

як альтернатива друкованим книгам, мають бути суттєво кращими.

У час науково-технічної революції та комп'ютеризації технічні засоби все активніше входять у наше життя і розглядаються як нова генерація засобів навчання. Безумовно, вказані засоби здатні суттєво поліпшити можливості навчання, в тому числі самостійної підготовки. Завдяки Інтернету є можливість вільного або відносно вільного доступу до величезної кількості інформації, в тому числі медичної. Проте в наших реаліях є низка проблем, які все ж не дозволяють електронним засобам інформації посісти чільне місце в процесі самопідготовки студентів – це і слабка матеріальна база, і відсутність адекватних медійних ресурсів українською мовою, і вкрай низький рівень володіння мовами іноземними, і часто – низький рівень володіння студентами навичками пошукової роботи в медичних Інтернет-ресурсах.

Зважаючи на те, що система медичної освіти в Україні має стійке бажання демонструвати високий рівень використання сучасних засобів навчання, а матеріально-технічна й електронна інформаційна бази вкрай слабкі, передумови до їх поліпшення відсутні, довести переваги електронних засобів навчання над друкованою книгою можна тільки шляхом дискредитації друкованих джерел інформації. Це «завдання» з успіхом виконується протягом останніх, принаймні, двадцяти років. Замість того, щоб залучати до навчального процесу кращі зразки світової медичної літератури, які є глобально визнаними і використовуються практично в усьому світі, за винятком малорозвинених країн, ми пішли шляхом створення методичної літератури в кожному виші та на кожній кафедрі. Можливо, все ж є сенс у тому, щоб не гнатися за кількістю, а ставити в пріоритет видання якісної та затребуваної літератури.

Після досягнення першої мети логічним кроком є розробка, створення і запровадження інноваційних методів контролю. Прогресивним кроком було анонсоване створення загальноакадемічної бази тестових завдань, що дозволило б студентам, які пропустили заняття, відпрацювати «нб» у зручний час, без залучення викладача і з повним уникненням можливої необ'єктивності та корупційної складової. Позитив цієї пропозиції мав безумовний негатив у вигляді жорстких термінів підготовки завдань трьома мовами, що потребувало як тісної кооперації між викладачами, які повинні були укладати завдання різними мовами, так і своєчасності надання українських варіантів тестів для їх подальшого перекладу. Це завдання значно ускладнювалося обмеженою кількістю викладачів, здатних підготувати якісні тести англійською мовою. У разі унеможливлення такої кооперації існувала висока ймовірність затримки в наданні тестів українською мовою, тому єдиним шляхом була окрема робота кожного викладача над тестовими завданнями «своєю» мовою. Закономірно, що при цьому тести українською, російською й англійською мовами були б різними, але мали шанси бути підготовленими вчасно.

Таким чином, створення бази тестових завдань із метою відпрацювання практичних занять має певні позитиви: можливість самостійно відпрацювати пропущені заняття в зручний для студента час, без залучення викладача і з повним уникненням можливої необ'єктивності та корупційної складової. Водночас слід пам'ятати, що в процесі відпрацювання пропущеного заняття викладач мусить об'єктивно оцінити не лише рівень теоретичної підготовки студента, а й рівень володіння практичними навичками, що можливе лише біля ліжка хворого і жодним чином не шляхом відповіді на тестові запитання.

#### **Висновки**

1. Інноваційні методи навчання стрімко і невідпінно входять до нашого життя і покликані сприяти поліпшенню якості підготовки студентів.
2. Будь-яка ініціатива чи інновація має бути зрозумілою, чітко спланованою, запланованою до виконання і якісно виконаною в реальні строки, пройти рецензування й апробацію, а головне – реально поліпшувати якість навчання.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З УРАХУВАННЯМ ПОКЛАДЕНИХ НА НИХ САНІТАРНИХ ФУНКЦІЙ**

**Катрушов О.В., Матвієнко Т.М., Філатова В.Л., Нечепасєва Л.В., Буря Л.В.,  
Горбенко Н.В., Четверикова О.П., Юркова М.С.**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*Обґрунтовано необхідність застосування інноваційних технологій у процесі організації самостійної роботи майбутніх лікарів загальної практики сімейної медицини у зв'язку з виконанням ними частини обов'язків санітарної служби і значним скороченням аудиторних годин на підготовку студентів з гігієни.*

*Ключові слова: обов'язки санітарної служби, самостійна робота студентів.*

За часів Радянського Союзу в медичних інститутах функціонували «санітарно-гігієнічні факультети» (пізніше – медико-профілактичні факультети), які цілеспрямовано готували випускників зі спеціальності (за фахом) лікар-гігієніст, гігієніст-епідеміолог, санітарний лікар. Фактично їх готували для роботи в практичній ланці Держсанепідслужби, яка згідно зі своїми повноваженнями мала здійснювати не тільки державний нагляд і контроль за дотриманням вимог санітарних норм і правил на підконтрольних об'єктах, а й забезпечити моніторингові, епідеміологічні дослідження за станом забруднення навколишнього середовища, станом, рівнем і динамікою інфекційної та неінфекційної захворюваності, демографічними показниками, станом харчування, водозабезпечення, виховання, навчання, умовами праці та низкою інших соціально-економічних показників. Держсанепідслужба також здійснювала запобіжний і поточний санітарний нагляд за об'єктами промисловості, сільського господарства, навчання і виховання, охорони здоров'я, соціальної структури суспільства.

Проте слід констатувати, що Держсанепідслужба України – служба з майже столітньою історією, потужною гігієнічною й епідеміологічною школами, провідною метою діяльності якої був захист життя і здоров'я людини, захист довкілля на засадах профілактичних (превентивних) заходів, у наш час ліквідована повністю. Так зване «реформування» фактично почалося з 1995 року: через закриття спеціалізованих санітарно-гігієнічних факультетів у медінститутах, а потім поступове вилучення наглядових і контрольних функцій із передачею їх іншим міністерствам та держкомітетам (екологічній інспекції, держбудінспекції, ветслужбі, сложивстандарту, охороні праці, продовольчій інспекції, освітянській інспекції та ін.). Піком цього так званого реформування, а фактично знищення основних принципів превентивної медицини на замовлення бізнессередовища і політичних груп, відбулося у 2011-2012 роках із прийняттям низки нормативно-правових актів [1; 4].

Результатом "реформування" стало скорочення персоналу Держсанепідслужби України, ліквідація санепідстанцій (СЕС) на районному, міському й обласному рівнях, створення територіальних органів – Головних управлінь і державних установ – Лабораторних центрів як окремих юридичних осіб зі спільними завданнями і функціями, але структурно розділених, із підпорядкуванням на рівні столиці. Це призвело до виникнення цілої низки проблем, переважна частина з яких мала і має цілком прогнозований характер і пов'язана насамперед із руйнацією системи управління та організації державного санітарно-епідеміологічного нагляду.

Ураховуючи те, що життя і здоров'я людини є головною складовою національної безпеки будь-якої держави, Кабінет Міністрів України прийняв постанову від №182 22.02.06 «Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу», яка стосується системи спостереження, аналізу, оцінки і прогнозу стану здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, а також виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення і впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини: будь-яких біологічних (вірусних, пріонних, бактеріальних, паразитарних, генетично-модифікованих організмів, продуктів біотехнології тощо), хімічних (органічних і неорганічних, природних і синтетичних), фізичних (шум, вібрація, ультразвук, інфразвук, теплове, іонізуюче, неіонізуюче та інші види випромінювання), соціальних (харчування, водопостачання, умови побуту, праці, відпочинку, навчання, виховання тощо) та інших факторів, які впливають або можуть впливати на здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь. Проте виконання цієї постанови, яка стала чинною з 01.01.2007 р., фактично було ігноровано як МОЗ та Держсанепідслужбою, так і іншими міністерствами.

В умовах сьогодення ігнорування наявних проблем тягне за собою гострі ризики. По-перше, можливість погіршення санітарно-епідемічної ситуації не тільки на об'єктовому, а й на місцевому, регіональному і державному рівнях, що є прямою загрозою санітарному й епідемічному благополуччю населення. По-друге, скорочення набору студентів до вищих і середніх спеціалізованих навчальних закладів призведе до закриття профільних дисциплін і кафедр, наслідком чого буде втрата наукового потенціалу, унікальної гігієнічної й епідеміологічної наукової школи з понад столітньою історією. Наступним етапом буде втрата фахового середовища лікарів-гігієністів і лікарів-епідеміологів.

Усе вищевказане вже призвело до значної втрати дієвості, оперативності й ефективності Держсанепіднагляду, погіршення можливості доступу населення до надання медичних послуг у сфері діагностики інфекційних і паразитарних хвороб, локалізації та ліквідації епідемічних вогнищ, проведення ефективних карантинних заходів.

Нинішня система забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення сильно розпорошена між різними відомствами, що призводить до розмивання обов'язків і відсутності чіткої координації їхньої діяльності, особливо в період надзвичайних ситуацій, які потребують негайного проведення ефективних карантинних заходів.

Значна частка обов'язків санітарної служби покладена на органи практичної охорони здоров'я – в першу чергу на лікарів сімейної медицини, на яких покладені обов'язки здійснення профілактичних щеплень і контроль за додержанням виконання їх графіка, контроль за санітарним режимом і протиепідемічними заходами в дитячих дошкільних і шкільних закладах, питання комунальної гігієни на місцях, виробнича санітарія та ін.

На жаль, вимушені констатувати, що система професійної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини не передбачає достатнього отримання теоретичної підготовки і практичних навичок здійснення покладених на них санітарних функцій. Глибокому оволодінню майбутніми лікарями обсягу знань із гігієни та санітарії також не сприяє значне скорочення аудиторних годин із гігієни, а також відсутність відповідної мотивації в студентів.

Намагаючись заповнити цю прогалину, на кафедрі гігієни, екології та охорони праці в галузі ВДНЗУ «УМСА» розроблені і впроваджені відповідні методичні матеріали для самостійного опрацювання студентами в позааудиторний час теоретичних питань щодо здійснення санітарних функцій лікарів загальної практики – сімейної медицини, які покладені на них законодавчо. Ці питання також включені до матеріалів підсумкового контролю знань студентів.

#### **Список використаної літератури**

1. Постанова КМУ України. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади від 10 вересня 2014 р. № 442.
2. Закон України. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Вводиться в дію Постановою ВР № 4005-XII від 24.02.94, ВВР, 1994, № 27.
3. Закон України. Про захист населення від інфекційних хвороб // Відомості Верховної Ради України (ВВР).- 2000.- № 29.
4. Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України. Указом Президента України від 6 квітня 2011 року № 400/2011.