологічної готовності захищати державу, інтереси народу. Основними напрямками військово-патріотичного виховання студентів медичних училищ та коледжів є виховання стійких моральних (любові до Батьківщини, вірності своєму народу, почуття милосердя, співпереживання тощо), психологічних (ініціативності, стійкості, мужності, героїзму), фізичних якостей (готовності до подолання труднощів, нервових стресів, витривалості тощо). Військово-патріотичне виховання ретельно планують, до нього залучають всі циклові комісії, річний план затверджують на педраді. Військово-патріотичне виховання проводять безпосередньо як в аудиторних умовах (лекції, практичні й лабораторні заняття), так і в позааудиторний час. Основними формами позааудиторної роботи є пошукова робота студентів, екскурсії місцями бойової слави, відвідування музеїв і заповідників, зустрічі з ветеранами, науково-практичні конференції тощо. Виховання студентів на бойових традиціях нашого народу допомагає сформувати особистість, яка б відповідала високому покликанню майбутніх медичних працівників.

Reformation of military education should supply renewal of the intellectual potential of armed forces which will promote the strengthening of the state defence capability of. The modern world's status of arms and means of their delivery has changed the character of military operating. Sanitary losses which needs higher demands to physical, professional and first of all moral and psychological training based on military and patriotic education. It consists of a complex of measures directed to forming in the young people emotional and psychological readiness to defend the state and people's interests. The main directions of military and patriotic education of the students of medical schools and colleges are the education of stable moral features (love for Motherland, devotion to people, mercy, sympathy, etc), psychological features (initiativeness, firmness, courage, heroism), physical features (readiness to overcome difficulties, nervous stresses, endurance). Military and patriotic education is thoroughly planned, all subject groups take part in it, the year plan is approved by the teachers' council. Military and patriotic education is conducted continuously both in classrooms (lectures, practical and laboratory classes) and during out-of-school time. The main forms of non-academic activities are students searching work, excursions to the places of battle glory, visiting museums and reserves, meetings with war veterans, scientific and practical conferences, etc. Education of students on battle traditions of our people helps to build up personality according to high mission of future medical workers.

У кінці другого тисячоліття відносини між державами не стали більш миролюбними. Знову і знову виникають локальні війни на тлі територіальних, етнічних, релігійних домагань, набирає силу міжнародний тероризм – все це може призвести до спалаху глобальної військової катастрофи.

З проголошенням України суверенною незалежною державою і створенням її Збройних сил головною військовою доктриною нашої країни стали гарантований національний за-

хист України від зовнішньої військової небезпеки, запобігання війнам, підтримка міжнародного миру і безпеки. В умовах розширення військового альянсу НАТО на схід, прийняття в нього Чехії, Угорщини і Польщі, нестабільності положення в Росії подальше укріплення Збройних сил нашої країни має пріоритетне значення.

Сучасне, переважно якісне, військове будівництво вимагає від студентів вищих навчальних закладів не тільки фізичної і спеціальної підготовки, а й дотримання психологічних і моральних норм.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Закон України “Про загальний військовий обов’язок і військову службу” визначив конкретні завдання підготовки молоді до військової служби у Збройних силах України, зокрема рівень військово-медичної підготовки в медичних коледжах, яка має забезпечити здобуття юнаками та дівчатами початкових знань, умінь та навичок із загальновійськових дисциплін (за програмою допризовної підготовки) та початкових знань з військової медицини, що дають можливість використовувати молодих спеціалістів у надзвичайних станах не тільки мирного, але й військового часу. На сучасному рівні розвитку в Україні відтворюється життєздатна система навчання і виховання з метою досягнення високих освітніх рівнів, формування інтелектуального та культурного потенціалу нації.

Військово-медична освіта – це частина загальнодержавної системи освіти. Вона створює розумовий і професійний потенціал військової медицини і цим сприяє зміцненню обороноздатності нашої держави.

Відомо, що основним завданням виховної роботи в установах освіти I-II рівнів акредитації є виховання майбутніх спеціалістів авторитетними, високоосвіченими людьми з чіткою громадською позицією, високою професійною майстерністю, які повинні поєднуватися з почуттям великого гуманізму, високого патріотизму, любові й відданості Батьківщині.

З метою покращання військово-патріотичного виховання студентів у коледжі протягом останніх років оновлювали його зміст згідно з досягненнями психолого-педагогічної і військово-медичної науки, сучасними технологіями навчання та досвідом бойової підготовки військ, удосконалювали організацію та впроваджували нові форми і методи військово-патріотичного виховання. В основу цієї роботи покладено такі соціологічні аспекти концепції сучасного українського виховання, як ідея побудови української держави та її військова доктрина, ідея демократії та національний характер виховання. Під останнім розуміється прагнення до відродження національного самоусвідомлення студентів. Поряд із вищезазначеним, важливим компонентом виховання є обов’язок людини перед Батьківщиною і готовність її всіляко відстоювати сво-

боду, волю і цілісність України аж до самопожертви. Звідси й виникла головна формула військово-патріотичного виховання – служіння народу України.

У Державній національній програмі “Освіта” в розділі “Засади реформування військової освіти” говориться, що вона повинна забезпечувати відтворення інтелектуального потенціалу військової галузі та сприяти зміцненню обороноздатності держави. При цьому одним з основних напрямів є вдосконалення організації, форм і методів військово-патріотичного виховання студентської молоді.

Науково-технічний прогрес передусім відбувається у військовій галузі, наукові відкриття швидко застосовуються у військовій практиці, що зумовлює докорінні зміни в характері ведення війни та засобах бойових дій. Бій став нема-невреним, швидкоплинним, динамічним, а санітарні втрати – природно більшими з важкими проявами шоку, численними вогнепальними ранами, збільшилась кількість опіків, отруєнь ОР, комбінованих уражень, особливо при застосуванні зброї масового ураження. Усе це висуває нові, вищі вимоги до психологічної, фізичної та професійної підготовки студентів, потребує від них умінь швидко орієнтуватися в ситуації, оцінювати її, приймати відповідні рішення. Тому на полі бою, в медичних пунктах, на шляхах медичної евакуації повинні бути молодші медичні працівники, які краще, ніж раніше, підготовлені у військовому, професійному і, особливо, в морально-психологічному відношенні.

Протягом останніх років у Черкаському медичному коледжі велику увагу приділяють проведенню виховної роботи як у навчальний, так і позанавчальний час. Педагогічна рада затверджує план на рік з виховної роботи серед студентської молоді. До нього входять основні напрями виховної роботи, в тому числі й розділ “Військово-патріотичне виховання” (воно передбачає виховання в підростаючого покоління розумного ставлення до необхідності стати на захист Вітчизни, коли це буде потрібно). До планування залучають цикли соціально-економічних, гуманітарних, професійно-практичних дисциплін, кабінети допризовної та військово-медичної підготовки. У процесі військово-патріотичного виховання молодь повинна усвідомити положення Кон-

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

ституції України про захист Батьківщини, зрозуміти призначення Збройних сил і медичної служби та її формувань у військовий час, сформувані морально-психологічну готовність до надання медичної допомоги. Особливу увагу при плануванні приділяють вихованню почуття милосердя, доброти, самопожертви до поранених, уражених та хворих. Патріотами не народжуються, ними стають. Наше майбутнє визначається тим, яку молодь ми виховуємо сьогодні. Військово-патріотичне виховання – це заходи, спрямовані на формування у студентів стійкості, мужності, героїзму, готовності зі зброєю в руках захищати державу, її територіальну цілісність.

Військово-патріотичне виховання проводиться разом із допризовною та військово-медичною підготовкою і сприяє оволодінню основами військової та військово-медичної справи в процесі навчання, коли у студентів закладається фундамент основних знань, формуються світогляд та національна свідомість. В аудиторній роботі поширені такі форми, як ознайомлення студентів перед кожним заняттям із важливими подіями в Україні й у світі, а також із новітніми досягненнями медицини катастроф та надзвичайних ситуацій, у лекційний матеріал включаємо відомості про героїзм і ратний подвиг медичних працівників (медичних сестер і санітарів) у роки Великої Вітчизняної війни. При проведенні практичних занять, поряд із викладанням програмного матеріалу, вводимо додаткову літературу й обов'язково наводимо конкретні дані про виявлення стійкості, героїзму, ініціативності та громадянської свідомості при виконанні медичними працівниками свого професійного обов'язку.

При вивченні військово-польової хірургії викладач у вступній частині занять розповідає про “Український Сталінград” – Корсунь-Шевченківську битву, яка відбулася під час Другої світової війни 55 років тому. З обох сторін санітарні втрати були величезні. І тільки мужність та самовідданість медичних працівників дозволили після проведеного лікування повернути в стрій сотні тисяч бійців (усього за роки Великої Вітчизняної Війни було повернуто в стрій 73,2 % поранених).

Президент країни Л.Д. Кучма в привітанні ветеранів з нагоди 55-річчя Корсунь-Шевченківської битви зазначив: “Мужність і

стійкість наших людей в часи воєнного лихоліття, післявоєнної відбудови були і будуть прикладом для нинішніх і наступних поколінь, а всенародна любов і вдячність визволителям житиме у віках”.

Це приклад використання у військово-патріотичному вихованні подій, якими живе вся країна. Вони викликають у студентів гордість за героїчні подвиги своїх дідів, виховують почуття героїзму, мужності й відваги.

У коледжі постійно діє студентський науковий гурток із курсу військово-медичної підготовки, основною метою якого, поряд із поглибленням знань з окремих тем військово-медичної підготовки, є військово-патріотичне виховання. Студенти готують академічні реферати не тільки на теми військової медицини, значна їх частина має військово-патріотичну спрямованість. У коледжі стало традицією проведення науково-теоретичних конференцій на патріотичну тематику. Характерні такі теми: “Подвиг медичних працівників у роки Великої Вітчизняної війни”, “Мужність і героїзм медичних сестер на полі бою та на етапах медичної евакуації”, “Не забути подвигу наших батьків”.

При опрацюванні теми “Радіаційні ураження” широко використовуємо у виховній роботі матеріал про трагізм і героїзм ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС, наводимо приклади героїчного подвигу студентів Черкаського пожежного інституту, які врятували світ, але віддали за це життя. При вивченні теми “Організація надання медичної допомоги на медичному пункті полку” практикуємо проведення занять на базі медичного пункту Черкаської міської залози, де студенти ознайомлюються з організацією надання медичної допомоги військовикам складом медичного пункту, санітарно-гігієнічними умовами водопостачання, харчування та проживання військовиків.

Український народ має міцні традиції національної гуманістичної педагогіки. Представницею її є українська козацька педагогіка, яка виховує в молоді синівську любов до рідної мови, культури, землі, народу, Батьківщини, незламну силу волі й духу, високу лицарську мораль, духовність.

Тому при проведенні практичних занять, особливо на тему “Організація і тактика ме-

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

дичної служби у військовий час”, ми вводимо такі елементи з історії козацького руху, як “від козацьких секретів здоров’я до олімпійських вершин”, “козацькому роду нема переводу”, “козацька слава не вмре, не поляже”. Це допомагає сформувати у студентів цілісну особистість сучасного інтелігента – лицаря, захисника Вітчизни, чуйність до чужого болю і лиха, милосердя.

Гуртківці проводять велику пошукову роботу, підсумком якої стали підготовлені ними альбоми героїв – медичних працівників – у роки Великої Вітчизняної війни, автобіографії медичних сестер, які брали участь у бойових діях за визволення міста Черкас.

Щоб славні бойові подвиги “працювали” на сьогоднішній день, широко використовуємо в житті коледжу різні форми і методи: тематичні вечори, уроки мужності, Шевченківські читання. На прикладі історії нашого коледжу, яку вивчаємо на заняттях з політології, розповідаємо студентам про героїчні подвиги випускників закладу в роки Великої Вітчизняної війни.

Разом з бібліотекою проводимо різноманітні інформаційні та біографічні огляди і виставки нових надходжень на військово-патріотичну тематику.

Студенти в походах вихідного дня, які практикуємо вже декілька років, ознайомлюються з багатьма історичними пам’ятками Черкаського краю (міста Канів, Кам’янка, Корсунь-Шевченківський), їздять місцями бойової слави військових підрозділів, які визволяли місто Черкаси й область, беруть участь у проведенні місячників оборонно-масової роботи.

З навчальною метою проводимо екскурсії до Обласного краєзнавчого музею та пагорба Слави у пам’ятні Дні перемоги та визволення

міста від німецько-фашистських загарбників.

Зустрічі з ветеранами, їх розповіді й спогади породжують почуття глибокої поваги перед правдою героїзму і стійкості нашого народу, які були виявлені в роки великих випробувань.

Кожний народ, маючи свою історію, має і свої історичні святині: прапор, герб, гімн, які входять до сердець людей тернистими шляхами буття рідного народу.

“Символ державності України” є однією з актуальних тем на вечорах акушерського, медсестринського та інших відділень коледжу. Вони мобілізують, організовують, підносять національний дух молоді.

Прийняття Верховною Радою Конституції України ствердила реальність української національної державності, вона дала можливість нам, суцям в Україні, будувати вільну, демократичну, соціальну і правову державу, що визначає людину найвищою соціальною цінністю і є також даниною пам’яті мільйонів українців, які віддали своє життя за неї на полі слави в Україні та за її межами. Цю цінність як для нинішніх, так і для прийдешніх поколінь студенти вивчають на заняттях із гуманітарних дисциплін.

Пошук і використання різних форм та методів, залучення до цілеспрямованої роботи з військово-патріотичного виховання педагогічного колективу коледжу, ветеранів війни і праці дозволять вести його в дусі безмежної відданості Батьківщині, її народу і Збройним силам.

Виховання студентів на бойових традиціях нашого народу допомагає краще зрозуміти нагальні проблеми сучасності, сформувати особистість, яка б відповідала високому покликанню майбутніх фахівців.

Література

1. Законодавчі акти України з питань військової сфери. – К., 1992. – 117с.
2. Брага В.М., Шеворикіна Г.Г. Громадська зрілість студентів. – Луганськ, 1990. – 37 с.
3. Конопенко Я.І., Томчук М.Н., Крамаренко Ю.В. та ін. Організація та методика допризовної підготовки. – К.: Вежа, 1996. – 416 с.

4. Плеханов В.П. Вчитись Вітчизні служити.– Оdesa: Маяк, 1988.–198 с.
5. Таланчук П.М. Державна національна програма. – К.: Освіта, 1997. – 53 с.
6. Щербань П.М., Бех І.Д., Буяльська Т.Б. та ін. Концепція національного виховання.– К.:, 1994. – 10 с.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 541.1:541.18

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ

**В.І. Кабачний, Л.Д. Грицан, В.П. Колеснік,
Т.О. Томаровська, Я.А. Лабузова**

Національна фармацевтична академія України

TEACHING EXPERIENCE IN THE PHYSICAL AND COLLOID CHEMISTRY

**V.I. Kabachniy, L.D. Hrytsan, V.P. Kolesnik,
T.O. Tomarovska, Ya.A. Labuzova**

Ukrainian National Academy of Pharmacy

У статті наведено підсумки роботи над створенням на кафедрі фізичної та колоїдної хімії Української фармацевтичної академії відповідного навчально-методичного комплексу.

Results of the corresponding educational and methodical complex creation of the physical and colloid chemistry chair of the Ukrainian National Academy of Pharmacy are presented.

Вступ. У роботі висвітлено досвід викладання і наведено результати роботи над створенням навчально-методичного комплексу на кафедрі фізичної та колоїдної хімії Національної фармацевтичної академії України. Комплекс включає структурно-логічну схему курсу, типові й робочі програми, план безперервної підготовки із спеціальності, фондові лекції, методичні вказівки до лабораторних робіт, навчальний кінофільм, методичні матеріали для проведення проміжного і підсумкового контролю знань студентів, у тому числі комп'ютерного. Особливу увагу приділено фаховій спрямованості викладання курсу і його узгодженню зі змістом спеціальних дисциплін, а також дисциплін фізико-хімічного циклу.

Фізична та колоїдна хімія — одна з фундаментальних дисциплін у системі вищої фармацевтичної освіти, що є теоретичною основою виготовлення і зберігання ліків, а також методів контролю їх якості.

З 1921 року лекції з дисципліни читали такі відомі фізико-хіміки, як Е.М. Мухін, А.П. Хамдарьян, І.С. Телетов, Ю.В. Коршун, Т.В. Асс, М.А. Измайлов, І.В. Красовський, В.Д. Безуглий.

Нині на кафедрі фізичної та колоїдної хімії, яку очолює з 1985 року професор В.І. Кабачний, викладають:

— *фізичну та колоїдну хімію студентам II-III курсів фармацевтичного та іноземного факультетів* (спеціальності “Фармація” і “Технологія парфумерно-косметичних засобів”) денного і заочного відділень;

— *фізичну хімію і колоїдну хімію студентам II-III курсів факультету промислової фармації* (спеціальність “Технологія фармацевтичних препаратів”) денного і заочного відділень.

Крім того, студентам V курсу викладають спецкурси з хроматографії, фізико-хімічних методів у виробництві готових лікарських засобів та фізико-хімічних основ парфумерно-косметичних препаратів.

Основна частина. Колектив кафедри вважає своєю головною метою практичну підготовку висококваліфікованого фахівця, який вміє самостійно вирішувати сучасні проблеми в галузі фармації. На основі цього стратегію розвитку навчального процесу можна умовно поділити на три невід’ємні складові частини:

- підготовку викладацьких кадрів;
- створення належної матеріальної бази;

© В.І. Кабачний, Л.Д. Грицан, В.П. Колеснік, Т.О. Томаровська, Я.А. Лабузова, 2000

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

—високий рівень і чітку організацію навчально-методичної роботи.

Слід зауважити, що підготовці кадрів викладачів і підвищенню їх кваліфікації завжди приділялась велика увага як з боку адміністрації ВНЗу, так і з боку завідувачів кафедр. Це забезпечувало спадкоємність фізико-хімічної школи, а фахівці набували фармацевтичного профілю [1]. У період з 1985 року на кафедрі були захищені 3 докторські й 2 кандидатські дисертації за фармацевтичним фахом.

Крім того, кафедра підтримує тісні зв'язки з кафедрами фізичної хімії Національного Харківського університету, Харківського політехнічного університету, Львівського та Запорізького медичних університетів. Викладачі постійно обмінюються досвідом щодо викладання окремих розділів курсу, постановки лабораторних робіт, проведення контрольних робіт, семінарів тощо.

За часи існування ВНЗу змінювались навчальні плани і програми, створювались нові дисципліни і спеціальності. Тому вдосконалення методики викладання не тільки обмежувалося зміною кількості академічних годин, а й вимагало розвитку певного логіко-структурного підходу до змісту й обсягу курсу фізичної та колоїдної хімії, який би враховував сучасні досягнення науки, в тому числі фармацевтичної, і спирався на певну матеріальну базу [2].

Останнім часом, коли бюджетне фінансування майже відсутнє, матеріальна база розвивається досить повільно, в основному за рахунок виконання кафедрою госпрозрахункових наукових тем. Це дало змогу придбати комп'ютери, відповідну відеоапаратуру і, таким чином, поповнити матеріальну базу такими технічними засобами навчання, як відеофільм обсягом 6 год, а також комп'ютерний варіант тестового контролю знань студентів зі всіх тем курсу. Їх використання в навчальному процесі істотно полегшує роботу викладача і сприяє кращій організації як аудиторної, так і самостійної роботи студентів.

Головним напрямком навчально-методичної роботи за останні п'ятнадцять років було створення навчально-методичного комплексу, який включає типові й робочі програми [3], структурно-логічну схему курсу [4], план безперервної підготовки, фондові лекції, методичні вказівки до лабораторних робіт, навчальний відеофільм, методичні матеріали для проведення

проміжного та підсумкового контролю знань студентів, у тому числі й комп'ютерного.

При викладанні курсу фізичної та колоїдної хімії широко висвітлюють найновіші наукові досягнення вчених ВНЗу, а також чітко узгоджують зміст програм із спеціальними дисциплінами й дисциплінами фізико-хімічного циклу. Цю роботу проводять постійно з метою усунення дублювання матеріалу, а також, щоб мати можливість показати взаємозв'язок між хімічними та спеціальними дисциплінами.

Особливістю кафедри було те, що, починаючи з 1959 року, студенти мали змогу вивчати курс за профілізованим підручником (Красовський І.В., Вайль Є.Й. Фізична і колоїдна хімія. – Київ, 1959). У 1983 році вийшло у світ доповнене і перероблене друге видання цього підручника російською мовою (Красовский И.В., Вайль Е.Й., Безуглый В.Д. Физическая и коллоидная химия. – Киев, 1983).

Протягом 1985–1986 років колектив викладачів написав фондові лекції, в яких було уніфіковано зміст і обсяг курсу та відображено сучасні досягнення фармацевтичної науки.

Після того як Україна стала самостійною, перед вищими навчальними закладами постали проблеми створення національних підручників, задачників, методичних вказівок тощо. Продовжуючи добру традицію і відчуваючи підтримку керівництва академії щодо видавництва протягом 1995–1998 років колектив кафедри написав новий підручник і доклав великих зусиль для його видання. У 1999 році підручник “Фізична і колоїдна хімія” вийшов у світ.

З метою ефективнішого засвоєння основних законів фізичної та колоїдної хімії викладачами кафедри створено задачник, в якому підібрано задачі, що охоплюють усі теми курсу і викликають інтерес у фармацевтів. Більшість задач є оригінальними, мають фахову спрямованість і складені на основі результатів виконаних науково-дослідних робіт, опублікованих у спеціальних періодичних виданнях (“Хіміко-фармацевтичний журнал”, “Фармація”, “Фармацевтичний журнал” тощо), монографіях, дисертаціях, що відбивають практичне застосування фізико-хімічних методів у фармації, біології, медицині. Усі задачі, наведені в посібнику, викладачі успішно використовують вже протягом десяти років як для організації аудиторних занять, так і для

самостійної роботи студентів, а також для здійснення контролю рівня набутих знань.

Фізична і колоїдна хімія — експериментальна дисципліна. Зважаючи на це, навчальний процес необхідно організувати так, щоб студент засвоїв не тільки певний обсяг знань, але й навчився самостійно ставити питання та знаходити шляхи їх теоретичного або експериментального розв'язання. Тому важливе місце відводять організації лабораторного практикуму і створенню відповідних методичних вказівок. Безумовно, тематика і зміст лабораторних робіт визначаються програмою курсу та є неоднаковими для різних спеціальностей. Як об'єкти досліджень у багатьох роботах використовують лікарські та допоміжні речовини, причому кожна робота має від трьох до десяти їх варіантів, щоб виключити дублювання. Так, наприклад, при виконанні роботи "Визначення константи дисоціації речовини методом потенціометричного титрування" об'єктами дослідження є оцтова, саліцилова, ацетилсаліцилова або бензойна кислоти.

Слід зазначити, що протягом останніх років викладачі кафедри істотно поповнили і розширили перелік лабораторних робіт у зв'язку зі створенням нового факультету промислової фармації і появою нових спеціальностей у Національній фармацевтичній академії України, таких, як технологія парфумерно-косметичних засобів, клінічна фармація тощо. Було поставлено одинадцять нових лабораторних робіт. Ряд робіт поновлено. При цьому виключено використання шкідливих для здоров'я неводних розчинників (бензол, толуол) з таких лабораторних робіт як "Вивчення кінетики набрякання високомолекулярної речовини", "Визначення молекулярної маси високомолекулярної речовини віскозиметричним методом".

Особливу увагу приділяють тим методам дослідження, які включені до Державної Фармакопеї, наприклад, потенціометричний метод вимірювання рН, потенціометричне титруван-

ня, електрофорез, визначення температури плавлення, визначення в'язкості рідин, визначення показника заломлення тощо [5].

Кафедрою прийнята кільцева система організації лабораторного практикуму, згідно з якою в навчальній лабораторії підготовлено й виставлено всі роботи, заплановані для виконання в поточному семестрі. Кожний студент виконує їх за індивідуальним графіком. Перевагою такої системи є можливість створити умови для самостійної індивідуальної роботи студента при обмеженій кількості приладів, обладнання, хімічного посуду. Недоліком є той факт, що в багатьох випадках план виконання лабораторних робіт не збігається з календарним планом читання лекцій і потребує від студента самостійної підготовки певних питань, потрібних для виконання і захисту лабораторної роботи.

Зважаючи на сказане вище, в подальших планах викладачів кафедри є написання навчального посібника до лабораторного практикуму, в основу якого буде покладено методичні вказівки до лабораторних робіт.

У планах кафедри також створення комп'ютерного практикуму. Це дасть можливість використати комп'ютер для імітації процесу виконання певної лабораторної роботи і зеконномити реактиви, а також звести до мінімуму забруднення навколишнього середовища.

Висновки. 1. Поряд із підготовкою педагогічних кадрів, розвитком матеріально-технічної бази профілізований навчально-методичний комплекс, який включає підручник, задачник, практикум тощо, є невід'ємною складовою частиною викладання фізичної і колоїдної хімії.

2. При викладанні фізичної та колоїдної хімії велику увагу необхідно приділяти фаховій спрямованості курсу, а також його узгодженню із спеціальними дисциплінами та дисциплінами фізико-хімічного циклу.

Література

1. Кабачний В.І., Грицан Л.Д., Осіпенко Л.К. та ін. Форми підвищення кваліфікації викладачів кафедри фізичної та колоїдної хімії // Педагогічна майстерність викладачів фармацевтичного вузу в сучасних умовах: Тези доп. наук.-метод. конфер. — Харків, 1998. — С. 12–13.

2. Кабачний В.І., Грицан Л.Д. Науково-методичні аспекти викладання фізичної та колоїдної хімії у вищих фармацевтичних навчальних закладах // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів України: Тези доп. наук.-метод. конфер. — Одеса,

1997. — С. 136–137.

3. Кабачний В.І., Грицан Л.Д., Осіпенко Л.К. та ін. Програма з фізичної та колоїдної хімії. — К., 1998. — 22 с.

4. Кабачний В.І., Грицан Л.Д. Структурно-логічна схема курсу фізичної та колоїдної хімії як наочна форма міжпредметних зв'язків // Удосконалення професійної підготовки випускників фармацевтичного вузу: Тези доп. навч.-метод. конфер. — Харків, 1997. — С. 60–61.

5. Государственная фармакопея СССР: М.: Медицина, 1987. Вып. I: Общие методы анализа. — 336 с.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НАВЧАЛЬНИХ ФІЛЬМІВ У ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ НА МОРФОЛОГІЧНИХ КАФЕДРАХ

М.С.Гнатюк, І.Я. Дзюбановський

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL FILMS APPLICATION IN PEDAGOGICAL PROCESS OF THE MORPHOLOGICAL CHAIRS

M.S. Hnatyuk, I.Ya. Dzubanovsky

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Використання навчальних фільмів у педагогічному процесі на морфологічних кафедрах суттєво впливає на ефективність навчання. Вони сприяють підвищенню навчальної та професійної зацікавленості студентів екранізованими заняттями, істотно покращують їхню успішність та ефективність засвоєння викладеного матеріалу.

The application of educational films in pedagogical process at morphological chairs essentially influences on learning effectiveness. Films promote the improvement of educational and professional interest of students to filming lessons, essentially improve their progress and effectiveness of teaching material assimilation.

Вступ. Сучасні студенти-медики будуть працювати в медичних закладах у третьому тисячолітті в зовсім інших умовах. Тому професорсько-викладацький склад і педагогічні колективи вищих навчальних медичних закладів повинні своєчасно зорієнтуватися на підготовку фахівців із новими якостями, готових працювати в нових економічних умовах, у реформованій системі охорони здоров'я [1]. Науково-технічний прогрес вимагає суттєвого вдосконалення форм викладання, розробки нових ефективних навчальних програм, подачі для засвоєння великого об'єму інформації на більш високому та якісно новому рівнях.

Одним із факторів поглибленого вивчення медичних дисциплін є подальша оптимізація навчального процесу, зокрема поліпшення викладання предмета [2].

Морфологічні кафедри (анатомія людини, оперативна хірургія та топографічна анатомія) є теоретичними. Їх мета – дати студентам фундаментальні знання, необхідні для роботи в клініці. У цьому суть прикладних аспектів даних предметів [3, 4, 5].

Якщо зовсім недавно управління процесом навчання здійснювали відносно успішно тра-

диційними методами, то в сучасних умовах викладач повинен інтенсифікувати навчальний процес, перенести акцент у навчанні з інформативного на проблемний метод, вдосконалювати методи контролю [6].

Для досягнення максимального ефекту при вивченні будь-якої медичної дисципліни необхідно, щоб студенти не тільки отримували глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалювали практичні навички [7].

Різні засоби наочності (схеми, таблиці, стенди), які давно і широко використовують при вивченні анатомії та топографічної анатомії, не завжди можуть дати глибоке уявлення про функцію і структуру органів, тому що вони в основному, умовні схематичні та статичні. Слід зауважити, що досить розповсюдженими технічними засобами, які застосовують сьогодні в навчальному процесі, є навчальні кіно та відеофільми. Вони важливі, бо інтенсифікують викладання матеріалу, стимулюють цікавість до предмета і викликають активну діяльність мислення [8, 9].

Основна частина. Нами було проаналізовано ефективність використання навчального кіно при підготовці студентів II та III курсів медичного факультету до практичних занять з анатомії людини й оперативної хірургії та топографічної анатомії, а також його вплив на

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

засвоєння цих предметів. Щоб оцінити ефективність застосування даного технічного засобу, проводили педагогічний експеримент у 14 академічних групах, які поділили на дві підгрупи. У 1-у підгрупу входили ті студенти, які застосовували кінофільми під час підготовки до практичних чи підсумкових занять, у 2-у – студенти, які ними не користувалися.

Критеріями засвоєння матеріалу були результати підсумкових занять, що були стандартизовані. При цьому аналізували питому вагу відмінних, добрих, задовільних і незадовільних оцінок, середній бал, а також результати анонімного анкетування студентів.

Аналіз одержаних даних показав, що навчальне кіно має важливе педагогічне значення, яке полягає в тому, що завдяки багатогранним можливостям знімальної техніки можна розкрити навчальний матеріал всебічно та наочно в різноманітних формах, які легко та добре засвоюються студентами. При цьому встановлено, що в осіб, які використовували дані навчальні фільми при підготовці до практичних занять і заліків, середній бал підвищувався в середньому на 0,16. Суттєво зростала в них і питома вага відмінних та добрих оцінок порівняно з аналогічними показниками 2-ї підгрупи спостережень. Так, у 1-й підгрупі студентів питома вага відмінних оцінок зросла на 5,6 %, а аналогічний показник добрих оцінок – на 6,2 %. Слід також зазначити, що в студентів 1-ї підгрупи кількість негативних оцінок знизилася майже на 7,1 %. Результати свідчать про те, що застосування фільмів у педагогічному процесі істотно підвищує ефективність засвоєння навчального матеріалу та успішність студентів.

За даними анкетування виявлено, що в коротких та об'єктивних кадрах кіно досить повно, переконливо і швидко розкриваються навчальний матеріал, алгоритми практичних навичок, що суттєво підвищує інтенсивність викладання. Важливим є також те, що при наявності кінофільму або відеофільму завжди є можливість протягом 8-10 хв наочно показати складну структуру органів та систем або окремі етапи практичних навичок, декілька разів їх повторити при необхідності. Слід зазначити, що наявність сучасної відеотехніки значно розширює можливості навчального кіно.

Заняття із застосуванням кінофільму чи відеофільму, на наш погляд, сучасно новим

типом лекції або практичного заняття. Кіно в цих умовах суттєво змінює ритм заняття, вносячи в його загальноприйнятну структуру аритмію, що покращує засвоєння навчального матеріалу. Засвоєння стає ефективним, коли після демонстрації кінофільму проводять поглиблене методичне обговорення екранізованого заняття. Шляхом декількох питань, поставлених студентам, можна перевірити, наскільки вони сприйняли і засвоїли поданий їм матеріал. Застосування кіно значно підвищує інтерес студентів до теми, що вивчається, викликає в них почуття задоволення, яке сприяє більш міцному запам'ятовуванню поданого матеріалу.

Потрібно зазначити, що сучасні можливості відеотехніки дають можливість у досить короткий термін та з невеликими затратами створити новий фільм. Сказане є важливим моментом, тому що медико-біологічні науки в даний час швидко розвиваються та доповнюються новими науково-теоретичними та практичними даними, що необхідно враховувати при викладанні морфологічних дисциплін. Це свідчить про те, що при створенні нового фільму можна об'єктивно та на високому методичному рівні деталізувати складність будови органів та систем організму.

На практичних заняттях фільми краще демонструвати невеликій кількості студентів (2-3 академічні групи). При цьому екранізовані практичні заняття вимагають необхідної підготовки, яку розбивають на декілька етапів [10]. На підготовчому етапі викладачі кафедри розробляють план екранізованого практичного заняття, підбирають для нього необхідні матеріали, засоби та кінофільми. На наступному етапі детально вивчаються підібрані фільмоматеріали, а при необхідності доповнюють їх прозірками, схемами та відповідними таблицями. На третьому етапі обгрунтовують вступне слово, а також коментування матеріалів фільму, кінцеве слово, підбирають відповідні питання для співбесіди із студентами за навчальними матеріалами екранізованого практичного заняття. Останній етап даного практичного заняття присвячують поглибленому методичному обговоренню його на кафедральній нараді. Викладач після закінчення демонстрування фільму робить висновки та підсумовує проведене заняття.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Слід сказати, що навчальні фільми не є єдиними, універсальними та самостійними технічними засобами навчального процесу. Їхнє використання повинно координуватися та направлятися викладачами кафедри як поєднаний з іншими засобами елемент на різних етапах навчання. Навчальні кінофільми та відеозаписи можна широко застосовувати як ілюстративний та демонстративний матеріал у процесі вивчення різних розділів анатомії людини і різних питань оперативної хірургії та топографічної анатомії, їх використовують і як вихідний рівень знань. Мета цих технічних засобів навчання – показати і розкрити най-

складніші та найважливіші питання навчальної програми, забезпечити наочність навчального матеріалу, допомогти осмислити і правильно витлумачити завдання досліджуваної дисципліни, що істотно сприяє формуванню майбутнього лікаря.

Висновок. Одержані результати проведеного дослідження та анкетування студентів свідчать про підвищену навчальну та професійну їхню зацікавленість заняттями із застосуванням фільмів, які позитивно впливають на успішність студентів. Навчальні фільми доцільно ширше використовувати під час читання лекцій та проведення практичних занять.

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-12.
2. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12-15.
3. Ревазов В.С. Усиление прикладных аспектов в преподавании анатомии // Морфология. – 1998. – № 4. – С. 112-114.
4. Вайда Р.Й., Гнатюк М.С., Герасимець М.Т. Застосування ситуаційних задач як методу підвищення позааудиторної самостійної роботи студентів // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу в медичному вузі. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 1. – С. 21-25.
5. Fliescher W., Barz I. Wortbildung der deutschen Gegenwartssprache. – Tubingen: Max Neimeyer Verlag, 1995. – 382 s.
6. Мендель А.К., Балтайтіс Ю.В., Войтенко А.А. Пути оптимизации учебного процесса по курсу фа-

культетской хирургии // Клінічна хірургія. – 1991. – № 1. – С. 45-47.

7. Синяк К.М., Давиденко О.С., Касьяненко Т.И. Методологические аспекты преподавания эпидемиологии // Врачебное дело. – 1988. – № 8. – С. 112-118.

8. Кондрашов А.Н., Науменко Л.Ю., Орлов Д.А. Навчальний кінофільм як ефективний засіб навчання студентів // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 228-229.

9. Куракин Л.Н., Чатов А.И., Соболев О.Г. Использование технических средств в учебном процессе // Вопросы педагогики и психологии высшей медицинской школы. – К.: Высшая школа, 1989. – С. 142-144.

10. Колонтай Ю.Ю., Кондрашов А.Н., Можара Н.Н. Роль и место учебного кино в педагогическом процессе // Вопросы педагогики и психологии высшей медицинской школы. – Киев-Донецк: Б.И., 1988. – С. 147-150.

ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

Тернопільської державної медичної академії ім.І. Я. Горбачевського

“Хвороби органів травлення (діагностика і лікування)”

Посібник співавторів: *Григор'єв П.Я., Стародуб Є.М., Яковенко Е.П., Гаврилюк М.Є., Шостак С.Є.* – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000 – 446 сторінок, тверда обкладинка.

У книзі на сучасному рівні викладені клініка, діагностика, лікування і профілактика хронічних захворювань органів травлення на різних стадіях їх розвитку. Зроблено оцінку сучасних методів дослідження (лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних та ін.) та лікування найбільш поширених хвороб органів травлення. Приведені конкретні дані по реабілітації хворих.

Книга розрахована на гастроентерологів, терапевтів та студентів старших курсів медичних вузів.

УДК 577.1:378.147.35]:681.3(07)

**АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ
АНІМАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ БІОХІМІЇ В
МЕДИЧНОМУ ВНЗі**

В.М. Швець, Р.П. Каптюх

Запорізький державний медичний університет

**APPLICATION OF COMPUTER ANIMATING SYSTEMS IN THE
PROCESS OF BIOCHEMISTRY TEACHING AT MEDICAL SCHOOL**

V.M. Shvets, R.P. Kaptuh

Zaporizhzhya State Medical University

У зв'язку з пошуком нових форм викладання теоретичних дисциплін виникла необхідність створення і використання анімаційних комп'ютерних систем. При вивченні теоретичної біохімії значно поліпшується розуміння різноманітних складних процесів завдяки застосуванню комп'ютерної анімації. Комп'ютерна техніка, яку використовують на лекціях і семінарах, суттєво допомагає розширити знання й ерудицію студентів. Застосування комп'ютерних анімаційних систем стимулює продуктивне мислення та активізацію пізнавальної діяльності. Слід підкреслити, що підготовка лікарів та фармацевтів високої якості є основною умовою для викладачів, ідею використання анімаційних програм необхідно втілити у життя.

The necessity of seeking for new methods of teaching the theoretical disciplines enables the teachers to elaborate and use the computer animated systems. While studying theoretical biochemistry, the understanding of various complicated mechanisms due to computer animation is much more available. The computer technique used both during lectures and seminars substantially helps to expand the knowledge and erudition of medical students. The usage of computer animated system stimulates the development of productive thinking and activation of learning process. Since the process of preparing the high-qualified doctors and pharmacologists is a matter of great concern to the teachers, the idea of using the modern animated programs should be put into practice.

Вступ. Сучасний рівень впровадження засобів обчислювальної техніки в охороні здоров'я потребує ширшого використання всесвітніх і вітчизняних досягнень комп'ютерної техніки як на навчальному, так і на контролюючому рівнях. Слід підкреслити, що це може бути своєрідним важелем підвищення ефективності самостійної роботи студентів [3, 4].

Більш ніж за тридцять років колектив викладачів кафедри біологічної хімії Запорізького державного медичного університету пройшов шлях від використання простих методик ручного програмного контролю знань, створення графів логічних структур тем і розділів з біохімії до втілення проблемного навчання і стандартизованих тестів, рейтингового контролю та складних комп'ютерних систем; від втілення в повсякденну педагогічну практику елементів

сучасної педагогічної науки до проведення наукових досліджень із педагогіки вищої школи і педагогічної психології [3, 6].

Основна частина. Нині педагогічний колектив кафедри перейшов на якісно новий етап розвитку вищої медичної освіти, пов'язаний із загальною комп'ютеризацією навчального процесу. При цьому кафедра має більш-менш задовільну базу сучасної обчислювальної техніки, яка в майбутньому буде поповнюватися новішими машинами.

Із впровадженням нових комп'ютерних технологій у вищі навчальні заклади повинні відбутися певні зміни і в самій структурі освіти. Для цього необхідні:

- достатня забезпеченість сучасними комп'ютерами;
- елементарний рівень володіння комп'ютерними навичками з боку студентів;
- достатній рівень володіння комп'ютерними навичками з боку викладачів.

На сьогодні це навіть не загальноосвітня, а загальноцивілізаційна і загальнокультурна вимога [3].

Результати досліджень зарубіжних учених у галузі педагогіки свідчать про те, що комп'ютерні технології потрібно використовувати в процесі підготовки медичних кадрів там, де вони найбільш реально ефективні [4, 7]. Зокрема при вивченні теоретичної біохімії (фундаментальної науки) – основи, на базі якої можливі подальше успішне засвоєння інших медико-біологічних і клінічних дисциплін, становлення практичної діяльності лікаря або фармацевта. При цьому комп'ютерний (експресний) контроль знань сприяє виявленню не тільки якості знань, які важко опанувати, але й розділів з предмета, що враховують викладачі, готуючи лекції, методичні вказівки та навчальні посібники, в тому числі їх дискетні варіанти [3].

Досвід показує, що перейти від примусової системи навчання до нового рівня якості підготовки спеціалістів тільки шляхом удосконалення цієї системи важко. Тому потрібна нова технологія навчання, яка б вивела якість підготовки студентів на заданий рівень. Із наявних методів навчання найбільш перспективними є ті, які стимулюють продуктивне мислення. Активація пізнавальної діяльності – основа досягнення високої якості при будь-якому методі навчання, але найгостріше це відчувається при складанні сценарію і програми автоматизованого навчання за допомогою навчальної програми (НП). При створенні такої програми передбачають використовувати на комп'ютері текстову частину заняття, яка може супроводжуватися оригінально виконаними малюнками, що значною мірою покращує засвоєння теми [4, 6]. Таким чином, розроблена система вивчення студентами деяких питань теоретичної біохімії найбільш доцільна при самопідготовці до поточних та підсумкових занять і дає можливість виділити навчальний час для самостійної роботи при вивченні предмета.

Комп'ютерні анімації – це один із фрагментів навчальної програми. Для анімації характерні дидактичні засоби виділення інформації: укрупнення, підкреслювання, мерехтіння тощо. Велике значення має структурування матеріалу, що з'являється на екрані монітора. Досвід показує, що не слід анімацією заповнювати

більш як 2/3 екрана. Не варто відмовлятися також від яскравих кольорових гамм. Усе це лише полегшує сприйняття з екрана матеріалу і може бути профілактикою в боротьбі із стомленістю зорового аналізатора.

Використання комп'ютерної анімаційної системи дозволяє зробити заняття різноманітнішими за формою і цікавішими за змістом, надає більш повну інформацію із студійованої теми або розділу, тому покращується засвоєння програмного матеріалу та якість навчання [1].

При створенні анімаційних систем викладач обмірковує та складає сценарій обраного розділу. Створює малюнки, які потім перетворює на комп'ютерну графіку [2]. Але навчальні програми у вигляді комп'ютерних анімаційних систем розробляються не тільки силами провідних фахівців кафедрального колективу, а в деяких випадках і за допомогою талановитих студентів-науковців. Кожна анімація супроводжується пояснювальним текстом.

При самостійному використанні студентом комп'ютерної анімаційної системи необхідно, щоб він мав чітку інструкцію щодо програми, або ж навчальна програма з анімації повинна передбачати консультативну допомогу йому з боку викладача.

Висновок. На кафедрі біологічної хімії Запорізького державного медичного університету створили і широко використовують на практичних і семінарських заняттях НП у вигляді комп'ютерних анімаційних систем із механізму дії гормонів, ферментів, механізму окислювального фосфорилування, біосинтезу білків. Озираючись на минулі роки, виявляють пріоритет використання в навчальному процесі комп'ютерних анімаційних систем. Студенти із зацікавленістю на власні очі спостерігають хід та послідовність біохімічних подій на дисплеї, ефективніше запам'ятовують матеріал. Крім того, це сприяє розвитку в кожного студента більш продуктивного мислення.

Викладачі кафедри постійно підвищують рівень свого професіоналізму. Від їх компетентності й творчої активності залежить сьогодні виконання багатьох завдань, що стоять перед медичною освітою [5]. У Запорізькому державному медичному університеті, зокрема на кафедрі біохімії, створено всі умови для підготовки висококваліфікованих лікарів і фармацевтів.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Література

1. Брейдо В.А. Значение технических средств обучения в оптимизации учебного процесса // Военно-медицинский журнал. – 1988. – 1. – С. 26-27.
2. Каптюх Р.П., Швець В.М. Використання анімаційних систем в процесі викладання біохімії в медичному вузі // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тез. доп. наук.-метод. конфер. – Тернопіль, 1999. – С. 214.
3. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних комп'ютерних дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12-15.
4. Красникова Л.И. Проблемы разработки обучающих программ с использованием ЗВМ: Сборник трудов. – Курск, 1991. – С. 141-149.
5. Мисула І.Р. Оптимізація навчально-виховного процесу в Тернопільській медичній академії в умовах сьогодення // Медична освіта. – 1991 – №1. –С. 44-47.
6. Прокопенко Л.Г. Интеллектуальная система преподавания – основа перестройки учебного процесса // Актуальные вопросы оптимизации медицинского образования: Сборник трудов. – Курск, 1991. – С. 39-45.
7. Якушев В.С., Рыжов А.А., Белоконь Л.Е. Современные аспекты внедрения тестового контроля в обучение и перспективы использования ЗВМ в этом процессе. – Запорожье, 1993. – С. 1-59.

ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

доводить до Вашого відома індекси передплатних журнальних видань:

“Шпитальна хірургія” – 22810;

“Вісник наукових досліджень” – 22866;

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

“Інфекційні хвороби” – 22868;

“Медична хімія” – 22869.

Наша адреса:

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

УДК 61(07.07)

ІНТЕГРАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ НА ТЕОРЕТИЧНИХ КАФЕДРАХ МЕДИЧНОГО ВНЗУ

М.П. Скакун, В.В. Файфура, Я.Я. Боднар

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

TEACHING INTEGRATION AT THEORETICAL DEPARTMENTS OF MEDICAL SCHOOL

M.P. Skakun, V.V. Faifura, Ya.Ya. Bodnar

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Головними формами інтеграції викладання на теоретичних кафедрах є такі: погодження робочих програм, спільні методичні наради кафедр, міжкафедральні конференції, взаємовідвідування лекцій, спільне написання підручників і посібників, набування студентами практичних навичок, створення комбінованих тестів, впровадження міжкафедральних і наскрізних програм. Нові можливості інтеграції відкриваються на основі використання комп'ютерної техніки.

The main forms of the theoretical departments integration in teaching techniques are: curriculum coordination, joint conferences on teaching methods, inter-departmental conferences, mutual attendance of lectures, textbooks and manuals aids preparation and publication, coordination provision of students with practical skills, combined tests elaboration, implementation of inter-departmental curriculums. New possibilities of integration are based on the usage of computers.

Вступ. Інтеграцію викладання вважають одним із найважливіших напрямків удосконалення навчального процесу і поліпшення підготовки фахівців за умов неухильного зростання обсягу наукової і навчальної інформації та при неможливості нескінченно збільшувати кількість академічних годин, відведених на вивчення конкретної дисципліни. Інтеграція є важливим інструментом управління й узгодження навчальних планів і програм у межах діючих нормативних документів з вищої медичної освіти. Вирішальна роль тут належить кафедрам, які на базі типової програми і навчального плану, реально оцінюючи місце дисципліни в системі підготовки фахівця, повинні самі накреслити стратегію і тактику викладання її з розрахунком на оптимальний кінцевий результат. Цю проблему регулярно піднімають на методичних конференціях регіонального [1] і загальнодержавного [2] рівнів, що свідчить про її актуальність для педагогічної практики. Зокрема, 27 травня 1999 р. в Тернопільській медакадемії відбулася монотематична міжвузівська навчально-методична конференція “Проблеми інтеграції в медичному вищому навчальному

закладі”, на яку було заявлено 72 доповіді. На останній Всеукраїнській науково-методичній конференції, яка відбулася 29 вересня – 1 жовтня 1999 р. також на базі Тернопільської медакадемії, для обговорення проблем інтеграції було передбачено окрему секцію (34 повідомлення). У даній статті узагальнено досвід інтеграції викладання на теоретичних кафедрах. Зміст її обговорений і схвалений консультативною радою (01.02.1999 р.) і центральним методом (25.05.1999 р.).

Основна частина. Традиційно виділяють два види інтеграції: по вертикалі й по горизонталі. Інтеграція по вертикалі відіграє провідну роль. Дуже важливо визначити, де початок цієї інтеграції – вгорі чи вниз. Тобто необхідно з'ясувати, чи дисципліни, які вивчають на перших курсах, повинні висувати дисциплінам, які викладають на старших курсах, вимоги щодо змісту й обсягу програмного матеріалу в цілому і конкретних тем зокрема, чи навпаки. Правильним є, на нашу думку, другий підхід. І в майбутньому при створенні інтегрованих програм слід керуватися саме цим принципом, але обсяг навчального матеріалу, що підлягає інтеграції “згори донизу” і “знизу догори”, повинен бути збалансованим.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Інтеграція по висхідній значною мірою регламентується діючим навчальним планом, який визначає місце кожної дисципліни в системі підготовки спеціаліста, а також поступовість і логічність введення в навчальний процес нових дисциплін. З погляду оптимальної вертикальної ув'язки ця система зарекомендувала себе позитивно. Наприклад, кожне питання, яке вважають базовим, фундаментальним, основоположним або просто важливим для вивчення клінічних дисциплін, знайшло своє відображення в робочих програмах і тематичних планах теоретичних кафедр. Не існує принципових розходжень у термінології, класифікаціях, патогенетичних схемах. Інша справа, чи робить кафедра достатній акцент на тому чи іншому питанні в процесі його розгляду на лекціях і практичних заняттях. З різних причин – об'єктивних і суб'єктивних – деяким теоретичним питанням можуть не надавати того значення, якого вони заслуговують з точки зору клініцистів. Такі питання відсувають на другий план, в результаті вони гірше засвоюються студентами. На основі з цих міркувань було б доцільним створити в майбутньому інтегровану програму викладання вузлових тем фундаментальних і професійно орієнтованих дисциплін за принципом “на себе”, тобто виходячи з потреб клінічних дисциплін, але з врахуванням, звичайно, змісту базових. Це дасть можливість загострити увагу останніх на найважливіших з точки зору перспективи темах навчальної програми.

Інтеграція по горизонталі має вужче застосування. Як приклад надійної, десятиліттями вивіреної узгодженості можна навести інтеграцію викладання патологічної анатомії і патологічної фізіології [3]. Морфологічний і функціональний підходи до загального трактування й аналізу механізмів одних і тих самих патологічних процесів, наприклад запалення, тромбозу чи пухлини, взаємно доповнюють один одного, завдяки чому студенти отримують про них цілісне уявлення. Кафедра гістології Тернопільської державної медичної академії інтегрується з курсом біології в таких питаннях цитології та ембріології, як гаметогенез, розмноження, запліднення, ранні стадії розвитку зародка людини, а також при вивченні деяких постнатальних процесів (ріст, метаморфоз, регенерація) [4]. Можна навести

й інші приклади ефективної інтеграції по горизонталі, але все ж слід зауважити, що для більшості дисциплін таких чітких паралелей не існує, оскільки їх програми орієнтовані лише на логічну ув'язку навчальних тем власного курсу. Тому правильно зауважують [5], що інтеграція по горизонталі – це, як правило, ініціатива двох зацікавлених кафедр або профільної методичної комісії.

Варто зупинитись на обсязі й формах інтеграції. Досвід показує, що блок реальної вертикальної інтеграції включає не більше 4-5 теоретичних кафедр. Серед конкретних форм інтегральної діяльності найкраще зарекомендували себе такі: погодження робочих програм з обговоренням і затвердженням цього питання на засіданнях циклових методкомів; спільні методичні наради кафедр, присвячені розгляду споріднених тем або аналізу результатів вихідного контролю знань; взаємовідвідування лекцій із подальшим обміном думок щодо їх змісту і побудови; спільні конференції науково-теоретичного і методичного характеру; обговорення і створення спільних підручників, посібників та інших методичних матеріалів.

Добре апробованою ланкою інтеграції є впровадження в навчальний процес міжкафедральних програм. Зокрема, останнім часом у Тернопільській медакадемії впроваджено міжкафедральні програми викладання СНІДу, підготовки лікарів загальної практики, викладання основних констант життєдіяльності людини.

Кафедра фармакології протягом 10 років веде клопітку методичну роботу, спрямовану на створення фундаментальних програм лікування невідкладних станів [6]. Під керівництвом проф. М.П. Скакуна підготовлено і надруковано низку оригінальних посібників, які поєднують теоретичний курс фармакології з практичною лікарською діяльністю: “Фармакотерапія невідкладних станів” (1992, 1993), “Невідкладна допомога при гострих отруєннях” (1993), “Невідкладні стани у терапевтичній практиці” (1998).

Як один із головних компонентів інтеграції викладання теоретичних дисциплін слід розглядати узгоджене опанування студентами практичних навичок широкого призначення – світлова мікроскопія, опис гістологічних препаратів, виготовлення і забарвлення мазків,

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

підрахунок формених елементів крові, визначення вмісту гемоглобіну, підрахунок кольорового показника, приготування розчинів, користування простим хімічним обладнанням (піпетками, бюретками, мірними колбами), зважування на терезах і торзійних вагах, запис електрокардіограми тощо. Це окремий напрямок в інтеграції, причому у зв'язку з теперішніми матеріальними труднощами значною мірою занедбаний. Його обов'язково необхідно відобразити в планах інтеграції і міжкафедральних програмах.

Ще один аспект інтеграції на теоретичних кафедрах відкрився у зв'язку з впровадженням ліцензійного іспиту "Крок-1". Мова йде про створення банку комбінованих тестів, побудованих на знанні матеріалу не лише поточної дисципліни, але й базових дисциплін. Такі тести реальніше відбивають необхідність всебічної підготовки сучасних фахівців-медиків.

Література

1. Мисула І.Р., Пашко К.О., Бузько Г.Д., Ткаченко Г.І. Деякі інтеграційні принципи методичного забезпечення навчального процесу // Проблеми інтеграції в медичному вищому навчальному закладі: Міжвузівська навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 34-36.
2. Мисула І.Р., Пашко К.О., Бузько Г.Д., Ткаченко Г.І. Розвиток інтеграції у навчальному процесі в академії // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Матеріали доповідей науково-методичної конференції. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 462-464.
3. Файфура В.В., Маркова О.О., Бондаренко Ю.І. та ін. Шляхи вдосконалення інтеграції навчання // Проблеми інтеграції в медичному вищому навчальному закладі: Міжвузівська навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 39-42.
4. Волков К.С., Сокальська В.О., Кузів О.Є. та ін.

Останнім часом постала нова проблема – інтеграція викладання з широким застосуванням комп'ютерної техніки. Предметом інтеграції повинні стати такі сфери діяльності викладацьких колективів, як створення навчальних компакт-дисків і відеофільмів, комплектування наборів схем, таблиць і слайдів, відбір найважливіших констант організму. Широкі перспективи відкриває використання телекомунікаційних систем. Їх можливості вперше продемонстрували учасникам науково-методичної конференції в Тернополі. Усі ці технічні нововведення ще чекають методичного опрацювання.

Висновок. Інтеграція викладання – один із стратегічних напрямків оптимізації навчального процесу. Головне навантаження несе інтеграція по вертикалі. Удосконалення її форм і можливостей – невід'ємна складова частина методичної роботи вузівських колективів.

Шляхи вдосконалення інтеграції навчального процесу в курсі гістології // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Матеріали доповідей науково-методичної конференції. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 439-440.

5. Ковальський М.П. Шляхи міжпредметної інтеграції в навчальному процесі вищих медичних навчальних закладів // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Матеріали доповідей науково-методичної конференції. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 454-455.

6. Посохова К.А., Скакун М.П., Мулярчук Н.М. та ін. Проблеми інтеграції в навчальному процесі кафедри фармакології // Проблеми інтеграції в медичному вищому навчальному закладі: Міжвузівська навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 79-81.

**ОРГАНІЗАЦІЯ ВИВЧЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА
МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ НА КАФЕДРІ ДІАГНОСТИКИ І
МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ ФПО**

І.В. Шумлянський, Л.А.Ільницька, А.І. Сайкевич, Н.В. Бондар

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**ORGANIZATION OF COMPUTER TECHNOLOGIES AND MEDICAL
INFORMATICS STUDYING AT DIAGNOSTICS AND MEDICAL
INFORMATICS CHAIR OF AFTERGRADUATE EDUCATION FACULTY**

I.V. Shumlyansky, L.A. Ilnytska, A.I. Saikевич, H.V. Bondar

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Цикл тематичного вдосконалення “Комп’ютерні технології і медична інформатика у клінічній практиці” проводять із 1996 року - часу заснування кафедри діагностики і медичної інформатики на факультеті післядипломної освіти (ФПО). На даному циклі навчаються лікарі всіх спеціальностей.

Засвоєнню лекційного та теоретичного матеріалу допомагають дві монографії, написані викладачами кафедри. Потужна технічна база Рівненського клінічного лікувально-діагностичного центру (РКЛДЦ) сприяє виробленню в лікарів навичок роботи на персональному комп’ютері.

A course of thematic advanced training “Computer Technologies and Medical Informatics in Clinical Practice” is held from 1996-the date of Diagnostics and Medical Informatics Chair formation at Aftergraduate Education Faculty. The doctors of all specialities are taught this course.

Two monographs, written by chair’s lecturers assist to learn lecture and theoretical material. Magnificent technical base of Rivne Clinical Medical Diagnostic Centre promotes practical mastering of personal computer by the doctor.

Вступ. Важко уявити сучасного медика, який би не користувався тією чи іншою мірою комп’ютерними технологіями в медицині. Персональні комп’ютери міцно ввійшли у всі сфери системи охорони здоров’я: від автоматизованого робочого місця (АРМ) лікаря та статистичної обробки медичної інформації на комп’ютері до локальної комп’ютерної мережі установи, створення медичних WEB-серверів та проведення електронних медичних конференцій.

Вивчення медичної інформатики – невід’ємна складова частина підготовки сучасного лікаря. Вона вивчає структуру і загальні властивості медичної інформації, тобто такої динамічної системи, яка включає в себе пошук, обробку, аналіз та довгострокове зберігання даних медичних обстежень і відомості медичної інформатики, а також закономірності

всіх процесів обміну між структурованими медичними базами даних.

Основна частина. Рівень ефективності використання медичної інформатики на 90 % залежить від підготовки медичного персоналу і на 10 % – від технічної бази лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

На кафедрі діагностики і медичної інформатики ФПО проводять цикл тематичного вдосконалення (ТВ) “Комп’ютерні технології і медична інформатика у клінічній практиці”. Основне завдання кафедри полягає в тому, щоб поглибити знання лікарів-курсантів, оволодіти принципами створення медичних інформаційних і автоматизованих систем та вміти використовувати і впроваджувати в медичну практику готові програмні продукти.

Наявна навчальна програма з циклу ТВ “Комп’ютерні технології і медична інформатика у клінічній практиці” на кафедрі діагностики і медичної інформатики передбачає

© І.В. Шумлянський, Л.А.Ільницька, А.І. Сайкевич, Н.В. Бондар, 2000

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

156 навчальних годин, з них: лекцій – 38 год, практичних занять – 122 год, семінарських занять – 14 год та іспитів – 6 годин.

На лекціях із даного циклу розглядають основні поняття медичної інформатики, історію розвитку та архітектуру комп'ютерної техніки, операційні системи, спеціалізовані та сервісні програми. На заняттях лікарі-курсанти набувають практичних навичок роботи за комп'ютером, працюють із програмами NORTON COMMANDER, графічним пакетом WINDOWS, редактором WORD, вивчають архіватори та антивірусні програми. Велика кількість годин відводиться на вивчення та реальне застосування медичних АРМів.

У кінці циклу тематичного вдосконалення “Комп'ютерні технології і медична інформатика у клінічній практиці” лікарі-курсанти складають іспит, який проводять у три етапи:

1. Комп'ютерний контроль.
2. Оцінка практичних навичок.
3. Оцінка теоретичних знань.

Перший етап – комп'ютерний іспит, що передбачає відповідь на 100 питань у системі “Тестова програма”, яка створена викладачами кафедри. Другий етап – оцінка вмінь та практичних навичок роботи за комп'ютером. Третій етап – усний іспит, який проводять, застосовуючи білети, складені відповідно до вимог навчального плану і програми даного циклу. Щороку робочу програму вдосконалюють, включають у неї новинки в галузі комп'ютерних технологій. Навчання проходить безпосередньо в комп'ютерному класі, який зв'язаний із локальною комп'

ютерною мережею лікувального закладу. Комп'ютерна мережа складається з основного та архівного файл-серверів, де зберігаються основні медичні бази даних (діагнози, висновки, графіки прийомів тощо) та електронні карти більш ніж на 140 тисяч пацієнтів, що постійно поповнюються. 90 автоматизованих робочих місць лікарів та адміністративної частини працюють сумісно в локальній комп'ютерній мережі діагностичного центру. З роботою основних із них лікарі-курсанти ознайомлюються під час навчального процесу. Два підручники – “Комп'ютерні технології в медицині та Державний реєстр”, “Комп'ютер: перше знайомство”, написані викладачами кафедри, – сприяють кращому засвоєнню практичних навичок.

Після успішного складання трьох етапів іспиту лікарі-курсанти отримують посвідчення про проходження підвищення кваліфікації.

Висновки. 1. При кваліфікованому використанні комп'ютера та ефективних медичних комп'ютерних програм економиться час лікаря на оформлення медичної документації.

2. Використання комп'ютерної медичної локальної мережі дає можливість адміністрації лікувального закладу оперативно керувати ЛПЗ, своєчасно приймати правильні рішення.

3. Правильне та ефективне використання комп'ютерів і модемного зв'язку є зручним насамперед для пацієнтів – зникнення черг, вибір хворим часу прийому, запис та видача талонів електронною поштою.

4. Глибокі теоретичні та практичні знання комп'ютера – запорука лікарської кар'єри.

Література

1. Аглицький Д.С., Любченко С.О. Персональний комп'ютер і Windows для всіх. – М.: Філінь, 1996. – 336 с.
2. Комп'ютерні технології в медицині та Державний реєстр / Сердюк А.М., Торбін В.Ф., Поліщук В.М. та ін. – Рівне: Вертекс, 1997. – 197 с.

3. Фельдман О.А. Microsoft Word для Windows 6.0 // Методичні вказівки: В 2-х ч. – К.: Свроіндекс Лтд, 1994. – Ч.1. – 192 с.
4. Фельдман О.А. Microsoft Word для Windows 6.0 // Методичні вказівки: В 2-х ч. – К.: Свроіндекс Лтд, 1994. – Ч.2. – 176 с.

УДК 61:34 (07.07)

МІСЦЕ, РОЛЬ І ЗНАЧЕННЯ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

А.Х. Завальнюк, В.В. Франчук

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

POSITION, ROLE AND SIGNIFICANCE OF THE FORENSIC MEDICINE IN THE HIGHER MEDICAL EDUCATION

A.Kh. Zavalnyuk, V.V. Franchuk

Ternopol State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Детально висвітлено роль судової медицини в підвищенні правової обізнаності майбутніх лікарів при виконанні ними професійних обов'язків у справі надання допомоги слідчим органам і суду під час розслідування і судового розгляду злочинів проти життя, здоров'я і гідності людини. Показано значення судової медицини у вищій медичній освіті та у правовому вихованні студентів.

The role of the forensic medicine in the law education improving of future doctors during the fulfilling their professional duties in accordance to help the court and investigation agencies during the investigation of crimes against the human life, health and honour has been thoroughly covered. The significance of forensic medicine in the higher medical education and in law upbringing to the students has been demonstrated.

Вступ. У демократичній державі підвищується роль права як засобу захисту інтересів особистості, а також у зв'язку зі зростаючою юридичною відповідальністю медичних працівників за професійну діяльність. Без знань сучасних правових норм, що утверджуються в медицині, лікар не може повноцінно виконувати свої обов'язки. У системі вищої медичної освіти з метою набуття певних знань правових засад діяльності лікаря важливе місце займає викладання судової медицини. Сучасний зміст і значення цього предмета для підготовки лікарів до їх практичної діяльності далеко вийшли за межі його вузького цільового застосування тільки для вирішення питань, що виникають у роботі правоохоронних органів. Важливе медико-соціальне значення судової медицини полягає не тільки в боротьбі зі злочинами проти життя і здоров'я людей, але й у вдосконаленні охорони здоров'я і вихованні етики лікаря. І якщо загальні деонтологічні принципи лікарської діяльності знаходять відображення в кожній медичній дисципліні, то глибокий внутрішній зв'язок етики, деонтології і правових питань розкриває лише судова медицина.

Основна частина. Знання теорії і практики судової медицини на сьогоднішній день необхідне кожному лікарю, оскільки воно є важливою складовою частиною вищої медичної освіти, сприяє розвитку аналітико-синтетичного мислення, потрібного лікарю будь-якої спеціальності. Воно дає лікарю змогу виконувати державну функцію спеціаліста-експерта, що передбачено чинним законодавством України, формує правові аспекти різних медичних спеціальностей, сприяє поглибленню знань з попередження раптової, несподіваної смерті при різних хворобах. Правова обізнаність лікаря сприяє вдосконаленню охорони здоров'я, оскільки включає аналіз практичної діяльності медичних працівників, формує їх етичну і медико-деонтологічну поведінку [1].

Поєднання вивчення судової медицини із засвоєнням окремих положень юриспруденції, що позитивно впливає на правове виховання студентів, здійснюється в таких напрямках.

Уже на першому занятті студенти V курсу детально ознайомлюються із структурою та головними функціями органів дізнання, попереднього слідства, прокуратури і суду в Україні, оскільки основне завдання судової медицини і судово-медичної експертизи – надання

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

допомоги правоохоронним органам і суду у вирішенні медичних питань, що виникають при розслідуванні та судовому розгляді злочинів проти життя, здоров'я чи гідності особи. Структура та функції зазначених органів наводяться відповідно до конкретних положень Конституції України [2] і тих змін, які відбуваються в державі внаслідок реформування правоохоронних органів, особливо суду. Обізнаність студентів із зазначених питань необхідна для правильного розуміння вимог, що ставляться правоохоронними органами чи судом перед лікарем, який виконує функції експерта в кримінальних чи цивільних справах.

Відповідно до положень чинного карно-процесуального законодавства, студенти вивчають випадки, коли експертизу призначають обов'язково, оскільки зміст ст. 76 КПК України [3] з цього приводу стосується тільки медичної експертизи і лікарської діяльності. Детально вивчають обов'язки, права і карну відповідальність лікаря-експерта у зв'язку з тим, що, згідно з карним процесуальним законодавством України, слідчі органи, прокуратура чи суд можуть зобов'язати виконати медичну експертизу лікаря будь-якого фаху незалежно від його бажання та від того, на якому факультеті він вчився. Ці обов'язки, права та відповідальність викладають із сучасних позицій, зокрема, на основі головних положень нового закону України "Про судову експертизу" [4]. Тільки чітко знаючи свої обов'язки, права та відповідальність, лікар може правильно орієнтуватись у своєму юридичному статусі, зі знанням справи виконувати доручену йому роботу.

Студенти вивчають, у яких слідчих діях може брати активну участь майбутній лікар, які при цьому його завдання, права і обов'язки, як саме і з яких питань він може консультувати та допомагати слідчому у вирішенні юридичних питань, що вимагають медичних знань. Лікар у певних слідчих діях не тільки допомагає слідчому з більшою повнотою виконати їх, але й сам часто отримує відомості, ознайомлюється з фактами, які дають йому змогу в подальшому детальніше, з більшою переконливістю дати відповіді на запитання слідчого, якщо лікарю доручають після цього й провести ще судово-медичну експертизу чи дослідження.

На лекціях і практичних заняттях студенти ґрунтовно вивчають диспозиції певних статей Карного Кодексу України [5], що стосуються злочинів проти життя, здоров'я, волі й гідності особи. Не знаючи юридичних критеріїв тяжких, середньої тяжкості чи легких тілесних ушкоджень, лікар не може правильно визначити ступінь тяжкості ушкоджень у конкретної потерпілої особи, що призводить не тільки до слідчої, але й до судової помилки, наслідки якої бувають непоправними. Звідси впливає велика відповідальність лікарів, яку вони несуть при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень у потерпілих громадян, оскільки їх висновки є основою для кваліфікації дій обвинувачуваного і притягнення його до кримінальної відповідальності. Не виховувати в майбутніх лікарів цієї риси лікарської діяльності не можна.

Збільшення протягом останніх років кількості статевих злочинів поставило вимогу перед курсом судової медицини приділяти велику увагу вивченню питань, що стосуються зараження венеричними хворобами чи вірусом імунодефіциту людини, незаконного проведення абортів, зґвалтування, задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, статевих зносин з особою, яка не досягла статевої зрілості, розбещення неповнолітніх, мужоложства тощо. Ознайомлення студентів із змістом ряду статевих злочинів, їх наслідками, в тому числі юридичними, мірою покарання за їх скоєння відіграє певну роль у профілактиці цих злочинів серед молоді, позитивно впливає на навчально-виховний процес і підвищує правову обізнаність студентів.

З цією метою звертаємо особливу увагу, наприклад, на зміст ст.108³ КК України, яка передбачає покарання у вигляді позбавлення волі на строк до 5 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатись певною діяльністю на термін до 3 років за неналежне виконання медичним, фармацевтичним працівником або працівником інших сфер своїх професійних обов'язків через недбале або несумлінне до них ставлення, що призвело до зараження особи вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекцією або СНІДом).

Важливим правовиховним заходом є вивчення студентами кримінально-процесуальної регламентації огляду місця пригоди та трупа

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

людини на місці його виявлення у випадках скоєння злочинів проти життя, оскільки, відповідно до вимог ст.192 КПК України зовнішній огляд трупа проводять обов'язково з участю судово-медичного експерта, а при неможливості його виклику – найближчого лікаря будь-якої спеціальності. Зі змісту цього законодавчого акта випливає, що лікар є обов'язковим і активним учасником огляду трупа на місці його виявлення. У зв'язку з цим майбутні випускники медичного вищого навчального закладу повинні добре засвоїти завдання лікаря на місці пригоди, порядок чи послідовність описання трупа людини на місці його виявлення, орієнтуватись у інших питаннях цієї слідчої дії.

Знання основ права, є важливим і необхідним у професійній роботі медичних працівників. Тому випускники медичних вищих навчальних закладів повинні мати хоча б мінімум юридичних знань для кваліфікованого і сумлінного виконання своїх обов'язків, уміти відповідати за свої вчинки. Одночасно медичним працівникам необхідно знати, які правові наслідки викликають або можуть викликати їх дії (або бездіяльність). Тільки юридичні знання дають лікарю можливість забезпечити нормальну роботу закладів охорони здоров'я, запобігти дії, що наносить шкоду здоров'ю та життю людей нашого суспільства.

У зв'язку з цим, студенти вивчають морально-етичні та правові аспекти лікарської діяльності в Україні, з приводу чого їм читають спеціальну лекцію на названу тему. Перш за все студентами узагальнюються головні особливості лікарської діяльності на відміну від інших спеціальностей, що накладає на них величезну відповідальність, оскільки життя і здоров'я – найдорожче, що є в людини.

Вивчають організаційно-правову регламентацію професійної діяльності лікарів. При цьому звертають увагу на особливості та головний зміст нового законодавства про охорону здоров'я, зокрема на "Основи законодавства України про охорону здоров'я", прийняті Верховною Радою України 19 листопада 1992 року [6]. Детально вивчаються професійні обов'язки та права лікарів, що випливають не тільки з названих вище "Основ", але й з інших законодавчих актів нашої держави. Підкреслюємо, що вперше в Україні законодавчо закріп-

лено заборону певних медичних дій, чого раніше не було передбачено.

При підготовці лікарів не можна обійти увагою лікарську таємницю, її особливості. Розкриваючи медичні та правові її аспекти, необхідно прагнути, щоб майбутні лікарі чітко уявляли собі, в яких випадках вони не мають права розкривати чи розголошувати відомості, довірені їм хворими, які дані не бажано повідомляти хворому, як треба вести себе, якщо збереження лікарської таємниці суперечить інтересам суспільства і держави. Потрібно засвоїти, що за законодавством лікарська таємниця не є і не може бути абсолютною.

Розглядають правові засади хірургічного втручання на основі не тільки вимог "Основ", але й медичної практики, оскільки не всі тонкощі чи деталі хірургічної діяльності чітко викладені в законодавчих актах. Особливо це стосується згоди хворого на оперативне втручання, її оформлення, відмови від хірургічної операції, тактики лікаря при цьому, лікарського ризику, правомірності медико-біологічного експерименту на людях тощо.

Звертають увагу на ряд аспектів лікарської етики і медичної деонтології, коло питань, які охоплюють їх і які впливають з положень "Клятви лікаря", затвердженої Указом Президента України від 15 червня 1992 року за № 349.

Незважаючи на сумлінне і кваліфіковане виконання лікарями своїх обов'язків, в їх роботі трапляються, на жаль, певні недоліки, а також невдачі, упущення, недоробки, які закінчуються іноді несприятливими для здоров'я хворого наслідками чи навіть його смертю. Підкреслюємо, що всі несприятливі наслідки в медичній діяльності поділяються на 3 групи: лікарські помилки, нещасні випадки в медичній практиці та карані вчинки (або професійні правопорушення чи злочини). Даємо визначення лікарським помилкам, нещасним випадкам у медичній практиці та професійним правопорушенням медичних працівників, розглядаємо об'єктивні та суб'єктивні їх причини, наводимо ряд яскравих і повчальних прикладів з правової та судово-медичної практики, які сприяють кращому засвоєнню матеріалу. Вказуємо на відповідальність лікарів за несприятливі наслідки лікарювання.

Спеціальне соціологічне дослідження методом атестування 425 лікарів різних спеціаль-

ностей і віку [7] показало, зокрема, що причиною негативних явищ у поведінці й вчинках окремих лікарів у 20 % випадків є втрата соціальної відповідальності, наявність психологічної установки на моральну та юридичну некараність діянь. У зв'язку з цим, особливу увагу приділяють професійним правопорушенням (злочинам) медичних працівників, покарання за які передбачені чинним Кримінальним Кодексом України, зокрема – за незаконне проведення абортів, за ненадання без поважних причин допомоги хворому особою медичного персоналу. Не залишаємо поза увагою і можливості карної відповідальності майбутніх лікарів за такі злочини, як незаконний експеримент на хворому та незаконна стерилізація, хоча вони не передбачені КК України, але при цьому правоохоронними органами можуть бути застосовані статті цього Кодексу, в яких мова йде про вбивство через необережність чи необережне заподіяння тяжкого або середньої тяжкості тілесного ушкодження.

Вивчають поняття про службові злочини медичних працівників на основі з визначення, що таке службова особа в юридичному розумінні цього терміна. Зокрема, детально розглядають халатність, хабарництво, службова підробка (чи підробка документів), а також злочин, покарання за який передбачене ст.155² КК України – одержання незаконної винагороди за виконання робіт, пов'язаних з обслуговуванням населення, оскільки в переліку послуг громадянам у цій статті фігурує і медичне обслуговування. При вивченні цього питання виникає логічне запитання – чи є черговий лікар службовою особою, що вимагає юридичного роз'яснення, яке відсутнє в підручниках.

Важливим є питання – юридичне значення первинних медичних документів: історії хвороби, амбулаторної карти, лікарняного листка чи довідки про тимчасову непрацездатність тощо. Ці документи в будь-який момент можуть стати одним із джерел доказів у кримінальній чи цивільній справі, особливо при притягненні до кримінальної відповідальності медичних працівників за свої професійні правопорушення. Це стосується і тих випадків, коли, наприклад, від правильного і точно сформульованого ліка-

рем діагнозу та правильного і своєчасного лікування залежить правильне визначення судово-медичною експертизою ступеня стійкої втрати працездатності й у подальшому – встановлення судом розміру відшкодування потерпілому. Такі приклади підкреслюють юридичну значущість медичної документації і лікарської діяльності, ще раз нагадують про велику відповідальність лікаря, розширюють правові знання студентів.

Дані історії хвороби чи інших медичних документів часто кладуть в основу судово-медичних висновків і розв'язання ряду юридичних задач при розслідуванні справ про вбивства, заподіяння тілесних ушкоджень, нещасних випадків, статевих злочинів тощо. Недбале ведення історії хвороби чи інших медичних документів, виправлення, підчищення, внесення фальшивих записів, відсутність інформації, яка повинна бути в них, є прямим порушенням вимог медичної деонтології. Наслідком такої недбалості можуть бути кримінально карані діяння.

У зв'язку з тим, що при порушенні кримінальних справ проти медичних працівників обов'язково проводять комісійну судово-медичну експертизу, студенти ознайомлюються з її організацією та особливостями. Наводяться дані про частоту “лікарських справ” серед інших комісійних експертиз по Україні, питомої ваги звинувачення хірургів (35-40 %), акушерів-гінекологів (28-30 %), педіатрів (10-12 %), лікарів інших спеціальностей серед порушених кримінальних справ [8] .

Виконуючи свої функції з охорони здоров'я населення, медичні працівники, особливо лікарі, вступають у різні взаємовідносини, які регулюються правом. Вивчення і знання певних юридичних аспектів лікарської діяльності сприяють підвищенню рівня професійної підготовки, грамотному виконанню майбутнім лікарем своїх обов'язків, розширює компетенцію, відіграє важливу роль у правовому вихованні молоді.

Висновки. 1. Судова медицина як одна з обов'язкових дисциплін у підготовці лікарів займає незамінне місце в системі вищої медичної освіти, оскільки тісно стикається з питаннями правової регламентації лікарської діяльності.

2. Вона відіграє першорядну роль у підго-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

товці майбутнього лікаря до виконання своїх професійних обов'язків при вирішенні медичних питань, які виникають у слідчій чи судовій практиці та які впливають з вимог карно-процесуального законодавства України.

3. Судова медицина має важливе значення у вихованні високих морально-етичних і деонтологічних якостей, необхідних кожному лікарю в його професійній і громадській діяльності.

Література

1. Смольянинов В.М., Ширинский П.П. О совершенствовании преподавания судебной медицины в высших медицинских учебных заведениях // Судеб.-мед. экспертиза. – 1981. – № 2. – С. 4-6.
2. Конституція України. – Харків: Ранок, 1998. – 48 с.
3. Уголовно-процессуальный Кодекс Украины. – К.: Политиздат Украины, 1984. – 317 с.
4. Про судову експертизу // Закон України від 25.04.94.
5. Кримінальний Кодекс України. – К.: Україна, 1993. – 183 с.

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11. 92.
7. Попов Н.В. Мирозрение современного врача: социологический портрет и проблемы развития // Лік. справа. – 1994. – № 1. – С. 114-118.
8. Кузьмина Е.И. Анализ врачебных дел по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР за 1976-1980 гг. // Тезисы докл. VI Респ. науч. конф. судеб.-мед. экспертов УССР. – Черновцы, 1981. – С. 16-18.

ВИДАВНИЦТВО “УКРМЕДКНИГА”

“Біохімія людини”

під редакцією Я.І. Гонського – академіка УАННЦ,
д.м.н., професора, завідувача кафедри медичної хімії

Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського

У підручнику на основі сучасних досягнень науки викладено головні поняття з усіх розділів біохімії людини відповідно до програми для студентів медичних та фармацевтичних факультетів вищих навчальних закладів. Розглянуто структуру та метаболізм білків, вуглеводів, ліпідів, нуклеїнових кислот та інших органічних і неорганічних речовин. Наведено сучасні дані з біохімії крові, нервової та сполучної тканин, м'язів, печінки, нирок, висвітлено механізми функціонування імунної системи та структуру і функції мембранних утворень у клітинах. Наведено матеріали з клінічної біохімії та молекулярної біології. Велику роль відведено висвітленню регуляції метаболічних процесів і їх порушень при найпоширеніших патологічних станах печінки, нирок, серцево-судинної системи, ендокринних органів, спадкових захворюваннях.

З метою полегшення засвоєння матеріалу в підручник введено типові тестові завдання з різних розділів біохімії та відповіді на них, а також тлумачний словник найпоширеніших біохімічних термінів.

Підручник буде корисний для аспірантів, лікарів та біологів, які цікавляться біологічними процесами, що перебігають у живому організмі на молекулярному рівні.

ВПЛИВ ПОГОДИ НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ СТУДЕНТІВ

С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE INFLUENCE OF WEATHER ON PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATE OF HEALTHY STUDENTS

S.N. Vadzук, N.M. Volkova

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Фактори зовнішнього середовища, зокрема метеовпливи, є постійно діючим чинником, що впливає на функціонування організму людини. За несприятливих умов метеоциклону в практично здорових студентів знижуються розумова працездатність та витривалість до психоемоційного навантаження. З метою корекції пропонують активніше застосовувати в педагогічному процесі заходи, спрямовані на психологічне розвантаження та відновлення працездатності.

Environmental factors, particularly meteorological, permanently influence on functioning of human organism. Under unfavourable conditions of meteorocyclone mental activity and resistance to psychoemotional load are reduced. With the purpose of correcting it is offered to use methods directed on psychological relief and renewing of working capacity in pedagogical process.

Вступ. Фактори зовнішнього середовища, зокрема метеовпливи, є постійно діючим чинником, що впливає на функціонування організму людини. Але метеотропні зміни в організмі людини можуть погіршувати його функціональний стан, що є небажаним. Відомо про несприятливий вплив медико-метеорологічної ситуації III типу, яка характеризується контрастною зміною синоптичних умов, швидкою зміною повітряних мас з різними термобаричними властивостями. Такій метеоситуації притаманні від'ємний градієнт атмосферного тиску, висока хмарність, вологість, зниження відсоткового вмісту кисню в атмосфері [1, 2]. Дослідження метеочутливості здорової людини є одним із шляхів до удосконалення її функціональних можливостей за умов небажаних впливів зовнішнього середовища.

Основна частина. Вивчали психофізіологічний стан 17 практично здорових студентів-добровольців віком 17-23 роки при метеоситуації I і III типів. Застосовували визначення ситуаційної тривожності за запитальником Спілбергера [3] в 98 осіб, оцінку психоемоційного стану за допомогою тесте Люшера (тест

колірних сполучень), тесту ММРІ (Міжнародний Мінесотський особовий перелік) [4], шкали психоемоційного стану [5], дослідження психоемоційної стійкості за методикою А.Л. Решетюк та В.Л. Бакалейнікової [6]. Статистичну обробку здійснювали з використанням критеріїв параметричної та непараметричної статистики [7].

При дослідженні психоемоційний стан практично здорових молодих осіб залежно від метеоситуації було виявлено зростання ситуаційної тривожності від $(36,07 \pm 1,48)$ до $(47,13 \pm 1,32)$ бала ($p < 0,05$).

За допомогою тесту Люшера було виявлено суттєве підвищення рівня тривожності та емоційного стресу при метеоситуації III типу, порівняно з I типом. Перевага у виборі кольорів обстежуваними свідчила не тільки про наростання психоемоційної нестабільності, але й про тенденцію до зниження розумової працездатності. Кількість осіб з ознаками переживання внутрішнього конфлікту зросла від 5 % при антициклоні до 25 % за умов циклонічної погоди.

Оцінюючи показник розумової працездатності на фоні тестового емоційного навантаження, ми виявили певні особливості. При сприятливій метеоситуації I типу суттєвих

відмінностей у стресостійкості обстежуваних не спростерігали. Проте повторні обстеження при III типі погоди виявили осіб із високою і низькою стресостійкістю за умов тестового емоційного навантаження. В обстежуваних із низькою витривалістю до емоційного стресу показник розумової працездатності суттєво знижувався в середньому від 32,2 до 23,8 умовних одиниць при метеоситуації III типу (за даними непараметричної статистики). Швидкість обробки інформації суттєво не змінювалася, проте значно зросла кількість помилок. В осіб із високою витривалістю до психоемоційного стресу показник розумової працездатності при метеоциклоні суттєво не знижувався. Але в них значно зросли швидкість обробки інформації (в середньому від 144,0 до 162,0 знаків за 1 хвилину) та кількість помилок. Таким чином, в умовах метеоциклону на фоні функціонального емоційного навантаження ефективність розумових операцій у стресостійких осіб була вищою, порівняно зі стресонестійкими. Імовірно, це зумовлено швидшим виснаженням функціональних резервів центральної нервової системи в осіб із низькою витривалістю до емоційного навантаження.

Одним із найнеприємніших проявів метеотропної реакції в практично здорових людей є головний біль [1]. Серед обстежених нами студентів розповсюдженість головного болю в умовах III типу погоди становила 35 %. Самопочуття цих осіб при сприятливій погоді характеризувалося в 71 % втому, в 57 % – сонливістю, у 85 % – фізичною в'ялістю.

Ці особливості психологічного стану підтвердилися після проведення тестування запитальником ММРІ. Даним методом також виявлено значне вираження акцентуованих рис в осіб, які скаржилися на головний біль, порівняно з іншими обстежуваними ($p < 0,05$).

Виявлене зниження працездатності в умовах метеоциклону є небажаним проявом фізіологічних метеотропних змін в організмі здорової людини. Тому виникає питання про можливі шляхи його корекції. Як свідчать дані літератури, відновленню працездатності нервових центрів, які відповідають за розумову

діяльність, сприяють, з одного боку, зниження загального рівня функціонального навантаження на них, а з іншого – активація можливостей мозку за рахунок використання модулюючих впливів деяких нервових центрів на психічні процеси. Такі властивості мають лімбіко-ретикулярні структури і підкіркові центри зорового сприйняття [8]. Відомо, що сприйняття людиною кольорів пов'язане з певними емоційними реакціями. Наприклад, зелений, червоний, жовтий кольори асоціюються в людини з психічною активацією, потребою в самоствердженні й досягненні успіху, надіями на майбутнє [4, 9]. Тому доцільно, на нашу думку, активніше застосовувати ці кольори в дні з несприятливою погодою III типу для унаочнень у навчальному процесі – (таблиць, навчальних карт), писати на навчальних дошках кольоровими фломастерами.

Доцільно також при метеоситуації III типу частіше провітрювати приміщення, оскільки однією з причин несприятливих функціональних змін в організмі здорових людей є гіпоксичний ефект атмосфери [1, 2, 10].

Зниження загального рівня психічного навантаження, яке б покращило сприйняття в дні з циклонічною погодою, можна досягти, підтримуючи спокійну атмосферу в аудиторії, уникаючи конфліктних ситуацій.

Як відомо, фізична культура і спорт є одним із дійових факторів оздоровлення. Систематичні оптимально дозовані заняття фізичними вправами прискорюють відновлення функцій всіх систем і органів людського організму, нормалізують вегетативний баланс [11, 12]. Варто тут згадати і твердження І.П. Павлова про дієвість активного відпочинку. Тож засоби фізичної культури можуть стати одним із важливих заходів у профілактиці й усуненні метеотропних реакцій у метеочутливих осіб.

Висновки. При несприятливих умовах метеоциклону в практично здорових студентів знижуються розумова працездатність та витривалість до психоемоційного навантаження. З метою корекції пропонують активніше застосовувати в педагогічному процесі заходи, спрямовані на психологічне розвантаження та відновлення працездатності.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Література

1. Андропова Т.И., Деряпа Н.Р., Саламатин А.П. Гелиометеотропные реакции здорового и больного человека. – Л.: Медицина, 1982. – 247 с.
2. Овчарова В.Ф. Определение содержания кислорода в атмосферном воздухе на основе метеорологических параметров (давления, температуры, влажности) с целью прогнозирования гипоксического эффекта атмосферы // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1981. – № 2. – С. 29-34.
3. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. Крылова. – Л.: Издательство Ленинградского университета, 1990. – 76 с.
4. Практическая психодиагностика. – Самара: Издательский дом “Бахрах”, 1999. – 669 с.
5. Методические рекомендации по исследованию и предварительной оценке влияния факторов внешней среды на функциональное состояние человека. – Ленинград, 1986. – 26 с.
6. Решетюк А.Л., Бакалейникова В.Л. Методика психоэмоциональной устойчивости человека // Физиология человека. – 1991. – 17, № 3. – С. 47-53.
7. Иванов И.И., Погорелюк С.Н. Обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам. – М.: Медицина, 1990. – 240 с.
8. Бехтерева Н.П. Роль индивидуально приобретенной памяти в механизмах нормальной и патологических реакций // В кн: Механизмы модуляции памяти. – Л: Наука, 1976. – С. 7-14.
9. Петренко В.Ф. Взаимосвязь цвета и эмоций // Вестник Московского университета.– 1988.– № 3.– С. 70-76.
10. Вадзюк С.Н., Волкова Н.М., Зятковська Н.Є., Папінко І.Я. Вплив метеоситуації на гемодинаміку здорових осіб // Українські медичні вісті. – 1998. – 2, № 1-2.– Ч. 1. – С. 139.
11. Золотарев А.Е. Влияние физических упражнений на молодой организм человека // Успехи валеологии: Тез. научно-практической конференции. – Волгоград, 1994. – С. 31-32.
12. Колосова О.А., Миндлина Г.Э. Влияние метеорологических факторов на состояние вегетативной нервной системы человека: (обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1987. – 87 – Вып. 1. – С. 136-143.

“ВІСНИК НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ”

НАША АДРЕСА В INTERNET:

<http://tdma.ssft.ternopil.ua/journals>

УДК 616.98

СНІД. ЯК НАВЧИТИСЬ ДОПОМАГАТИ ЛЮДИНІ, ЯКА СТРАЖДАЄ

І.Я. Губенко, Р.М. Михайлова

Черкаський медичний коледж

AIDS. HOW TO LEARN TO HELP A SUFFERING PERSON

I.Ya. Hubenko, R.M. Mychailova

Cherkasy Medical College

Хворі на СНІД чи ВІЛ-інфіковані часто шукають підтримку серед рідних, близьких і, звичайно ж, медпрацівників. Піклуватися про таких людей зможе лише той, хто вміє відчувати чуже горе. Це робити непросто. Цьому треба вчитися. І саме перед викладачами медичних навчальних закладів стоїть завдання навчити студентів дарувати хворій людині надію, вселяти в неї силу духу.

A person suffering from AIDS or HIV-infected is often looking for a support from relatives and naturally, from medical personnel. Only a person who can feel somebody's grief can take care of such a patient. It is rather difficult to do it. It is necessary to learn how to do it. There are the teachers of medical educational institutions that must cope with the task to teach their students of ability to give a patient hope and courage.

Вступ. Світ охопила епідемія СНІДу. Медична наука навчилася боротися з різними недугами, але, на відміну від інших, СНІД викидає на вулиці свої жертви. Люди цураються їх, інфіковані діти не можуть відвідувати дитячі садки і школи. Кількість інфікованих швидко зростає. Це знедолені люди, люди, в яких немає майбутнього.

Ці та інші проблеми СНІДу важким тягарем лягають на плечі працівників охорони здоров'я.

Основна частина. Ми, викладачі коледжу, розуміємо, що після закінчення вищого навчального закладу наші студенти в силу своїх професійних обов'язків повинні стати в перший ряд піклувальників про хворих людей, зокрема про хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих. Щоб допомогти їм впоратися з цим дуже складним завданням, нами видано посібник під назвою "Соціально-психологічні аспекти догляду людей, які страждають на СНІД, та ВІЛ-інфікованих". При його написанні використано матеріал семінару викладачів медичних навчальних закладів, присвяченого проблемі СНІДу (листопад 1997 року), який проходив у Школі соціальної роботи Національного університету "Києво-Могилянська академія" за спільним проектом із

Лондонським центром для людей, хворих на СНІД, та ВІЛ-інфікованих.

Навчальний посібник покликаний вирішити важливу проблему написання психологічної допомоги людині, яка знаходиться у відчаї. А оскільки допомога в цьому випадку можлива лише за умови повного взаєморозуміння між знедоленим і тим, хто бажає допомогти, то мета посібника – навчити відчувати чуже горе, співчувати, дарувати людям надію, вселяти силу духу, мужність тощо. Він допомагає сприйняти проблему СНІДу, подивившись на неї з боку людини, яка страждає.

Матеріал посібника можна використовувати в медичних навчальних закладах на заняттях із студентами, особливо з психології, на виховних годинах, на заняттях із медичними працівниками, які готуються до роботи або працюють із хворими на СНІД та ВІЛ-інфікованими, а також запропонувати студентам, медичним та соціальним працівникам для самостійного опрацювання.

Ми працюємо з посібником уже другий рік. Заняття проводимо з невеликими групами – 10-12 студентів. Дев'ять розділів посібника ведуть студента від історичних дат і статистичних цифр через страждання хворого на СНІД та ВІЛ-інфікованого до піклування про нього.

© І.Я. Губенко, Р.М. Михайлова, 2000

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Питання СНІДу завжди цікавлять наших студентів у тому чи іншому аспекті, і хоча це здебільшого статистичні дані, клініка, діагностика, профілактика захворювання, студенти розуміють, що за цифрами стоять люди, вони проникаються до них співчуттям так само, як і до будь-якого іншого хворого [4].

І от ми починаємо знайомити їх із досвідом роботи Лондонського центру для людей, хворих на СНІД, та ВІЛ-інфікованих. Дещо вражає, а дещо западає в душу так, що примушує подивитись на проблему СНІДу з іншого боку, тобто відчути себе на місці знедолених, багато зрозуміти, переосмислити і цим виховати в собі добре, ласкаве, турботливе ставлення до хворого на СНІД та ВІЛ-інфікованого, бажання стати йому в житті помічником, підтримкою, людиною, яка допоможе вистояти і поведе за собою. Це робити нелегко.

Спочатку ми говоримо мовою чисел, які вражають слух кількістю нулів. Наприклад, у світі щодня народжується 1000 ВІЛ-позитивних немовлят або 9000000 дітей віком менше 15 років втратили матерів через СНІД тощо. “Це статистика, – кажемо ми, – але за кожною цифрою – людина, за кожним числом – багато людей”.

Їм встановили діагноз, і життя хворих на СНІД з мріями та планами на майбутнє зупинилось. Перед ними в цю мить зачиняється багато дверей, а інколи – навіть і двері батьківської оселі.

СНІД – це “дороге” захворювання, за нього платять життям.

Допомогти таким людям вижити часто може медичний працівник, бо саме він добре обізнаний у питаннях епідеміології, клініки, перебігу захворювання, саме він не повинен боятися спілкуватися з хворим на СНІД та ВІЛ-інфікованим, крім того, зобов'язаний наблизитись до них, дати їм можливість відчути підставлене плече [1].

Для цього медичний працівник повинен мати мужність, рішучість, доброту і глибокі знання з психології, ще важливо вміти подумки стати на місце людини, яка страждає, і відчувати те, що відчуває вона.

Отже, людині встановили діагноз: ВІЛ+. Ще вчора було звичайне життя, були родина, друзі, колеги, було, врешті, майбутнє, а сьогодні раптом усе зникло. Зникло значення слів

медсестра, лікар, робітник, інженер, бізнесмен, дипломат. Тепер не важливо, чи є в тебе машина, будинок, гроші, змінюються всі цінності, попереду – смерть [5, 6].

Суспільство ставиться до такої людини, як до сміття, тому в неї виникає багато питань, у тому числі: “Для чого жити?” – і оплакує своє горе.

Оплакування горя проходить три стадії [2].

Заперечення. Людина може в цій стадії схотіти і не розповідати про свої страждання, може не вірити і проходити тест за тестом тощо. Інколи вона закінчує життя самогубством.

Заперечення переходить у *гнів*. Людина починає гніватись на того, хто її заразив, на медицину, що не може вилікувати, на Бога, який не може допомогти.

Гнів треба зрозуміти і допомогти людині гніватись. Через гнів людина приходить до *прийняття*, а потім починає говорити з Богом, лікарем, родиною, запитуючи їх: “Що слід робити, щоб жити?”.

Бо вмерти від СНІДу легко, важко жити з ним. Це тому, що перед смертю в людини багато втрат. Вона поступово втрачає здоров'я, сім'ю, друзів, зовнішній вигляд тощо, залишається одна втрата – життя, тобто вмерти – це остання втрата, яка не така страшна і вразлива, як попередні [3].

Діти повинні ховати своїх батьків, а СНІД усе перевернув.

Ми пропонуємо колегам-студентам за 5-10 хв прожити чиєсь життя. Це гра. Вони стають у ряд, отримують картки, на яких написано, хто вони є, наприклад: “ВІЛ-негативна вагітна жінка”, “хворий на СНІД”, “гетеросексуальний здоровий чоловік” тощо. Ми ставимо їм одні й ті ж запитання. Якщо їхня відповідь “так” – вони роблять крок вперед, якщо “ні” – залишаються на місці.

Наприклад запитання: “Чи зможете ви стати донором?”; “Чи є медична допомога, яка б відповідала вашому стану?”; “Чи можете створити сім'ю і мати дітей?” тощо. Дехто із студентів залишається там, звідки починали рухатись усі. Практично на всі запитання за них відповів СНІД – “ні”. Такі люди в повній ізоляції, вони вигнанці, що може викликати безконтрольну поведінку. І це відчувають студенти.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Тоді просимо подумати і сказати, які ж особисті якості слід мати, щоб працювати із хворим на СНІД та ВІЛ-інфікованим. Ми разом це обговорюємо та пропонуємо свої варіанти відповідей. А потім знову гра. Пропонуємо уявити, що відчуває людина, в якій попереду, зовсім близько, смерть. Ми ділимося на пари. У кожній парі – уявний хворий (із закритими очима) та піклувальник (із відкритими очима). Створюємо уявну ситуацію (дорога, ліс тощо): той, хто бачить, мусить обережно провести “незрячого” через уявно створені перешкоди. Це слід зробити так, щоб “хворий” повністю довірився піклувальнику і впевнено йшов слідом за ним.

Основними претендентами на зараження СНІДом ми знаємо, є наркомани та гомосексуалісти. Працюючи над матеріалом, ми намагаємося змінити, слід визнати, негативне ставлення студентів до цієї категорії людей.

Ми говоримо, насамперед, про причини гомосексуальності, а також про те, коли, за яких умов молода людина стає наркоманом. Ці причини об’єктивні. Але вся проблема в тому, що таких людей не приймає суспільство, а вони хотіли б простого розуміння від інших, і допомога повинна прийти від медиків, психологів, близьких людей, друзів. Ми розповідаємо, як саме слід намагатися допомогти їм, бо коли поряд люди, які хочуть допомогти, результат буде позитивним [7].

Потім знову пропонуємо гру. На цей раз м’якне найчерствіша душа. Перед кожним сту-

дентом 16 папірців (по 4 в кожному ряду). Кожен лише для себе пише в:

1-му ряду – дуже потрібні йому речі;

2-му ряду – роль у житті;

3-му ряду – те, чим він любить займатися на дозвіллі;

4-му ряду – дорогі для нього імена.

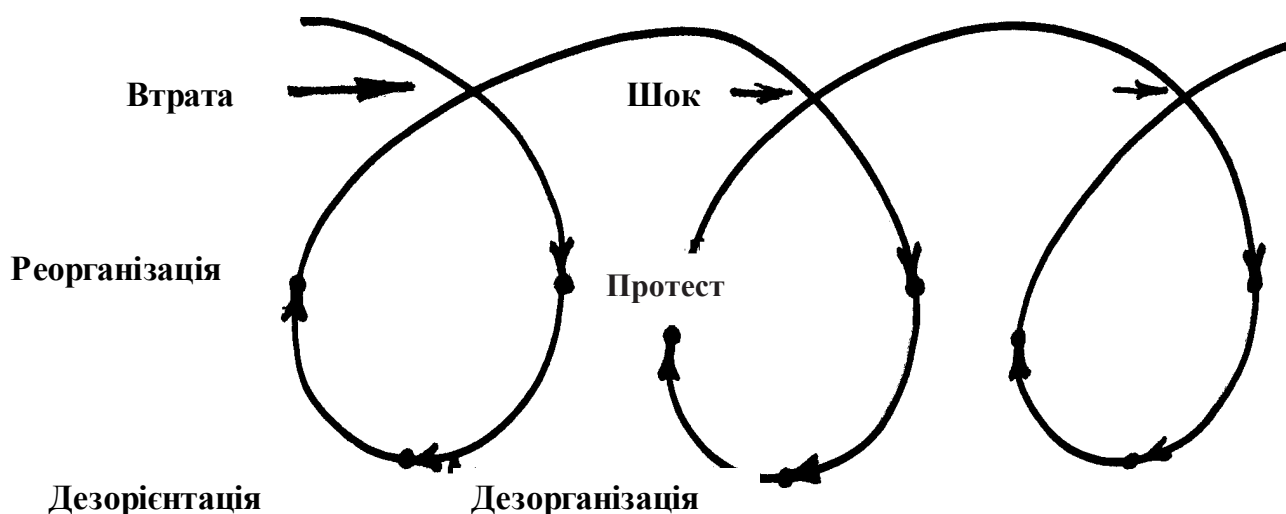
Потім пропонуємо уявити, що сьогодні було тестування:

1. Діагноз – ВІЛ-інфікований. Тоді слід забрати з кожного ряду по одному папірцю, бо якась річ у зв’язку з цим втратила свою цінність, якусь функцію в житті ви не можете вже виконувати, щось приємне у вільний час вам уже не мило і близькій, дорогій людині ви вже не можете бути корисним, як раніше.

2. Минуло ще три місяці, з’явилися симптоми СНІДу. Пропонуємо забрати ще по одному папірцю.

3. Минув ще певний час. СНІД робить свою чорну справу. Просимо перевернути папірці, що залишились, надписами донизу і забираємо по 3-4 папірці в кожного студента. Робимо це жорстоко, безжалісно. Кажемо: “Тепер уже не ви вибираєте, що віддати, за вас це робить СНІД”. Потім пропонуємо подивитись, що ж залишилось. В очах відчай, бо повернути нічого неможливо. Людина зі СНІДом поступово втрачає все.

Далі ми розповідаємо, як людина реагує на втрату, що повинен робити той, хто про неї піклується [8].



Реакція людини на втрату

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Спочатку *втрата* викликає *шок*. Реальність хворий не сприймає. Може втратити мову. Людина не здатна впоратися з психікою. Вона або “паралізована”, або в хаосі. А деколи приходить думка про суїцид. У цій стадії слід посидіти біля хворого, взяти за руку, дати відчуття людині, що вона не одна, бути поруч і ні в якому разі не давати порад.

Шок переходить у *протест*. Якщо ця втрата – діагноз СНІД, людина не вірить, йде до іншого лікаря, вона плаче, кричить, гнівається. У цій стадії слід дати людині можливість виплеснути назовні все, що в неї на душі, дозволити бути злою, навіть якщо хтось, не заслуговуючи цього, звинувачується в її горі, нехай вона плаче, гнівається, а ви продовжуйте бути поряд. Потім настають *дезорганізація* та *дезорієнтація*. Людина розгублена, з’являється апатія. Немає мотивації до життя. Може настати депресія. Психологічний ефект пригнічує імунітет, тому людина хворіє. Отут потрібні їй наші допомога і порада, ми мусимо її підбадьорити і не залишати, звичайно, саму.

Четверта стадія СНІДу – *реорганізація*. З нашою допомогою в людини з’являються інтерес до життя, якісь турботи, вона починає займатися собою, шукає нові заняття, продовжує жити. Ми підтримуємо її і ведемо за собою.

Люди, хворі на СНІД, знають ціну сміху, радості, вони завжди сподіваються. Їхнє сподівання глибоке, сильне, потужне.

Література

1. Данилин Г. Поединок со СПИДом. Болезнь победит человека или человек победит болезнь? – М.: Профиздат, 1991. – С. 6-8.
2. Ширококов В.П. СПИД. – К.: Вища школа, 1989. – С. 3-7.
3. Покровский В.И., Покровский В.В. СПИД. Синдром приобретенного иммунодефицита. – М.: Медицина, 1988. – С. 28-34.
4. Кобища Ю.В., Пурик-Бондаренко Е.П. Молоде-

У лондонській художній галереї є картина, на якій жінка із зав’язаними очима грає на арфі з однією струною. Назва цієї картини – “Сподівання”. Люди, хворі на СНІД, знають про свою близьку, неминучу смерть, у них дуже болить душа, цей біль буває сильнішим від тілесних страждань, і ми, медики, маємо хоч трохи вгамувати цей нестерпний біль і вселити в їх душі сподівання. Хочеться вірити, що СНІД ми поборемо і життя буде прекрасним.

Лікар Рубінстайн сказав: ”Багато дітей, яким загрожує небезпека захворіти на СНІД, ще не зачаті, тому є ще час зупинитись і подумати”.

Висновок. Даний навчальний посібник доступний усім і може сприйматися людьми різного віку, з різною освітою. Це і медики, і психологи, і просто ті, кого цікавить проблема СНІДу.

При спілкуванні із студентами помічаємо, що вони охоче дозволяють нам доторкнутися до їхньої душі, а мертва тиша в кабінеті й блиск в очах кажуть самі за себе. Дуже приємно відчувати, що наша праця залишає помітний слід у чистих душах студентів. Коли їх теплом буде зігріта людина, яка страждає, ми відчуємо це, бо хочеться, щоб життя було прекрасним у кожного, щоб люди завжди посміхалися, щоб діти наші й діти наших дітей були щасливими. А щоб усе це сталося, кожен має спитати себе: “Як я ставлюсь до інших, чим їм допомагаю в житті?”. Ніколи не буде пізно замислитись над цим та подати руку нещасному.

жи о СПИДе. – К.: Здоров’я, 1993. – С. 10-11.

5. Адо В.А. Екологія, алергія і СНІД. – К.: Видавництво товариства “Знання” України, 1991. – С. 5-7.

6. Порохницький В.Г., Гирин В.Н. Что мы знаем о СПИДе. – К.: Здоров’я, 1994. – С. 3-4.

7. Фролов А.Ф. СПИД – рана человечества. – К.: О-во “Знание” УССР, 1989. – С. 7.

8. Адлер М. Азбука СПИДа: Пер. с англ. / Под ред. М. Адлера. – М.: Мир, 1991. – т. 9-11.

ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЛІКАРЯ

В.Д. Пришляк, Н.В. Грималюк

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

PHYSICIAN'S ETHIC PRINCIPLES

V.D. Pryshliak, N.V. Hrymaliuk

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

У статті "Етичні засади лікаря" автори торкаються питань про біологічні наслідки другої світової війни, під час якої застосовувались нові види озброєння для масового знищення людства: отруйні речовини, збудники особливо небезпечних хвороб, ядерну і термоядерну зброю, в наукових розробках яких агресори використовували розум і працю лікарів. Щоб змити ганебну пляму з медицини, Всесвітня медична асамблея в післявоєнні роки прийняла ряд важливих етично-правових документів: "Женевська декларація" (1948), "Міжнародний кодекс медичної етики" (1949), "Правила під час збройного конфлікту" (1956). За часів СРСР вони були недоступні широкій медичній громадськості, тому, враховуючи важливе значення цих документів у плані формування найвищих стандартів професійної діяльності лікарів, автори наводять їх повний зміст.

Authors of the article "Physician's Ethic Principles" touch upon biological consequences of the Second World War during which were used or made the new types of weapons for mankind mass annihilation: toxic chemical agents, pathogens of the most dangerous diseases, nuclear and thermonuclear arms. Aggressors used physicians' intellect and work for their scientific elaborations. World Medical Assembly adopted a number of important ethic-legal documents in post-war period: "Geneva Declaration" (1948), "International Medical Ethic Codex" (1949), "Rules during Armed Conflict" (1956) with the aim of washing off the shameful spot out of medicine, its blame and inimitableness. The content of these documents in Soviet times was inaccessible for general medical community. Taking into consideration their significance in aspect of forming the highest standards of professional physician activity the authors cite their complete content.

Вступ. Закінчилась Друга світова війна (1939-1945 рр.), яка за своїми наслідками була найбільш жахливою і руйнівною з усіх воєн. На полі бою полягло понад 60 мільйонів солдат і офіцерів. Стільки ж, а може, значно більше, загинуло поза театром воєнних дій: у таборах для військовополонених, газових камерах, ГУЛАГах, внаслідок геноциду, від голоду, хвороб тощо.

Під час цієї війни застосовували нові, більш смертоносні види озброєння для масового знищення людства: отруйні речовини, особливо небезпечні мікроорганізми, ядерну і термоядерну зброю та багато інших. У наукових розробках та впровадженні зброї масового знищення людей агресори використовували лікарів. Розум і працю найгуманнішої професії на Землі, покликаної стояти на варті здоров'я, використовували в злочинах проти людства.

Беручи до уваги наведені факти про зневажання і нехтування правами людини, які призвели до варварських актів та викликали обу-

рення з боку людства, Організація Об'єднаних Націй прийняла "Загальну Декларацію прав людини", затверджену і проголошену Генеральною асамблеєю 10 грудня 1948 року.

Щоб змити ганебну пляму з медицини, Всесвітня медична асамблея прийняла ряд важливих етично-правових документів, які стосуються медичних працівників, перш за все лікарів. Вважаємо, що вони мали і матимуть великий вплив на формування особистостей лікарів. За часів СРСР ці документи не публікували для широкого кола читачів, включаючи медичну громадськість.

Наводимо їх повний зміст.

Основна частина.

ЖЕНЕВСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ

Прийнята 2-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (ВМА), Женева, Швейцарія, вересень 1948 р., внесені доповнення 22-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Сідней, Австралія, серпень 1968 р., 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Венеція, Італія, жовтень 1983 р., 46-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Стокгольм, Швеція, вересень 1994 р.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Вступаючи в спілку лікарів, урочисто присягаю:

- присвятити своє життя службі на благо людини;

- з повагою і вдячністю ставитись до моїх вчителів;

- сумлінно і гідно виконувати свій професійний обов'язок;

- турбуватися передусім про стан здоров'я пацієнта;

- зберігати довірені мені таємниці, навіть після смерті пацієнта;

- усіма доступними мені засобами стверджувати чесні й шляхетні традиції професії лікаря;

- ставитись до моїх колег, як до братів і сестер;

- не дозволяти обставинам, що пов'язані з віком, станом здоров'я, віросповіданням, расовою належністю, статтю, національністю, політичними переконаннями, сексуальною орієнтацією або соціальним станом, перешкоджати виконанню мого обов'язку перед пацієнтом;

- незважаючи ні на що, стверджувати людське життя із самого його початку як найвищу цінність і не використовувати свої знання лікаря всупереч законам гуманності;

- цю урочисту присягу я приймаю добровільно й обіцяю з честю дотримуватись її.

МІЖНАРОДНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (ВМА), Лондон, Англія, жовтень 1949 р., внесені доповнення 22-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Сідней, Австралія, серпень 1968 р., 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Венеція, Італія, жовтень 1983 р.

Загальні обов'язки лікаря:

- завжди повинен стверджувати найвищі стандарти професійної діяльності;

- не повинен фінансовими інтересами впливати на вільне і незалежне виконання професійних рішень в інтересах пацієнтів;

- повинен, незважаючи на тип медичної практики, самовіддано надавати компетентну медичну допомогу з повною технічною і моральною незалежністю, із співчуттям і повагою до людської гідності;

- повинен бути чесним з пацієнтами і колегами, боротися з професійними й особистими недоліками інших лікарів, викривати брехню і шахрайство.

Неетичними вважають такі види діяльності:

1. Самореклама лікаря, крім тих випадків, коли це дозволено законом даної країни і Кодексом етики Національної медичної асоціації.

2. Оплата або отримання будь-якої нагороди лише за передачу будь-чиїх рекомендацій або тільки за видання пацієнту направлень і рекомендацій будь-якого характеру.

Лікар повинен поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу і дотримуватись конфіденційності стосовно пацієнта.

Лікар повинен діяти тільки в інтересах пацієнта в тих випадках, коли він застосовує такі види медичної допомоги, які можуть послабити фізичний або психічний стан хворого.

Лікар повинен бути вкрай обережним, поширюючи відкриття, нові техніки або лікувальні методики по непрофесійних каналах.

Лікар повинен засвідчувати тільки те, що він сам перевірів.

Обов'язки лікаря стосовно хворих:

- повинен завжди пам'ятати про зобов'язання зберігати людське життя;

- повинен надавати пацієнту всі ресурси своєї науки; якщо лікар не має можливості провести обстеження або лікування, він повинен залучити іншого лікаря, в якого такі можливості є;

- повинен зберігати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта, навіть після його смерті;

- повинен надавати невідкладну допомогу як виконання гуманітарного обов'язку, якщо не впевнений у тому, що інші хочуть і можуть надавати таку допомогу.

Обов'язки лікаря стосовно інших:

- повинен ставитись до своїх колег так, як він хотів би, щоб вони ставились до нього;

- не повинен переманювати до себе пацієнтів своїх колег;

- повинен дотримуватись принципів Женевської декларації, що була прийнята Генеральною асамблеєю ВМА.

ПРАВИЛА НА ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Прийняті 10-ю Всесвітньою медичною асоціацією, Гавана, Куба, жовтень 1956 р., відредаговані 11-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Стамбул, Туреччина, жовтень 1957 р., внесені виправлення 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Венеція, Італія, жовтень 1983 р.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

ПРАВИЛА ПІД ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

1. Медична етика під час збройного конфлікту ідентична медичній етиці в мирний час, як встановлено в “Міжнародному кодексі медичної етики”, прийнятому ВМА. Лікар повинен виконувати свій професійний обов’язок. При виконанні професійного обов’язку він керується перш за все своєю совістю.

2. Головним завданням лікаря є охорона здоров’я і врятування життя. Тому визнано неетичним для лікаря:

а) давати поради або проводити профілактичні, діагностичні чи терапевтичні процедури, які не відповідають інтересам пацієнта;

б) послаблювати фізичне або психічне здоров’я людини без терапевтичної доцільності;

в) застосовувати наукові знання, піддаючи небезпеці будь-чиє здоров’я або життя.

3. Експерименти на людині під час збройного конфлікту регулюються тими ж правилами, що і в мирний час. Суворо забороняють проводити такі експерименти з особами, позбавленими волі, зокрема з цивільними або військовими в’язнями, з населенням окупованих країн.

4. У невідкладних випадках лікар завжди повинен безпристрасно надавати необхідну допомогу, незважаючи на стать, расу, національність, віросповідання, політичні переконання та інші подібні фактори. Таку медичну допомогу надають так довго, наскільки це необхідно і доцільно.

5. Лікар повинен зберігати лікарську таємницю.

6. Привілеї і можливості, надані лікарю, в жодному разі не можна використовувати в непрофесійних цілях.

ПРАВИЛА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ І ПОРАНЕНИМ ПІД ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

1. За будь-яких обставин кожна людина, цивільний чи військовий, повинна негайно отримати необхідну допомогу незалежно від статі, раси, національності, віросповідання, політичних переконань та інших подібних факторів.

2. Заборонені будь-які процедури, що загрожують фізичному або психічному здоров’ю людини, якщо вони терапевтично не обгрунтовані.

3. У невідкладних випадках лікарі й допоміжний персонал повинні надати негайну допомогу, використовуючи всі наявні в їх розпорядженні можливості.

Висновки. 1. Етично-правові документи “Женевська декларація” (1948), “Міжнародний кодекс медичної етики” (1949 р.), “Правила під час збройного конфлікту” (1956), прийняті Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації, зберігають свою юридично-правову актуальність і в наш час.

2. Зміст цих документів доцільно широко використовувати в навчально-виховному процесі у вищих і середніх навчальних закладах з метою формування вищих гуманітарних стандартів професійної діяльності лікарів та середніх медичних працівників.

Література

1. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций [Всемирная медицинская организа-

ция, Всемирная психоневрологическая ассоциация ООН, СЕ, Ассоциация психиатров Украины] – Киев, 1996 г. – С. 9-10.

УДК 612.14.05

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ У СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ

В.С. Бітенський, П.І. Горячев, К.О. Мазасва, М.Л. Міловідова, В.А. Пахмурний

Одеський державний медичний університет

PECULIARITIES OF PSYCHIATRY TEACHING OF FOREIGN STUDENTS

V.S. Bitensky, P.I. Horiachev, K.O. Mazaeva, M.L. Milovidova, V.A. Pakhmurny

Odesa State Medical University

Виявлено відмінності в процесах адаптації студентів-іноземців, які навчаються в Одеському державному медичному університеті. Труднощі виникли при вивченні курсу психіатрії. Це має значення для вдосконалення методичного процесу в плані диференційованого підходу до студентів-вихідців із країн Близького Сходу й Індії. При проведенні занять із студентами-арабами доцільно застосовувати тренінгові форми навчання, а студентам з Індії необхідний більш академічний виклад матеріалу.

There have been found the differences in adaptation of the foreign students, studying in Odessa State Medical University. The special difficulties are noticed in the psychiatry studies. This is especially important for improvement of methodological process in the scope of use of differentiated approach to the students from Middle East and India. It is recommended to use training methods while teaching the Arabian students, and more academic presentation of the material while teaching students from India.

Вступ. Викладання іноземним студентам російською мовою завжди поєднується зі складностями мовного бар'єра, що існує закономірно навіть у випадку знання мови, якою ведеться навчання – російською (українською). Але найчастіше труднощі виникають при вивченні курсу психіатрії, коли студент повинен не тільки формально володіти лексиконом, але і знати лінгвістичні тонкощі, вміти розуміти контекст (особливо важкі для засвоєння теми “Розлади особистості”, “Реакція особистості на стрес”). Таким чином, навчання студентів, які одержують вищу освіту в університетах іноземних держав, поєднується з мовними перешкодами й особливостями менталітету, що є пусковим моментом умикання механізмів адаптації до незвичних соціально-культурних умов функціонування особистості.

Основна частина. Ми виявили особливості адаптаційних процесів у двох групах студентів-іноземців, в яких різні культурні, релігійні й побутові традиції. Кожна група складалась із 30 представників країн Близького Сходу й Індії. Це

були студенти старших курсів (IV-VI), середній вік яких – 25,3±0,2 років, а тривалість перебування в Україні – 5-7 років. Контрольну групу становили 30 українських студентів старших курсів. Крім безпосереднього психологічного спостереження за поведінковими реакціями студентів у тих або інших ситуаціях, ми використали такі експериментально-психологічні методики: дослідження реактивної й особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, тест інверсії емоційного відбиття, діагностика міжособистісних відношень Т. Лірі й проєктивна методика “будинок-дерево-людина” (за Бернсом).

У ході дослідження виявлено достовірні відмінності в рівнях тривожності: більш високі рівні реактивної й особистісної тривожності в студентів-арабів, порівняно з індійськими студентами і студентами контрольної групи ($p=0,05$). За цими ж показниками в студентів-індусів і українських студентів достовірних відмінностей не було: низька реактивна тривожність і помірна особистісна тривожність у більшості досліджуваних.

У сфері міжособистісних відношень у студентів-арабів превалюють авторитарний, аг-

© В.С. Бітенський, П.І. Горячев, К.О.Мазасва, М.Л. Міловідова, В.А. Пахмурний, 2000

ресивний і недовірко-скептичний типи поведінки, які свідчать про потребу домінувати. Вони одночасно поєднуються з високими рівнями дружності й альтруїзму, які суперечать їм, що, очевидно, є проявом настановної реакції на одержання позитивної характеристики.

Настановність підтверджується додатковим психологічним спостереженням під час дослідження, яке виявило, що багато студентів-арабів відповідали не так, як є треба, а так, як їм наказує Коран. Можливо, зовнішня дружність також є вимушеною реакцією, необхідною для існування в чужому суспільстві, й ця обставина в поєднанні з потребою домінувати породжує внутрішній конфлікт. Цікаво, що в жителів Близького Сходу потреба домінувати заважає спільно вирішувати проблеми, які виникли, тоді як у жителів Індії завжди є лідер з їхнього середовища, як правило старший за віком (“хрещений батько”), до якого вони часто звертаються і вважають його думку слушною, що пояснюється переважанням у масі індусів підлеглого та залежно-покірливого типів міжособистісних відношень.

Крім того, порівняно з індусами, які охоче погоджувалися на проведення дослідження і були зацікавлені в отриманні результатів, араби поставилися до нього вкрай підозріло, вони постійно запитували: “А чому саме я? Кому це потрібно?” Арабські студенти також не дотримувались інструкцій: довго думали над кожним запитанням, не виконували завдання в повному обсязі. Тому з кожним доводилося працювати в декілька етапів.

За даними методики ПІЕВ, у більшості студентів-індусів (56,7 %) переважає неповна компенсована адаптованість, тоді як багато арабських студентів частково (58,3 %) або цілком дезадаптовані (25 %). Отримані результати суперечать високим показникам дружності й альтруїзму в арабів і свідчать на користь нещирості й настановності їхніх відповідей.

За дескрипторами проективної методики “Будинок-дерево-людина”, в індійських студентів переважають такі характеристики, як сором’язливість, замкнутість, відчуття дистанції в спілкуванні, слабкий контроль за світом фантазії, прірва між реальним життям і життям у фантазіях, психологічна неприступність. На користь отриманих даних свідчить і те, що в індійських студентів спостерігається кастова відгородженість від інших

студентів, включаючи представників корінного населення, що тягне за собою більш повільне засвоєння програмного матеріалу. Основною причиною цього є мовний бар’єр. І це незважаючи на більшу ретельність, апіорі, які затрачують на підготовку до занять!

В арабів, за даними проективної методики, превалюють бажання соціальної активності, прагнення досягнути матеріальних благ, висока життєва енергія, негативізм і дитяча поведінка. Це, очевидно, визначає велику товарицькість, контактування з корінним населенням, розуміння мовних нюансів, прагнення справити хороше враження на викладачів, суперництво всередині групи, що формує більш високу зацікавленість у позитивній оцінці знань.

У 75 % студентів контрольної групи виявили неповну компенсовану адаптацію, в 25 % – часткову дезадаптацію. Для міжособистісних відношень у цій групі характерні значна розмаїтість, що підтверджується проективною методикою: подібних рис і закономірностей практично не відзначено, на першому місці – індивідуальні риси кожного. Це можна пояснити більш комфортною обстановкою: кожний зайняв своє місце в суспільстві з рідним йому менталітетом.

Висновки: 1. У студентів – жителів Близького Сходу – має місце більш низька адаптація до незвичних соціальних умов, незважаючи на зовнішню “оболонку” веселощів і безтурботності.

2. Більш висока адаптація студентів-індусів до середовища проживання з іншим менталітетом сама по собі ще не визначає успішність засвоєння навчальної програми.

3. Нижча адаптація студентів-арабів корелює з деякими загальними рисами характеру, властивими всій групі, тоді як серед добре адаптованих до соціуму студентів ми знаходимо більше індивідуальних розходжень.

Усе сказане вище має значення для вдосконалення методичного процесу диференційовано стосовно кожної з груп. При проведенні занять із загальної психопатології зі студентами – вихідцями з Близького Сходу – доцільно ширше впроваджувати тренінгові форми навчання. Практичні заняття з психіатрії зі студентами-індусами, навпаки, допускають академічність викладання матеріалу, поглиблене роз’яснення значень тих або інших термінів російською (українською) мовою, апелюване до формального лідера групи.

МАТЕРІАЛИ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “РІДНА МОВА: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ, ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ”, ТЕРНОПІЛЬ, 16 ГРУДНЯ 1999 Р.

ХРЕСНИЙ ШЛЯХ УКРАЇНСЬКОЇ ІНТЕЛІГЕНЦІЇ У 20-30-Х РОКАХ ХХ СТОРІЧЧЯ

В.О. Дідик

Український народ, втративши свою гетьманську державу та останню фортецю в 1764 році й Запорізьку Січ у 1775 році, потрапив у залежність від своїх найближчих слов'янських сусідів, які цілеспрямовано проводили політику його асиміляції.

Зупинимося на окремих етапах знищення української нації у 20-30 роках ХХ сторіччя.

Українська революція 1917-1920 років закінчилася невдачею. Відносна свобода самовираження в 1920-1927 роках сприяла сплеску науки, культури, освіти. На першому плані цього відродження була Українська (пізніше Всеукраїнська) академія наук, заснована в 1918 році.

Та вже на початку 1928 року нова комуністична лінія, яку очолював Сталін, почала реалізацію своїх лиховісних планів.

Арешти та заслання українських науковців розпочалися в 1923 році, а в 1931 вони досягли піку. Були зруйновані Всеукраїнська академія наук, Українська академія сільського господарства, Науково-дослідний інститут економіки й організації сільського господарства, Науково-дослідний інститут історії української культури, Науково-дослідний літературний інститут, а також Геологічна служба України.

У 1929 році 70 членів Української академії заарештовували або вислали, з 10063 наукових працівників в Україні в кінці 1933 року залишилося 8414.

Між жорна більшовизму не могла не потрапити українська література. Більшовицькі інквізитори говорили про “націоналізм”,

контрреволюцію”, “терористичні організації”, щоб виправдати себе перед народом за знищення волелюбних синів і дочок України. У ніч на 15 грудня 1934 року стратили 28 українських поетів і письменників, серед них: О. Влизько, К. Буревій, Д. Фальківський, В. Мисик, Г. Косинка та інші.

Виріши в атмосфері русифікації, Олекса Влизько вже в дитинстві почав писати вірші офіційною мовою: російською. Втративши на 13-му році життя слух, а на 14-му ще й мову, в його душі запалав вогонь любові до людей, України, який породив винятковий талант написати вірші лише українською мовою. Це неабиякий доказ того, що генетичний код народу домінує над асиміляцією.

Він писав:

І подумали люди: “Це тут? Ба. Ні –

Ми несли Ельдорадо на своїй спині”.

Але пізно. В джунглях немає воріт.

Не вернутись додому, де виріс рід,

Із руками, що рвали б не тільки дріт.

Наприкінці 1933 року в Україні вже не стало близько восьми мільйонів пар таких рук. Штучний голодомор був відсвяткований XVII з'їздом – “з'їздом переможців”.

Ревні “інтернаціоналісти” не змогли простити Миколі Чернявському таких слів:

Тебе я, мій коханий краю,

Вкраїно, любая моя!

Тобі єдиний я співаю,

Тобі вінка я заплітаю,

Тобі віддав і душу я.

На першому допиті свою належність до партії українських націоналістів він заперечу-

вав, проте на наступних допитах “зізнався”:
– Скільки членів мала ваша партія? – допитувався слідчий.

– Я один належав до неї, – відповідав заарештований.

– А решта?

– Я не вспів завербувати.

Такого “щиросердечного зізнання” для розстрілу було досить.

А перед Другою світовою війною розстріляних, репресованих і усунених від літературної діяльності було приблизно: 86 українських письменників, критиків, літературознавців.

Вбивали людей, знищували мову. Так, у 1928 році АН України затвердила “Український правопис”. У 30-х роках більшовики-ідеологи оголосили його “буржуазним” і вилучили близько 40 тисяч слів, які не мали аналогів у російській мові. 27 квітня 1933 року московська “Правда” назвала Інститут мовознавства Академії наук України “збіговиськом націоналістів”, які протиставляли український правопис російському.

Українські мистецькі кадри на початку 30-х років зазнали нищівного розгрому. Був знищений новий напрямок в історії розвитку українського театру після арешту і заслання великого майстра театру, найвидатнішого українського режисера післяреволюційної доби Леся Курбаса.

Після революції 1971 року в Україні почався рух за проведення церковних відправ українською мовою. Проте сталінські посіпаки звернули пильну увагу і на Українську автокефальну православну церкву. Вже до 1937 року закрили всі автокефальні церкви, загинули тисячі автокефальних священиків, не залишилося жодного із 36 єпископів, зокрема було вбито митрополита Василя Липківського.

Після 1933 року зникли сліди галицької інтелігенції, на теренах УРСР.

Політика більшовиків в Україні поєднувалася з постійним полюванням на рабів для господарських підприємств ГПУ-НКВД. У різні часи там працювало від 10 до 20 млн. в’язнів. І всі вони, представники української інтелігенції, починали і закінчували однаково: стрімким злетом, стрімким падінням, крахом надій, смертю і забуттям.

Нова політична ситуація на західноукраїнських землях була створена “визвольним походом Червоної армії”. Першими зазнали репресії “куркулі” – селяни, які хоча й не мали великих земельних угідь, проте були національно-свідомими: були членами кооперативів, товариств “Сільський господар”, “Рідна школа”, “Просвіта” і “Відродження”. Із Західної України за 18 місяців “визволення” депортували понад 1 млн. 200 тис. осіб. Почався новий етап знищення генофонду нації...

МІСЦЕ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ СЕРЕД ІНШИХ МОВ СВІТУ

І.І. Ігнацевич

На кожному з етапів розвитку мова забезпечує цілісність певних спільнот людей, є засобом передавання набутого досвіду. Доля кожного етносу тісно переплетена з долею його мови. Історія засвідчує численні приклади того, що із зникненням мови зникає і народ. Мова забезпечує єдність його, розчленованого державними кордонами, розмежованого соціальною політикою і релігійними чинниками. Мова – головна етнічна ознака людини, саме тому знищення її є найважливішою умовою геноциду.

Мова – найдавніший засіб людського спілкування; це основа, символ нації, найістотніша її ознака.

Українська є національною мовою одного з найбільших народів Європи і другого за величиною серед слов’янських народів; це державна мова України. Вона рідна для більш ніж 50 мільйонів людей на різних континентах світу. За кількістю тих, хто розмовляє нею, українська мова стоїть на 15-17 місці. У 1934 році в Парижі відбувся Всесвітній конкурс краси мов, де наша мова зайняла III місце.

У 1960-1961 роках американські вчені при університеті ім. Дж. Вашингтона створили групу, яка поставила собі за мету з'ясувати кількість мов у світі. Ось висновок: від 3 до 6 тисяч. Тоді як французькі вчені визначили, що їх 2796.

Іншомовні дослідники постійно підкреслюють милозвучність, лексичне багатство української мови, часто зіставляючи її з італійською.

Як не дивно, але найкраще зберігають українську мову ті, хто живе за межами нашої держави. За останніми даними, у США добре володіють українською мовою 34 % громадян українського походження, в Канаді – 36 %, в Австралії – 43 %.

Є одна історія, що доводить унікальність нашої мови.

Було це давно. Одного разу їхали в купе поїзда англієць, німець, італієць і українець. Між ними зав'язалася суперечка, чия ж мова має право на всесвітнє визнання і найбільш поширена. Кожен з іноземців називав гучні імена і відомі факти, а українець їх шляхом не пішов, хоч міг назвати і Тараса Шевченка, до рівня генія якого не піднявся ще ніхто, і Лесю Українку, талановиту поетесу та жінку-титана, і Івана Франка... Він лише запитав: "Чи можна вашими мовами написати оповідання, де б усі слова починалися з однієї літери?" Усі в один голос вигукнули: "Ні, це неможливо!". "А нашою мовою це дуже просто," – відповів українець і прочитав оповідання "Перший поцілунок" (його можна прочитати в газеті "Медична академія" і переконатися, що наша мова має неповторні можливості).

Однак нині важко. Важко українському народові (а коли йому було легко?), насамперед чесним трудівникам, які місяцями не отримують зарплатні, працюють за неписаними законами совісті й честі, вкладаючи душу, віддаючи тепло іншим. Відповідальність, що лежить сьогодні на нас, дуже велика. Адже, як відомо, саме мовна культура є джерелом усієї духовної культури людини, а знання рідної мови – перший показник національної культури.

Зараз, у період становлення держави, особливого значення набуває державотворча функція мови. Як відомо, основою, душею дер-

жави є нація. Народ, роз'єднаний мовно, – ще не нація. Саме тому таким гостроактуальним є питання мовного самоствердження народу.

Хочеться сподіватись, що проблеми мовної культури підростаючого покоління, вимоги єдиного мовного режиму не залишатимуться поза увагою кожного з нас. Тільки тоді дитина заговорить літературною, естетично чистою мовою, коли відчує, що вона необхідна завжди. Хоч людина, байдужа до цих проблем, може дорікнути: мовляв, немає підстав для хвилювання: бо є ж акти, які стверджують державність мови – це і 10 стаття Конституції України, і "Закон про мови" 1989 року.

Але, як свідчить історія, багато важать не формальні документи, а конкретні заходи. Так, в Естонії згідно із "Законом про мову" передбачено для різних професій і посад 6 ступенів знання естонської мови, причому чим вища посада, тим вищого рівня знання мови вона вимагає. Наприклад, для лікарів цей рівень сягає V-VI ступенів. Чи подивимося на наших сусідів – поляків. Їхній мові ні з якого боку не загрожує небезпека, а вищі державні органи зобов'язали кожен польську газету вести сторінку культури мови.

А, що спостерігаємо в нас? У східноукраїнських містах припиняють видавати україномовні газети, їх замінює російська преса. Та що говорити про зрусифікований схід, коли у Галичині й на Волині – регіонах, де у всі часи зберігався високий рівень самосвідомості народу, – почали з'являтися російськомовні видання, бо вони прибуткові, спрямовані на східного читача; нечасто почуєш українську пісню із студійного звукозапису; прикро звідусіль чути набридливий суржик, насичений вульгаризмами.

Ми не повинні бути інертними і покладатися на когось. Ні, необхідно робити все, щоб турбота про розвиток рідної мови була набагато активнішою. Успіх забезпечить лише віра, лише вміння довести, що материнської мови нам не треба соромитись, що вона і нині прекрасна. Отож, проймімося турботою про долю державної мови в Україні спільно, і винагородою всім буде чисте сумління.

ВНЕСОК УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ У РОЗВИТОК РІДНОЇ МОВИ

І.І. Лойко

Світова література багата на письменників-медиків. Люди з близьким психічним складом залучаються до медицини і красного письменства. Об'єднує їх прагнення пізнати життя, природу, людину, її думки, мотиви поведінки і вчинків, аналітичний підхід до їх оцінки, спроба зрозуміти внутрішній світ людини взагалі. Лікарський фах дає письменникові безліч “вдячних” тем для творів, загострює гуманістичне спрямування літературної творчості.

Історична доля України склалась так, що українці протягом сторіч були позбавлені можливості здобувати вищу медичну освіту і ставати на шлях великої літератури.

Але все ж можна назвати ім'я найвідомішого українського лікаря-літератора Степана Руданського – вихідця з Вінничини, який всупереч батьковій волі здобув не духовний сан, а найпопулярніший серед молоді на той час фах лікаря. За допомогою лікарської практики, етнографічної роботи, поетичної творчості він відкрив можливість живого, практичного зв'язку з народом. Писав Степан Руданський у різних жанрах. Є в нього ліричні поезії, співомовки, балади, поеми, пісні. Він не був дилетантом і в перекладацькій діяльності. Руданський перекладав староруський епос (“Олег – князь київський”, “Ігор – князь сіверський”), “Енеїду” Вергілія, “Демон” Лермонтова. Він був і справжнім віртуозом віршування, в пошуках нових форм експериментував на різних зразках народного і класичного віршування.

Лікарями-письменниками, які сприяли розвитку української національної мови, були батько і син – Іван та Юрій Липи.

Іван Липа – відомий лікар, прозаїк і поет, громадський діяч. Він писав оповідання різної тематики. Його перу належать інтимна та громадська лірика, поезія в прозі, численні поетичні переклади.

Юрій Липа успадкував від батька не лише жагучу любов до рідної мови, а й захоплення медициною. Твори його пройняті перлинами духовності з народної скарбниці. Своїми працями з фітотерапії він збагатив і науковий стиль медичної галузі.

Значний внесок у формування української літературної мови зробив лікар, письменник, перекладач, мовознавець, педагог і громадський діяч Модест Левицький. Він відомий як автор оповідань і фейлетонів, низки творів про визвольні змагання (“Gloria victis”, “Людина-звір”, “Чужинець про Петлюру”), а також як засновник культури української мови і лінгвістичної дисципліни.

Із наших сучасників слід виділити Юрія Щербака, громадська діяльність якого зумовлена більше позицією письменника ніж лікаря.

Лікар Ярослав Хмілевський – автор монографій з археології. Великий внесок у розвиток української мови зробили і медики Степан Ніс, Євген Товстух, Микола Фененко, Микола Колесник, Олександр Терещенко, Борис Янчук.

У справі формування української національної мови чільне місце займає і Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського. Адже саме тут відбуваються зустрічі з відомими митцями слова сучасності. Зі стін вузу вийшли у світ поети Георгій Петрук-Попик, Ганна Костів-Гуска та інші. Вони плідно працюють в академії і сьогодні. Протягом останніх років видано збірку лірики Лесі Романчук “Слово честі”, Романа Ладики “Ловлю свої надії” та дві збірки Валерія Дідуха “Спектр думок” та “Кванти думок”. У газеті “Медична академія” періодично друкують вірші студентів і викладачів.

Отже, можна сказати з впевненістю: справа розвитку української національної мови в медичному середовищі живе і дарує загалу чудові мовні перлини.

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ СТАНОВЛЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Г.Б. Дерманська

Відродження в державному житті української мови гостро піднесло й проблему наукової термінології. Оскільки медицина є саме тією галуззю, що відповідає за здоров'я народу, доцільно поглянути на сучасний стан української наукової термінології, загальну її культуру.

В епоху середньовіччя в європейській науці панувала латина. Та часи змінювались і народи, розвиваючись, витісняли її своїми, як їх інколи називали, “новими” мовами, спочатку з церкви, потім з наукового обігу... Українські медичні терміни беруть свій початок від виникнення самої мови. А українська мова, як доводить польський мовознавець Михайло Красуцький у праці “Древность малороссийского языка”, старша від грецької і навіть латині.

У розвитку української медичної термінології можна виділити 4 етапи. Щодо 1-го (підготовчого) етапу, то він пов'язаний із журналом “Основа”, діяльністю Наукового товариства ім. Тараса Шевченка у Львові, наукових товариств Східної України.

На сторінках “Основи” у творі “Заметка орусинской терминологии” М. Левченко зробив першу спробу подати принципи укладання українських термінологічних словників. Він пропонував, по-перше, утворювати наукові терміни “в дусі народної мови, так, щоб згодом вони були прийняті самим народом”; по-друге, щоб утворені терміни були загальнозрозумілими, по-третє, приймати лише ті іншомовні терміни, які легко вимовляються. Левченко пропонував також застосовувати в книжках для народу такі відповідники інтернаціональних термінів: “алкоголь” – “винець”; “арифметика” – “щотниця”; “ботаніка” – “рослинниця”; “циркуль” – “кружало”; “хімія” – “лучба”.

Відповідно до своєї концепції термінотворення, Іван Горбачевський висловлює конкретні міркування про окремі хімічні терміни. Він вказує, що терміни “хлориди”, “броміди”, “йодиди” “не в порівнянні легші і вигідніші”, ніж “хлораки”, “бромаки”, “йодаки”, які пропонував учений Левицький для позначення солей безкисневих кислот. Чимало цінних думок

щодо теорії терміна було висловлено в ході дискусій про шляхи формування української хімічної термінології: орієнтація на народну мову чи на засади міжнародної термінології.

У період національного відродження в Україні І. Горбачевський, відомий державний діяч, ім'я якого носить наша академія, не побоявся піти проти загальної орієнтації українських хіміків лише на народну мову в термінотворенні. Він виступив за введення міжнародної термінології в українську науку, бо розумів, що вона повинна ввійти у світову.

Таким чином, на 1-му (підготовчому) етапі розвитку української медичної термінології відбувалося накопичення термінологічного матеріалу, закладалися теоретичні основи медичної термінології.

2-й (творчий) етап характеризується широкою, цілеспрямованою термінологічною працею.

Координацію роботи з уніфікації термінології здійснював Інститут української наукової мови Академії наук (ІУНМ), заснований у 1921 році. Він поставив на науковий ґрунт справу розбудови загальноукраїнської термінології.

У термінотворенні в цей період орієнтувалися на національний характер терміносистеми: всі мовознавці погоджувалися з тим, що треба застосовувати внутрішні мовні ресурси, термінувати нові поняття як шляхом використання вже наявних у мові лексем, так і шляхом індивідуального творення.

Так, наприклад, Олена Курило, перекладаючи російські слова, намагалася використовувати власне українські лексеми: рос. “артерия” – укр. “б'ючка, б'ючиця”; “барабанная перепонка” – “тарабанчик, плінка”; “радужная оболочка” – “веселкова оболонка”; “сознание” – “тямок, тямління”, “кисть руки” – “кетяг, китиця”.

Свою термінологічну концепцію Мартирій Галин також будує з власне українського мовного матеріалу. Наприклад, такі російські терміни греко-латинського походження, як “абсцесс”, перекладають як “гнойовик, гнояк”; “авітаміноз” – “голоднеча на вітаміни”; “каракта” – “попуда, сочевиця”.

Згідно із словотворчим правилом Галина, в самому слові повинна бути вказівка як на характер захворювання, так і на хворий орган. Наприклад, до грецьких назв пухлин із компонентом -ома (рос. “саркома”, “миома”, “остеома”) добирали або створювали українські відповідники на -ак (-як): “м’ясак”, “м’язак”, “лісцяк”, до назв запалень внутрішніх органів із тканин з латинським компонентом -itis добирали слова на -иця: рос. “кератин” – укр. “рогівниця”; “энтерит” – “кишковиця”; “нефрит” – “нирковиця”; “миокардит” – “м’язо-сердниця”.

Отож, на цьому етапі було уніфіковано термінологію.

3-й (русифікований) етап пов’язаний із початком нечуваного за жорстокістю і віроломністю наступу компартійного режиму на український народ. Однак зупинити українську термінологічну діяльність ніякі репресії не змогли.

Це дало змогу швидко переглянути українська медичну термінологію на наступному (антисифікаційному) етапі, початок якого збігається з часом здобуття Україною незалежності.

Є чимало медичних термінологічних слівників, виданих у 90-х роках, головною особливістю яких є те, що відбуваються перегляд і впорядкування медичної термінології, продовжують перервані раніше давні традиції української термінографії.

У сучасній медичній науці використовують латинські терміни або лексичні елементи грецької і латинської мов. Деякі медичні терміни застаріли і виходять із вжитку, інші змінюють своє значення. Відомий анатом Гіртль, за описом анатомії якого здобували знання ряд поколінь і українських лікарів, вважає, що більшість медичних анатомічних термінів сьогодні не мають обдуманого змісту і походження їх невідоме, ці терміни початок своєї освіти ведуть із стародавнього періоду людського життя.

Наприклад, анатомічний термін “артерія” виник від грецьких слів *aer* – повітря і *ferreo* – зберігаю, вміщую, тому що в стародавніх греків існувало помилкове уявлення, нібито судини містять повітря. Проте термін “артерія” збережений і нині, тільки, правда, з іншим змістом.

Наукове тлумачення давніх клінічних термінів, які прийшли в сучасну термінологію, потребує іноді поглибленого розгляду питання. Так, наприклад, і зараз ще продовжуються дискусії з приводу терміна “кесаревий розтин”. Одні вважають, що він утворений від латинських слів *caesar* – титул римських імператорів і *sectio* – різання й означає штучне розродження шляхом розтину черевної стінки і вагітної матки. Однак існує й інше тлумачення: прикметник *caesarea* утворений від латинських дієслів *caesere* – сікти, рубати, *sectio* – різати, а *sectio caesarea* в перекладі звучить “розсічене різання”, що аналогічно “маслу масляному”. Крім цих даних, слід зазначити, що в давнину прикметник кесарський або царський (слово цар походить від лат. *caesar*) нерідко означав якість і міцність, величину предмета. Від часів алхіміків і до наших днів відома “царська горілка” (*aqua regia*) – суміш трьох частин міцної соляної й однієї частини міцної азотної кислот. Назва дана алхіміками завдяки здатності “царської горілки” розчинити “царя металів” – золото.

У клінічній термінології є термін “дванадцятипала кишка” (*duodenum*) довжина якої рівна 12 поперечним пальцям, що визначив ще давньогрецький лікар Герофіл. На сьогоднішній день цей термін залишається давньою умовною назвою, тому що після дослідження німецького анатома Лушка вимірювання Герофіла виявились помилковими.

Досить цікавим є походження назв деяких лікарських рослин, а також ін. термінів. Наприклад, “беладона” походить від італійських слів *belladonna* – гарна, донна – дівчина. Пізніше беладаною почали називати рослину, із соку якої дівчата виготовляли суміш. Приймання цієї речовини надавало красу і блиск очам. Зараз беладона – отруйна речовина, з якої виготовляють знеболювальні засоби.

Просто неймовірним є значення слова *симпозіум*. З грецької мови цей термін означає компанію, яка випиває, тепер *симпозіум* – це вчена дискусія або збірка наукових статей.

Чимало ще можна сказати про розвиток української медичної термінології. Однак тішить той факт, що нещодавно відбулась презентація видавництва “Укрмедкнига”. Це свідчить про те, що українська медична термінологія розвивається.

“УКРАЇНСЬКА МОВА : ІСТОРІЯ ЗАБОРОН” / ІСТОРИЧНО-ПОЛІТИЧНИЙ АСПЕКТ /

М.К. Кубаєвський, В.З. Ухач

Тернопільська Державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

На порозі нового тисячоліття, нівельовані та уніфіковані цивілізацією, люди світу починають гарячого шукати своїх етнічних коренів, витоків своєї культури і духовності. Відходять у небуття донедавна всесильні доктрини, знову стає вартісним те, що вважалося пережитком минулого і як таке зневажалося та переслідувалося тими, хто видавав себе за уособлення прогресу і підганяв інших до “світлого майбутнього”. Переосмислюються або ж втрачають кредит довір’я концепції про історичні і неісторичні, державні і недержавні, передові і відсталі народи.

Відомо, що нація, як і будь-яка інша спільнота людей, не може ні сформуватись, ні існувати без спілкування її членів, без збереження ними історичної пам’яті, надбань духовності, самоусвідомлення, без ідентифікації – відчуття приналежності до цієї спільноти. Безперечно, що універсальним засобом здійснення всього цього є мова. Вона забезпечує єдність, функціонування і розвиток національного організму в просторовому та часовому вимірах. І дійсно, якби не назвати те, що робить українців українцями, – дух народу, національний характер, ментальність нації чи ще як, – зрозуміло, що воно якнайтісніше пов’язане з рідною мовою народу. Зрозуміло й те, що мову нищать не з якоїсь лінгвоксенофобії – ненависті до чужих мов, а щоб носій цієї мови втратив своє “Я” і розчинився в іншому народі.

І дійсно, кінцевою метою лінгвоциду /мововбивство, свідоме, цілеспрямоване винищення певної мови як головної ознаки етносу – народності, нації/ є не геноцид, тобто фізичне винищення певного народу, а етноцид – ліквідація цього народу як окремої культурно-історичної спільноти, винародовлення етносу. Саме лінгвоцид є передумовою масової денационалізації та манкуртизації, без нього неможлива втрата народом історичної пам’яті етнічного імунітету, національної самото-

жності, а без цього, у свою чергу, не може відбутись асиміляція – поглинання одного народу іншим. Стає зрозуміло, чому поневолювачі ніколи не забували про необхідність нищення мови поневолених народів.

Історія народів світу рясніє безліччю прикладів такої політики. Лінгвоцид щодо української мови має довгу історію, сторінки якої рясніють підступом, погордою, нахабством, лицемірством поневолювачів та щедро політичними слізьми і кров’ю українського народу. Пригадаймо ж деякі, чорні, для української мови, дати:

– 1720 рік. Указ російського самодержця Петра I про заборону друкувати в Малоросії будь-які книги, крім церковних, які необхідно “для повного узгодження з великоросійськими з такими ж церковними книгами справляти... , щоб ніякої різниці і окремого наріччя в них не було”;

– 1753 рік. Указ Катерини II про заборону викладання українською мовою в Києво – Могилянській академії ;

– 1769 рік. Заборона Синоду Російської православної Церкви на друкування та використання українського “Букваря” ;

– 1789 рік. Розпорядження Едукаційної комісії Польського сейму про закриття руських (українських) церковних шкіл та усунення з усіх шкіл руської (української) мови;

– 1817 рік. Постанова про викладання в школах Західної України лише польською мовою;

– 1862 рік. Закриття українських недільних шкіл – безоплатних, для навчання дорослих ;

– 1863 рік. Циркуляр міністра внутрішніх справ царської Росії П.Валуєва про заборону видавати підручники, літературу для народного читання та книжки релігійного змісту українською мовою, якої “ не было, нет и быть не может”. Цього ж року заборонено ввіз і поширення в Російській імперії львівської газети “Мета”;

– 1864 рік. Статут про початкову школу: навчання має проводитись лише російською мовою;

– 1876 рік. Указ Олександра II (так званий Емський указ –М.К.- В.У.) про заборону ввозу до імперії будь-яких книжок і брошур “ малоросійським нарiччям”, заборону друкування оригінальних творів і перекладів, крім історичних документів та творів художньої літератури, в яких “ не допускати жодних відхилень від загально визначеного російського правопису “. Заборонялись також сценічні вистави й читання та друкування текстів до нот українською мовою.

Принагідно зазначимо, що Емський указ, як і чимало інших, був таємним, а отже розголошену широкій громадскості не підлягав.

– 1881 рік. Заборона викладання у народних школах та виголошення церковних проповідей українською мовою;

– 1884 рік. Заборона українських театральних вистав у всіх губерніях Малоросії ;

– 1895 рік. Головне управління у справах друку заборонило видавати українською мовою книжки для дитячого читання;

– 1908 рік. Указом Сенату Російської імперії українськомовна культура і освітня діяльність оголошена шкідливою, бо “ може викликати наслідки, що загрожують спокою і безпеці “;

– 1914 рік. Заборона в окупованій російською армією Галичині й на Буковині друкування книг, газет і журналів українською мовою, розгром товариства “ Просвіта “, гоніння на українську церкву;

– 1924 рік. Закон Польської республіки про обмеження вживання української мови в адміністративних органах, суді, школі. Для порівняння : у 1822 –1823 н.р. в Галичині було 2532 українські школи, а в 1829 – 1830 – їх залишилось 749. Чия освіта, того й мова. Про цю стару істину добре знали й керувались нею всі вороги українського народу на всіх розташованих теренах і в усі часи. Саме через освіту йшов головний напрям удару по українській мові. На окупованій Польщею Волині, Поліссі й Холмщині у міжвоєнний час не було жодної української школи. У Галичині відкрити початкову українську школу можна було за умови, що в населеному пункті мешкає мінімум 25 % українців і коли було щонайменше 40 нотаріальнозасвідчених заяв батьків. Щоб відкрити польську школу (при костволі) достатньо було 2 польських сімей на село.

Безупинний похід польських офіційних кіл на знищення всього українського, усунення

української мови з державного життя, плано-мірний наступ на українську початкову, середню, вищу школи змусили національно-патріотичні, державницькі сили, зокрема ОУН, приділити особливу увагу боротьбі на терені школи, розглядаючи її безпосередньою боротьбою за державність: (Ухач В.З. Культурно-освітня діяльність Організації Українських Націоналістів (1929-1944 рр.); Дис. канд. істор. наук. – К.1988. – С.78.) Так, з ініціативи ОУН з 1933 року було розпочато масштабну шкільну акцію в обороні національного шкільництва, рідної мови. (Шкільна акція на ЗУЗ // Український націоналіст. – 1933. – №4. – с.4);

– 1938 рік Постанова Про обов’язкове вивчення російської мови в національних республіках;

– 1939 рік Із встановленням Радянського тоталітарного режиму на західно-українських землях, розпочато втілення в життя політики що передбачала ряд наступних цілей:

1. Розширити мережу шкіл, що передбачало охоплення дітей навчанням за радянськими програмами і підручниками з виразним ідеологічним забарвленням.

2. Отримати масовий загін пропагандистів радянського способу життя, підготувати і перепідготувати вчителів з місцевих жителів.

3. Закласти основи широкого запровадження в майбутньому російської мови, переведення шкіл з польською мовою навчання на українську. Дуже швидко стали реальністю слова однієї вчительки: ”Ви, товариші, приглядайтеся пильніше до науки російської мови. Бачите, тепер у вас тут усе ведеться по-українському, але за два-три роки панівною мовою буде російська...” (Ковалюк В.Культурологічні та духовні аспекти “радянзації” Західної України (вересень 1939 – червень 1939 р.) // УІЖ. – 1993. – №2-3. – С.3-4.) Все більшого розмаху набувала формула офіційної радянської політики в духовному житті, партійно-державна монополія на розвиток освіти і культури, “гонитва”за кількісними показниками. Невпинно проходив процес уніфікації, русифікації українських шкіл, а отже й укотре української мови;

– 1958 рік Положення про вивчення другої мови “за бажанням учнів і батьків”. Як бачимо, російську мову на Україні треба було вивчати обов’язково, а українську – за бажанням; – 60-80-і роки:

МАТЕРІАЛИ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

– Соціалістична Польща: кількість українських шкіл зменшилась із 152 до 29.

– Соціалістична Чехословаччина: кількість українських шкіл зменшилась із 800 до 20, а з 200 тисяч етнічних українців стали вважати себе українцями лише 40 тисяч.

– Соціалістична Румунія: закрито українські школи і ліцеї, заборонено українську греко-католицьку церкву. З 840 тисяч українців у 1979 році визнали свою етнічну приналежність лише 159 тисяч (Іванишин В., Радкевич-Винницький Я. Мова і нація. – Дрогобич, 1992.-С.22)

– Соціалістичний Радянський Союз: кількість тих, хто вважає українську мову рідною, за ці три десятиліття зменшилась на 10 млн. осіб.

Переломними віхами на шляху заборони української мови стало: прийняття Закону “Про мови в Україні (28 жовтня 1989 р.), Дек-

ларації про державний суверенітет України (16 липня 1990 р.), Акт прийняття незалежності України (24 серпня 1991р.), підтверджений першого грудневим референдумом 1991 р., де більше як 90 % населення України сказали “Так” незалежній Україні. Стаття 10 нової Конституції України (28 червня 1996 р.) затвердила державною мовою українську.

В сучасних процесах розбудови Української держави, реформування її економіки, вважають, що для кожного її громадянина повинні стати за аксіому ці слова: хочемо мати справжню державу, подбаймо про українську мову: не лише клянимося в любові до рідної мови, не лише плачмо над її долею, а працюймо для неї, вивчаймо, заглиблюймося у її походження й історію, поширюймо, пропагуймо її, бо без української мови не буде української держави.

**“ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ”
НАША АДРЕСА В INTERNET:
<http://tdma.ssft.ternopil.ua/journals>**

**АНГЛО-УКРАЇНСЬКИЙ СЛОВНИК МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ /
ЗА РЕД. В.М. ЗАПОРОЖАНА, П. І. ДЖУЛЯ. – ОДЕСА, 1996.**

*Ну, що б, здавалося, слова...
Слова та голос – більш нічого.
А серце б'ється, ожива,
Як їх почує!..*
Т.Г. Шевченко

Масштаби сучасної наукової діяльності, взаємопроникнення ідей і методів різноманітних наук, розширення обсягу інформації створюють можливості для комплексного вирішення актуальних проблем. Водночас між представниками різноманітних медичних спеціальностей існує значна термінологічна відокремленість, що утруднює обмін інформацією і тим самим певною мірою гальмує розвиток медицини та охорони здоров'я. Саме термінологічні словники використовують у науковій роботі для подолання мовної роз'єднаності.

Є мови більш і менш розвинені, є мови, що своїм чарівним звучанням здобули світову славу, та наймиліша й найдорожча для людини – її рідна мова. “Найбільше й найдорожче добро в кожного народу, – казав колись класик української літератури Панас Мирний, – це його мова, ота жива схованка людського духу, його багата скарбниця, в яку народ складає і своє давнє життя, і свої сподіванки, розум, досвід, почування”.

Правильно й чисто говорити своєю мовою може кожний, аби тільки було бажання. Це не є перевагою вчених-лінгвістів, письменників або вчителів-мовників, це не тільки ознака, а й обов'язок кожної культурної людини. Культурними в нас мусять бути всі, незалежно від того, працює людина розумово чи фізично.

Водночас мова кожного народу не становить якоїсь відмежованої від сусідів, застиглої на віки форми. Як живий організм, вона з часом зазнає певних змін під впливом істо-

ричних, економічних і політичних чинників. Інколи це можна простежити протягом життя навіть одного покоління. Відмирають одні слова, а замість них постають нові; засвоюються лексичні елементи від сусідів, що зумовлено політичними, економічними й культурними стосунками з ними. Тільки мертві мови, мови тих народів, що давно зійшли з історичної арени в небуття, залишаються незмінними.

Більшість українських медиків, читаючи іноземну літературу, хочуть правильно говорити, не калічити рідної мови, але часто не знають, де можна перевірити себе. Лікар будь-якої спеціальності повинен уміти не тільки складати і читати різноманітні документи (в тому числі професійні), а й застосовувати фахову українську термінологію в різноманітних комунікативних процесах, а також користуватися спеціальними словниками.

Словники – це культурне надбання народу, його інтелектуальна зброя. Словник доручає цю зброю тим, хто її потребує. Упродовж останніх десятиліть радянської доби в медичній сфері українською мовою або не спілкувалися, або вона брутально витіснялася. Нині, коли Україна посідає належне місце серед цивілізованих країн світу, високий рівень її духовності, суспільного розвитку, державної досконалості повинні забезпечувати всі складники віковичних надбань народу. Українська мова є одним із найголовніших таких складників.

Сьогодні активізується робота над упорядкуванням української медичної наукової термінології. Про це свідчить поява є “Англо-українського словника медичних термінів” за редакцією В.М. Запорожана, П. І. Джуля (Одеса, 1996).

Створення даного словника викликане потребою медиків в оволодінні сучасною українською науковою термінологією. Аналізована праця покликана задовольнити потреби в перекладі українською мовою великої кількості спеціальних слів і словосполучень англійської

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

термінології. Такі видання сприяють подальшому розвитку української літературної мови, нормалізації, стандартизації та впорядкуванню національної термінології. Зафіксований у названому словнику мовний матеріал матиме велике значення для науково-теоретичного дослідження англійської та української терміносистем у галузі сучасного порівняльного мовознавства.

Слова у словнику розташовано за англійською абеткою в початкових формах. Автори рекомендують вживати слова, що закріпилися в сучасній науковій, науково-популярній, навчальній та реферативно-інформативній літературі й визнані нормативними.

Окрім власне медичних термінів, словник включає основні терміни суміжних галузей

знань (біохімії, біофізики, генетики тощо), які широко застосовують у медицині.

Прагнучи допомогти медику, автори словника пропонують поміркувати разом над значенням слова, адже кожний український відповідник англійського слова має коротке тлумачення, що робить словник особливо цінним і корисним. Спеціальна термінологія узгоджується з міжнародними номенклатурами.

Словник містить також українсько-англійський покажчик, що значно полегшує користування ним.

Як і все на світі, даний словник має хиби. Однак ми переконані, що у споруді, ім'я якої українська культура, ця праця буде однією з непохитних цеглин, поруч з якою згодом ляжуть інші – ґрунтовніші й досконаліші.

В. Пішак, І. Сидорчук, Ю. Ахтемійчук.

**“МЕДИЧНА ОСВІТА”
НАША АДРЕСА В INTERNET:
<http://tdma.ssft.ternopil.ua/journals>**

УДК 615.08/15.284

**ВАСЮТА О.А., ВАСЮТА С.І., ФІЛІПЧУК Г.Г. ЕКОЛОГІЯ І
ПОЛІТИКА: У 2 Т. – ЧЕРНІВЦІ: ЗЕЛЕНА БУКОВИНА, 1998. –
Т. 1. – 424 С.; Т. 2. – 480 С.**

У сучасних умовах, у зв'язку з еколого-економічною кризою в Україні, актуальним і потрібним став вихід у світ фундаментального двотомного наукового дослідження, яке відображає пріоритетність екологічних проблем, усвідомлення їх значення та рівня вирішення як критерію національної безпеки та сталого розвитку, важливість для світового співтовариства, сучасне розуміння українським суспільством питань глобальної відповідальності перед майбутнім, соціально-політичної, економічної сутності антропогенного впливу та його системних соціально-екологічних наслідків. Рецензована книга є науковою пересторогою того, що нівелювання, а подекуди пряме ігнорування екологічних суперечностей в умовах системної економічної кризи та зниження соціального рівня життя в Україні, в перспективі можуть значно прискорити процеси остаточного розбалансування механізмів саморегуляції природи, що в поєднанні з дедалі більшою смертністю та низькою народжуваністю, скороченням середньої тривалості людського життя зумовлює незворотні зміни в генофонді населення, тотальну депопуляцію української нації.

Екологічні проблеми протягом останніх десятиліть стали актуальними для всього цивілізованого суспільства, особливо це стосується України, яка нині є, на жаль, негативним зразком ставлення до природного середовища. Масштаби й характер антропогенного пресингу на довкілля переконують, що не залишилось вже часу для вагань і роздумів щодо визнання важливості соціально-екологічної проблематики для суспільно-політичного та економічного розвитку. Життя нагально вимагає наповнення її реальним змістом, а національна еколого-економічна криза – конкретних рішень у сфері політики та ефективних дій у сфері господарювання.

Складність та занедбаність соціально-екологічних протиріч в Україні внаслідок ортодоксального історичного минулого в умовах незалежного державного розвитку поставили завдання розглянути спектр проблем виходу із системної еколого-економічної кризи в єдності їх найважливіших чинників у силу того, що в новітніх політико-економічних пристрастях ці питання, на жаль, відійшли на задній план.

Рецензована праця виконана на комплексному, міждисциплінарному рівнях, що й дозволило її авторам підійти до постановки та вирішення ряду різноманітних проблем. У зв'язку з цим, дослідження відзначається науково коректним зверненням до низки положень інших наукових дисциплін, зокрема екології, урбоекології, соціально-економічної географії тощо, тому в свою чергу, виникає науково-освітній інтерес у дослідників та освітян інших профілів, виходячи за межі чисто історичного значення, реально уособлюючи можливості інтеграційних процесів у науці та освіті. Це дало змогу проаналізувати назрілі проблеми соціо-екосистеми комплексно, з точки зору державної політики та ефективного використання природних багатств.

Якщо на рівні розробки загальнофілософських, соціально-світоглядних проблем екології, загальної оцінки екологічного стану сучасної цивілізації існує ряд відомих досліджень, то стосовно комплексної оцінки, яка б базувалася на історико-політологічному аналізі становлення важкої екологічної ситуації в Україні, таких праць не було. Аналіз екологічної ситуації в Україні, її всебічної оцінки вимагав від авторів наукової, загальноісторичної, філософської та екологічної підготовки й культури, дистанціювання від властивих у минулому суспільствознавчій науці ідеологічної кон'юнктури та антропоцентричних догм.

Фундаментальний науковий характер даного дослідження проявився і в ретельному висвітленні проблем, всебічному підході до них.

Необхідною складовою частиною дій, спрямованих на вихід з кризового еколого-економічного стану в Україні, повинна стати екологічна політика, формування якої потребує вивчення історії питання, врахування всесвітнього досвіду та пріоритетів суспільства.

Чіткість і коректність окреслення дослідницьких завдань, стрункність побудови, логічність викладу на основі ретельно зібраного та комплексно проаналізованого численного матеріалу дали змогу авторському колективу вперше в українській історіографії дослідити політичні та соціально-економічні проблеми національної екологічної кризи, зростаючий негативний антропогенний пресинг на природне довкілля та населення України у контексті глобальних проблем сучасності.

Важливим фактичним матеріалом насичено розділ, присвячений Чорнобильській катастрофі, проілюстровано її реальний вплив на природне довкілля та соціально-медичні наслідки. Трагічні наслідки аварії на ЧАЕС дали можливість наочно уявити не лише соціальність сучасних екологічних проблем, а й їх політичну складову, яку раніше можна було оцінювати суто теоретично. Обґрунтовано, що Чорнобильська трагедія стала закономірним проявом історичної безперспективності псевдотехнократичної тоталітарної політики. Показано, що, поряд з іншими чинниками, це об'єктивно сприяло краху нежиттєздатної соціально-економічної системи. Нині існує лише приблизне уявлення про фактичну радіаційну ситуацію, масштаби забруднення площ і ресурсів, екологічні ж реалії катастрофи набагато складніші.

Центральною темою в цьому зв'язку є проблема подолання наслідків аварії на ЧАЕС, яка вимагає рішучих, компетентних, комплексних зусиль. Водночас аналіз фактів показує, що Україна сьогодні не може самостійно перебороти всі труднощі ліквідації наслідків аварії, потребуючи реальної допомоги розвинутих країн, їх сучасних міждержавних політичних, фінансово-економічних і науково-технічних інституцій.

Автори показали, що медико-соціальні наслідки трагедії характеризуються зростаючим негативним впливом на стан здоров'я жителів, насамперед уражених районів, а також опосередковано на інші території й усе населення України. Безумовними пріоритетами повинні

стати здоров'я людини, її генетичний статус, право на високу соціальну і екологічну якість життя, на збереження природних умов, які історично склались на планеті, її захисних і регуляторних систем. Обґрунтовано, що медико-соціальні наслідки трагедії вимагають історичного відновлення в Україні цінностей людського життя як вищої мети та змісту діяльності держави, прав громадян на здоровий генетичний статус і відповідну якість навколишнього середовища.

У другому томі рецензованого видання екологічна криза досліджується як наслідок політики колоніального природокористування в Україні, зокрема розглядаються проблеми екологізації сучасної енергетики, подолання матеріально-сировинного та водного марнотратства, охорони повітряного басейну і відтворення виснажених земельних ресурсів, використання і збереження лісових багатств; антропогенні протиріччя розвитку урбанізованих територій як фактор посилення екологічної кризи в Україні, насамперед, труднощі екологізації містооблаштування, наслідки промислово-комунального розвитку, негативні наслідки транспортних забруднень, стан зеленого будівництва. У зв'язку з цим, простежуються проблеми гальмування необхідних економічних і політичних рішень, виведення зі сфери наукового аналізу та громадської оцінки реальних коренів та винуватців екоциду в Україні, споживацького ставлення до природи, виплеканого ілюзіями загальнонародної власності та екстенсивністю розвитку нежиттєздатної суспільної моделі, в основі якої лежав не глибинний історико-екологічний досвід народу, а волюнтаристська ортодоксально-господарська філософія й практика, імперсько-відомче всевладдя.

Усім своїм змістом монографія призводить до висновку про те, що подальше зволікання з радикалізацією національної екологічної політики історично є неприпустимим і може обернутися бідами для народу України, вплине на її міжнародний авторитет серед світового співтовариства. Надзвичайно важливим є виділення питань призупинення та виходу з еколого-економічної кризи, ліквідації катастрофічного характеру антропогенного пресингу на довкілля, екологізації реформування економічного життя та суспільно-політичної думки.

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

Через занедбаність та складність екологічних проблем, відсутність чітких урядових дій та економічних можливостей позитивні тенденції до зміни екоситуації на краще можуть з'явитися лише протягом тривалої історичної перспективи. У роботі наголошується, що в інтересах призупинення та подолання глибокої еколого-економічної кризи необхідно, щоб екологічна політика відповідала положенням Конституції – основного закону України, враховувала довготривалі фактори розвитку і стала пріоритетною ланкою загальнодержавної політики, бюджету, науки, освіти, суспільної ідеології.

Ознайомившись із монографією, можна переконливо стверджувати, що вона має багатоаспектний характер, сприятиме становленню нової освітньої проблематики, цікавої за спрямованістю, важливої для формування об'єктивних уявлень про сучасний соціально-екологічний стан в Україні на тлі глобальних соціально-екологічних протиріч. На наш погляд, створення і публікація таких праць на стику галузей знань прискорює постановку цілого ряду освітніх проблем, призводить до появи нових курсів і спецкурсів.

Завідувач кафедри загальної гігієни та екології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського, доктор медичних наук

Б.Р. Бойчук