

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 9(194)

ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
25 травня 2007 року



Оголошення

Запрошуємо студентів 4-го – 6-го курсів медичного факультету взяти участь у конкурсі щодо проходження літньої виробничої практики у Віденському медичному університеті.

Необхідною умовою участі є добрі та відмінні оцінки і вільне володіння німецькою або англійською мовою.

Заявки на участь в конкурсі подавати до 01.06.07р. начальнику навчального відділу, доц. Г.Я.Загричуку.

Ректорат університету

Оргкомітет з проведення науково-практичної конференції «Медсестринство в Україні: досвід і проблеми» запрошує студентів, викладачів та всіх бажаючих, хто добре володіє англійською мовою, для участі в роботі з іноземними учасниками із США, Бельгії, Данії та Нідерландів.

Бажаючим звертатися в ННІ медсестринства до директора Ліщенко Наталії Олександрівни.

Тел. 43-09-27.

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО ОГОЛОШУЄ КОНКУРС НА ЗАМІЩЕННЯ ВАКАНТНИХ ПОСАД:

на медичному факультеті:

- доцента кафедри нормальної фізіології – 1 посада;
- доцента кафедри патологічної анатомії з курсом судової медицини – 1 посада;
- доцента кафедри загальної гігієни та екології – 1 посада;
- доцента кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами – 1 посада;
- доцента кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини – 1 посада.

Вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня, стаж роботи за фахом – не менше три останні роки, сертифікати на володіння англійською мовою та персональним комп'ютером, що видані комісією ТДМУ згідно з наказами № 187 від 27.07. 98 р. та № 725 від 28.12.05 р.

Термін подачі документів – один місяць з дня оголошення.

Звертатися: 43001 м. Тернопіль, майдан Волі, 1, відділ кадрів, тел. 52-14-64.

ЛЕКЦІЯ

14 травня в аудиторії № 3 об 11 год. 30 хв. Відбудеться відкрита лекція на тему «Характеристика оподаткування аптечних підприємств. Податкова звітність».

Лектор – асистент кафедри фармацевтичних дисциплін, кандидат фармацевтичних наук М. В. Лелека.

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Тетяна БЕРДЕЙ, п'ятикурсниця фармацевтичного факультету

НОВИНИ

ЗАБРАВ ЖИТТЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Торік у Козівському районі виявлено 26 хворих на туберкульоз. Восьмеро з них, на жаль, звернулися до лікарів надто пізно, на завершальній стадії хвороби. Тож врятувати легені з порожнинами розпаду було неможливо. Дев'ять осіб померло.

Як показує багаторічний лікарський досвід, чим раніше виявлено туберкульоз, тим легше він піддається лікуванню. Але краще запобігти захворюванню.

У поліклініках Козівської та Козлівської лікарень флюорографічне обстеження проводиться безкоштовно.

НА ЩО ХВОРІЮТЬ БУЧАЧАНИ

У Бучацькому районі – 64,6 тисяч мешканців. Обслуговують пацієнтів 166 лікарів, 536 медпрацівників із середньою медичною освітою. Функціонують 54 медичних заклади первинної ланки: сім амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, 49 ФАПів. Дві райлікарні розраховані на 363 ліжкомісця. Як свідчить статистика, сумна першість у загальній картині захворюваності належить серцево-судинним хворобам, недугам органів дихання і травлення. Спостерігається також зростання онкологічних захворювань, зокрема, шкірних злоякісних утворень і туберкульозу. На боротьбу з останнім цього року виділили понад вісім тисяч гривень з бюджету. Так само безкоштовно цукрознижуючі препарати отримують хворі на цукровий діабет. Але якщо торік постачання інсуліну було державним, то тепер гроші на цей препарат (майже 300 тисяч гривень) треба віднайти у районному бюджеті і в бюджеті галузі охорони здоров'я.

Надія ГОРОШКО

ЛЕКЦІЯ

17 травня в аудиторії № 4 о 12 год. 50 хв. Відбудеться лекція на тему «Фармакотерапія гострих отруень».

Лектор – асистент кафедри фармакології з клінічними фармакологією, фармацією та фармакотерапією, кандидат медичних наук Валентина Федорівна Тюріна.

СПОРТ

ТУРНІР З ФУТЗАЛУ

Протягом двох днів у спорткорпусі медичного університету тривав турнір з футзалу серед малайзійських студентів, які навчаються на медфакультеті.

У змаганнях узяли участь чотири команди. Кожна спортивна дружина грала одну з одною двічі. Перше коло ігор провели в суботу, друге – наступного дня.

Перше місце посіла команда «Ternopil menjerit». Цікаво, що капітаном і воротарем

її є президент малайзійських студентів Сачутана Тум Навін Кумар (III курс, 25 група), який був одним з організаторів турніру. Разом з ним переможцями стали: Селвараджу Прем Радж (II курс, 25 група), Ран-



джанатан Логамурган (III курс, 23 група), Срмасундарам Суман Кумар (III курс, 23 група), Сундарам Наріндратан (III курс, 24 група) і Джон Роцен (III курс, 27 група).

Друге місце в турнірі посіла команда «Fighting falcon» та третє – «Black panthers».



Треба відзначити дружню атмосферу змагань, що характерна для взаємин і поведінки малайзійців. Навіть під час напружених ігрових ситуацій вони не втрачали поваги до опонентів у грі. Змагання закінчилися на емоційному підйомі як гравців, так і глядачів. Спорт об'єднує людей. Це було дуже помітно.

Володимир КАЛІБЕРДА,
ст. викладач ТДМУ,
головний суддя турніру

НАШ ВНЗ В УМОВАХ НЕЗАЛЕЖНОСТІ УКРАЇНИ (1991-2007)

Нова сторінка історії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського тісно пов'язана з особливостями суспільно-політичного життя в країні й становленням України як самостійної незалежної держави.

Курс «Цивільна оборона» був реорганізований у курс «Екстремальна медицина». Викладачі цього курсу за допомогою офіцерів військової кафедри повністю переробили навчальні плани і методичні документи, переобладнали класи і переорієнтувалися на медицину катастроф. При вивченні організації і тактики медичної служби провідного значення надавали питанню медичної допомоги при масових ураженнях і хворобах. Перероблено програму курсу військової токсикології з акцентом на хімічних речовинах, які використовують у народному господарстві, й наданні медичної допомоги при масштабних аваріях на хімічних виробництвах.

У сітку занять було введено такі навчальні дисципліни, як філософія, економіка, економіка охорони здоров'я, соціологія, історія і культура України. Для факультативного вивчення запропоновано: деонтологію і медичну етику, естетику, історію і теорію релігії та атеїзму, філософські проблеми медицини. Вилучено з навчального плану політологію та історію ХХ століття. Відмінено іспити і диференційовані заліки з політекономії, історії України і політології, державний іспит з філософії. Середні норми педагогічного навантаження викладачів кафедри соціально-політичних наук приврівняно до норм педагогічного навантаження викладачів медико-біологічних дисциплін.

У 1991-1992 навчальному році проведено також низку організаційних заходів, спрямованих на поліпшення навчального і виховного процесів. Насамперед реорганізація стосувалася деканату лікувального факультету.

Новостворений деканат разом з інститутським програмістом для прискорення пошуку необхідної інформації про навчальну дисципліну і кожного студента розробив спеціальну програму, яку ввели в комп'ютер.

З метою інтеграції викладання окремих розділів медицини створено 4 міжфакультетські курси: невідкладна допомога терапевтичним хворим; невідкладна допомога хірургічним хворим; синдром набутого імунodefіциту; екологічні проблеми і захист людини.

У 1991-1992 навчальному році вперше впроваджено поглиблену підготовку 40 лікарів-інтернів на клінічних базах інституту. Групи інтернів створили при кафедрах пропедевтики внутрішніх хвороб, факультетської і шпитальної терапії, терапії і кардіології факультету удосконалення лікарів (ФУЛ), шпитальної хірургії, педіатрії лікувального факультету і ФУЛ, акушерства і гінекології, на курсі оториноларингології. Їх керівниками були викладачі кафедр. Така форма підготовки інтернів виявилася більш

ефективною, ніж традиційна. Це зумовлено перш за все постійним контролем за їх навчанням з боку закріпленого викладача, а також вищим рівнем вимогливості порівняно з практичними лікарями.

На кафедрах факультету вперше в навчальний процес було впроваджено вступний, поточний та кінцевий види контролю знань, і такі форми навчання, як ділові ігри, дискусії в малих групах.

У зв'язку з прийняттям Законом про мови, інституту дозволили видавати тексти лекцій друкарським способом.

Починаючи з 1992 року, навчальний відділ інституту взявся до конкретного втілення реформи вищої медичної освіти в життя.

Основні положення реформи полягали у:

1. Ліквідації багатофакультетності медичних ВНЗ.

2. Поетапності підготовки лікарів: на 1 етапі протягом 5 років студенти отримують базову медичну

потреба в лікарях не повинна була перевищувати 32/10 тисяч населення.

5. Запланованому реформою зменшенню контингенту студентів на одного викладача вузу, що сприятиме підвищенню ефективності педагогічної діяльності.

6. Поступовому переході від системи розподілу випускників до системи прямих контрактів між випускниками і медичними закладами. ВНЗ і управлінням охорони здоров'я в цьому питанні відведена лише посередницька роль.

Для проведення в інституті реформи було розроблено новий навчальний план на 1992-1993 навчальний рік. Відмінність плану від усіх попередніх полягала в тому, що його вводили поступово, протягом 5 років, починаючи з I курсу. Без тотальної ломки навчального процесу, зі збереженням послідовності вивчення дисциплін.

Реформа стосувалася і навчання субординаторів. Упроваджено підго-

сових і перевірних державних іспитів. Згідно з цим рішенням, усі іспити під час зимової і літньої екзаменаційних сесій (за винятком випускних) проводили у формі письмового тестування.

Ще одне нововведення 1991-1992 навчального року, яке видається дуже важливим, — інтенсифікація вивчення і розширення застосування англійської мови. У квітні 1992 року створено англійську бібліотеку, яка нараховувала понад 1000 підручників і монографій.

Медичний інститут виступив з ініціативою створити ботанічний сад лікарських рослин. Передбачалося, що використання його в навчальному процесі дозволить значно збагатити підготовку лікарських кадрів і усунути прогалину в їх фаховій освіті. Тернопільська обласна рада народних депутатів з розумінням поставилася до пропозиції керівництва інституту і пішла назустріч. 26 грудня 1991 року вона ухвалила рішення «Про створення Галицького ботанічного саду лікарських рослин (с. Драганівка Тернопільського району) інституту для цієї потреби було виділено 28,3 га сільськогосподарських угідь.

Ботанічний сад створювали як навчальну і методичну базу для поліпшення теоретичної і практичної підготовки студентів, інтернів, підвищення кваліфікації лікарів та аптечних працівників, а також як базу для проведення літньої практики студентів і як центр їх екологічного й естетичного виховання. Демонстраційний матеріал із ботанічного саду планували використовувати при проведенні практичних занять на багатьох кафедрах (біологія, фармакологія, терапія, педіатрія та ін.), згодом для виконання науково-дослідної роботи професорсько-викладацьким складом, аспірантами і студентами.

На виконання Закону про мови готували нові й перекладали з російської мови ті навчально-методичні матеріали, що були в користуванні. Видано 18 методичних вказівок для студентів і курсантів на 11 кафедрах, 7 текстів лекцій (кафедри факультетської і шпитальної терапії, педіатрії лікувального факультету і ФУЛ, патологічної фізіології, терапії ФУЛ).

У 1994 році вперше серед медичних вузів України було впроваджено на державних випускних іспитах формування екзаменаційного білета за допомогою комп'ютера. Цей захід виправдав себе повністю: затрата часу на комп'ютерне формування білета менша, ніж на вибір його самим студентом, і виключається такий негативний момент, як попереднє заготовлення «допоміжного» матеріалу.

У 1994 році Тернопільський державний медичний інститут був акредитований за IV рівнем. Крім цього, він отримав право автономії з питань змісту освіти. До того ж вважали доцільним надати ВНЗ статус академії. Таким чином було визнано його досягнення в освітній,

науковій, виховній і лікувально-профілактичній сферах діяльності. Шлях до офіційного визнання інституту академією був довгим, проте надання закладу IV рівня акредитації та права автономії дозволило нам взятися до конкретного виконання реформи вищої медичної освіти та реалізації Закону України «Про освіту», зокрема до ступеневої підготовки фахівців.

1995 рік ознаменувався «народженням» 20 квітня медсестринського факультету, який згодом було перейменовано на факультет медсестринської освіти.

Початок навчання медичних сестер і бакалаврів на медичному факультеті, а також створення навчально-виробничо-наукових комплексів з Чортківським і Кременецьким медичними училищами, Галицьким коледжем Києво-Могилянської академії дали можливість впровадити, згідно із Законом України «Про освіту», ступеневу підготовку фахівців через такі ланки, як: коледж, медсестринський факультет, медичний факультет, факультет післядипломної освіти (ФПО), магістратура, аспірантура.

1997 рік можна назвати епохальним у нашій історії, адже інституту було надано статус академії і він відсвяткував своє 40-річчя. Ці події, з одного боку, свідчать про зрілість, визнання значних наукових і педагогічних досягнень, з іншого — відкривали перспективи для подальшого розвитку і підготовки медичних кадрів, які б відповідали світовим стандартам.

Особливістю 1996-1997 навчального року було також те, що всі кафедри активно включилися у підготовку методичних матеріалів із самостійного опрацювання студентами певного розділу дисципліни. Адаптація нової освітньо-професійної програми підготовки фахівців, на яку перейшла академія, для цього передбачено 35,6 % загального обсягу навчального часу. Кафедри випускали нові методичні матеріали, які пропонували студентам такі типи самостійної навчальної роботи, як: відтворювальна за зразком, реконструктивно-варіантна і частково-пошукова.

Слід зазначити, що наша академія випередила впровадження ліцензійних іспитів «Крок». Так, уже в період підготовки до святкування 40-річчя з дня заснування інституту широко використовували тестовий контроль у безмашинному і машинному варіантах. Вони мали переважно практичне спрямування, і тільки певна частина стосувалася теорії. За побудовою належали до двох типів — з вибірковими відповідями і з конструктивними відповідями. Машинні тести звичайно були тільки вибірковими.

Чл.-кор. АМН України, проф. І.С. Сміян 26 серпня 1997 року склав із себе обов'язки ректора у зв'язку із закінченням дії терміну контракту з МОЗ України (наказ № 64 від 26 серпня 1997 року). Виконуючим обов'язки ректора академії МОЗ України було призначено випускника Тернопільського державного медичного інституту, завідувача кафедри шпитальної хірургії, проректора з лікувальної роботи проф. І.Я. Ковальчука (наказ № 65 від 27 серпня 1997 року). Конкурсна комісія МОЗ України обрала Леоніда Якимовича на посаду ректора академії (наказ № 107 від 25 грудня 1997 року).



Обговорення експериментальної моделі адренергічних пошкоджень мозку і серця. Проф. В.В. Файфура з учнями

підготовку і кваліфікацію лікарів-бакалаврів без права займатися самостійною практикою, на 2 етапі передбачена підготовка лікарів-спеціалістів в інтернатурі протягом 2-4 років залежно від фаху, на 3 етапі — підготовка лікарів-магістрів з кращих інтернів, які виявили високий рівень знань і вмінь під час навчання в інституті, інтернатурі.

3. Введені атестації лікарів-спеціалістів та видачі їм сертифікатів на право займатися самостійною лікарською діяльністю протягом 5 років, а також атестації лікарів-спеціалістів на другу, першу та вищу категорії за тестами міжнародного рівня.

4. Зменшені прийоми студентів до медичних вузів з 1993-1994 навчального року з метою привести кількість практичних лікарів у відповідність до потреб населення в медичній допомозі. На сьогодні в Україні налічується 38,4 лікарів на 10 тисяч населення. Ця цифра вища від показників забезпечення населення лікарями в країнах, Заходу, які відомі своїм високим рівнем організації медичної допомоги. Міністерством охорони здоров'я України встановлено, що до 2000

товку лікарів загальної практики без спеціалізації випускників з терапії, хірургії, акушерства і гінекології. Пов'язано це з двома причинами. По-перше, виникла необхідність у підготовці сімейних лікарів, а по-друге — після субординатури випускники повинні були навчатися в ординатурі 2-3 роки з того фаху, який вони обрали собі за контрактом або згідно з розподілом.

У 1992 році інтерни навчалися за очно-заочною системою, тобто частину навчального року інтерн працював у лікарні за місцем направлення, а частину проводив в інституті й на факультеті підвищення кваліфікації лікарів. Факультет удосконалення лікарів також переключився на підготовку інтернів — терапевтів, хірургів, акушерів-гінекологів і педіатрів з Тернопільської, Рівненської і Чернівецької (педіатри) областей.

Одним з основних напрямків навчально-методичної роботи колективу інституту в 1991-1992 навчальному році було вдосконалення системи педагогічного контролю. 29 серпня 1991 року вчена рада ухвалила рішення про введення письмового тестового контролю на кур-

НАШ ВНЗ В УМОВАХ НЕЗАЛЕЖНОСТІ УКРАЇНИ (1991-2007)

Навчальний процес в академії у 1997-1998 навчальному році здійснювався на 3 факультетах: медичному, медсестринському та ФПО. Зміст та характер навчання визначалися робочими навчальними планами і програмами, розробленими на основі типових програм з урахуванням вимог кваліфікаційних характеристик спеціалістів.

Досягати високого рівня підготовки студентів вдалося, значною мірою, за рахунок оптимального поєднання теоретичного вивчення матеріалу з його наочним підкріпленням при роботі з хворим, у лабораторії, в експериментах на тваринах. А в тих випадках, коли це було неможливим через важкість тематичного підбору хворих або тварин, теоретичне вивчення матеріалу поєднувалося з його візуальним підкріпленням шляхом демонстрації відеозаписів. Зокрема, на низці кафедр на відеоплівку записували хід операцій, патологоанатомічних розтинів, експериментів з наступною демонстрацією на занятті всієї плівки або лише її фрагмента. Перевагою такого тематичного відеоаудіопоказу є можливість його застосування на кожному практичному занятті в усіх групах. Кафедри відкрили банк тематичних відеокaset, які в майбутньому можна було тиражувати і навіть продавати. Подальшим вдосконаленням унаочнення передбачалося створення лазерних компакт-дисків.

З метою покращення забезпеченості навчального процесу україномовними підручниками у жовтні 1997 року при академії було організовано видавництво «Укрмедкнига». При видавництві почала функціонувати друкарня.

Сучасний рівень розвитку комп'ютерної техніки дозволив створити нові, набагато ефективніші й досконаліші джерела навчальної та наукової інформації. Тому наша академія спрямувала свої зусилля на відкриття студії запису компакт-дисків. На компакт-диски можна перенести навчальний матеріал лекцій, підручників, монографій, методичних записок з окремих дисциплін, що дає студентам змогу в процесі навчання швидко й ефективно використовувати найновішу інформацію. Крім того, компакт-диски дозволяють одночасно здійснювати функцію навчання і функцію контролю за ступенем засвоєння знань. Роль викладача при такій формі навчання полягає у спрямованні зусиль тих, хто навчається, на з'ясування основних теоретичних положень і вирішення практичних завдань та надання, при потребі, консультативної допомоги. Це сприятиме виробленню і закріпленню навичок самостійної роботи, яка повинна супроводжувати майбутнього лікаря протягом усього творчого життя.

У нашій академії вперше в Україні створено кафедру медичної інформатики, навчання на якій орієнтоване на оволодіння студентами комп'ютерною технікою і сучасним програмним забезпеченням з навичками роботи в операційних системах, програмах офісного призначення і системах управління базами даних, об'єктивно-орієнтованим програмуванням, математичним моделюванням, прогнозуванням і розробкою експертних систем.

Організовано новий курс комбустіології при кафедрі травматології і ортопедії (завідувач курсу — проф. В.В. Бігуняк) і кафедру шпитальної терапії № 2.

У лютому 1998 року була створена рада студентського самоврядування.

Суттєвим досягненням академії було створення під керівництвом ректора проф. Л.Я. Ковальчука належної матеріально-технічної бази, яка відповідає вимогам сучасної підготовки спеціалістів. Отримано Державний акт на право постійного користування земельною площею 75,9 гектара. Загальна площа власної бази навчальних корпусів та інших будинків складає 43 180 м², в тому числі площа навчально-лабораторних приміщень корпусів академії — 20 884 м². У розрахунок на одного студента денної форми навчання середня площа навчально-лабораторних приміщень становить 13,1 м², що відповідає існуючому нормативу. Навчальні корпуси, гуртожитки та інші споруди завдяки своєчасному капітальному та поточному ремонту перебувають у належному стані.

З високою якістю і сучасним дизайном виконана реконструкція 4-х об'єктів: проведено капітальний ремонт адміністративного корпусу, двоповерхового корпусу під друкарню, дво- і триповерхового навчальних корпусів під академічний консультативно-лікувальний центр. Відремонтовано й обладнано сучасними меблями студентський гуртожиток на 250 місць, базу відпочинку «Берізка», яка не функціонувала 12 років. Проведена робота дала можливість 8 кафедрам із 38 перейти на нові площі, де були створені оптимальні умови для навчання студентів. Навчальні лабораторії, їх обладнання — на сучасному рівні, вони забезпечені необхідними меблями, технічними засобами в обсягах та кількості, що відповідають вимогам щодо організації навчального процесу. Всі кафедри оснащені комп'ютерною технікою. Для виконання на кафедрах програмних, лабораторних і практичних робіт є достатньо обладнання, приладів та інструментів.

Важливою подією в зростанні авторитету академії серед вищих медичних навчальних закладів України став вихід перших номерів журналів «Медична освіта» та «Медична хімія».

У 1998-1999 навчальному році після тривалої перерви в академії було відновлено читання активних лекцій.

Важливою подією 1999 року було отримання академією ліцензії Державної акредитаційної комісії на

право доузівської і вузівської підготовки іноземних громадян. Це стало поштовхом до налагодження зв'язків з українською діаспорою Словаччини, Польщі, Угорщини, Ізраїлю, а також з українсько-йорданським спільним підприємством «Петра» та українсько-єгипетським підприємством «EL SOBBA CO» з метою залучення громадян іноземних держав до навчання в академії. У ВНЗ впровадили навчання іноземців англійською мовою. Вказані заходи сприяли зацікавленості іноземних студентів нашою академією. Так, якщо у 1997-1998 навчальному році в ній навчалось лише 5 іноземних студентів, то вже в 1998-1999 — 54.

У цей період налагодилася активна співпраця з медсестринськими факультетами медичних університетів, а також, відповідно до укладених угод, з Чортківським, Кременецьким, Чермеровецьким, Шепетівським та іншими медичними училищами.

У лютому 2000 року в академії працювала комісія фахової ради з медицини та фармації, яка вивчила матеріально-технічну готовність вузу до відкриття фармацевтичного факультету. І вже у квітні 2000

вперше в академії було впроваджено у практику читання комплексних лекцій. Їх перевага полягає у тому, що вони дають узагальнене цілісне уявлення про етіологію, патогенез, діагностику, лікування хвороб.

Характерною ознакою навчального закладу стає впровадження в навчальний процес наукоємних технологій, особливо інформаційних. Прикладом цього є розвиток нового напрямку навчання — телеосвіти. А такий різновид телеосвіти, як дистанційне навчання, добре зарекомендував себе для всіх можливих варіантів освіти.

Надзвичайно актуальним стало застосування методів телемедицини у навчальному процесі та післядипломній освіті. Іншими словами, використовуючи телекомунікаційні системи, студент-медик або дипломований спеціаліст отримав можливість відвідувати лекції і практичні заняття відомих учених, брати участь у клінічних телеконференціях, телеконсультаціях. Саме тому розвиток телекомунікації робить навчання студента ефективним, а систему післядипломної освіти практично постійною. Найбільш перспективним є проведення відеолекцій у режимі «реального часу». При цьому забезпечується аудіо- і відеоконтакт аудиторії з лектором, що створює ефект його безпосередньої присутності. Такий режим вимагає доступу до мережі Інтернет по електронних цифрових лініях зі швидкістю не менше 128 кбіт/с.

Ще одним нововведенням цього навчального року, згідно з рішенням вченої ради і дозволом МОЗ України, було створення у липні 2001 року на базі курсу хіміко-фармацевтичних дисциплін кафедри хіміко-фармацевтичних дисциплін. Тоді ж на фармацевтичному факультеті здійснювалася підготовка фахівців за двома напрямками — «Провізор» і «Клінічний провізор».

На початку 2002-2003 навчального року в академії функціонувало 47 кафедр, з них 26 клінічних і 21 теоретична. Усього навчалось 2953 студентів, у 2001 році — лише 2467, а у 2002 — 2645 осіб. З року в рік змінювалося і співвідношення між студентами, які навчалися на контрактній та бюджетній основі: кількість контрактників збільшувалася, а бюджетників зменшувалася. Реорганізовано і підпорядковано відділу міжнародних зв'язків деканат з роботи з іноземними студентами. У цей період в академії навчалось 309 іноземних громадян. Розширилася географія представництва, що складалася з 28 країн світу, в тому числі з Ізраїлю, Індії, Малайзії, США та В'єтнаму. Були подані заявки на навчання від громадян Болгарії та Канади.

Протягом 2002-2003 навчального року активно працювали над впровадженням нових форм навчання і кафедри ФПО (використання навчальних компакт-дисків, телекомунікаційних лекцій, нових форм унаочнення за допомогою мультимедійних проєкторів і т. ін.). Особливо слід відзначити підготовку ФПО та його інтернів до іспиту «Крок-3». Усі кафедри факультету ще за кілька місяців до дати проведення цього іспиту активно включилися в його підготовку. І, як наслідок, 2 квітня 2003 року на ФПО було проведено іспит за програмою «Крок-3», де інтерни показали високий рівень знань — 75,4 % правильних відпо-

відей. За цим показником ФПО зайняв передове місце серед навчальних закладів України.

У медичному коледжі в цей період була проведена акредитація трьох спеціальностей: «Лікувальна справа», «Акушерська справа» і «Лабораторна діагностика». Дипломи отримали 58 випускників. Водночас вперше у цьому році була проведена і атестація педагогічних працівників. Значну увагу протягом навчального року викладачі приділяли оновленню навчально-методичного комплексу та поповненню матеріально-технічної бази коледжу. Було переглянуто і доповнено методичні розробки з усіх предметів відповідно до нових типових навчальних програм.

У 2003-2004 навчальному році, згідно з постановою Кабінету Міністрів України, ліцензовано кафедру медицини катастроф і військової медицини. Кафедра отримала дозвіл на підготовку офіцерів медичної служби запасу в кількості 1000 осіб. Важливу роль у цьому відіграло створення єдиного в Україні Центру підготовки офіцерів медичної служби запасу в навчально-оздоровчому комплексі «Червона калина».

Ще в минулому 2002-2003 навчальному році суттєво зросла частка підручників і посібників англійською мовою, випущених видавництвом «Укрмедкнига». Так, друком вийшло 18 підручників, з них англійською мовою — 3; видано 21 навчальний посібник, з них англійською мовою — 5; було створено 7 навчальних компакт-дисків, з них англійською мовою — 2.

У 2004 році академія вперше прийняла 100 осіб на спеціальність «Стоматологія», тому можна констатувати, що в ній з'явився ще один факультет — стоматологічний. У структурі закладу функціонували 4 факультети — медичний, фармацевтичний, стоматологічний та післядипломної освіти і медичний коледж. Фактично академія відповідала структурі університету.

Тому, за наказом МОЗ України № 596 від 2 грудня 2004 року, згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України № 831-р від 17 листопада 2004 року, академію було реорганізовано у Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського.

Одним із основних завдань вищого медичного навчального закладу визначено створення умов для оволодіння системою знань, причому не просто забезпечення набуття студентами знань у певній галузі, підготовки їх до професійної діяльності, а, що не менш важливо, підготовку молоді до самостійної роботи. Така постановка питання передбачає вироблення у студентів під час навчання у вищому навчальному закладі незалежних від викладача навичок пошуку необхідної інформації, формування високої відповідальності студента за результати його навчальної, наукової та творчої діяльності.

В останні 5-10 років розвитку медичної освіти в Україні більшого значення починають набувати проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів. Навчальний процес для них у нашому університеті спрямований не тільки на здобуття знань, умінь, практичних навичок, але і на формування особистості, що необхідно для успішної професійної діяльності.

В університеті триває робота над створенням україномовних та англійських підручників, забезпечення їх якості, використання електронних підручників тощо.

ДАЛІ БУДЕ



Хірургічне лікування виразкової хвороби методом сегментарної резекції шлунка і селективної проксимальної ваготомії. Оперує чл.-кор. АМН України, проф. Л.Я. Ковальчук

року Державна акредитаційна комісія затвердила рішення експертної комісії про надання нашому закладу ліцензії на підготовку фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Провізор» за напрямком «Фармація» в кількості 100 осіб, а в травні цього ж року — на право підготовки 50 клінічних провізорів. Окрім цього, було отримано ліцензію на підготовку 60 акушерів, 30 фельдшерів і 30 медсестер-лаборантів. Таким чином, ліцензійний обсяг з підготовки медичних працівників середньої ланки збільшився до 200 чол.

У 2000 році було впроваджено нові технології навчання, зокрема вперше серед медичних навчальних закладів України розпочали читання телекомунікаційних лекцій для студентів провідні вчені м. Києва.

У 2000-2001 навчальному році

ПРОВЕДЕННЯ СЕМЕСТРОВОГО ТЕСТОВОГО ІСПИТУ (З ДОСВІДУ ВІДЕНСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ)

**Василь МАРЦЕНЮК,
Ігор МИСУЛА,
професори ТДМУ**

Делегація Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського в складі першого проректора проф.В.П.Марценюка та проректора з навчальної роботи проф.І.Р.Мисули перебувала у Віденському медичному університеті з 28 квітня до 3 травня для вивчення методики та організаційних питань проведення семестрового тестового іспиту. Під час роботи в університеті делегація знайомилася з технічним оснащенням центру тестування, документацією, відвідала тестовий іспит, ознайомилася з процесами створення тестових питань, формування буклетів, розшифрування та оцінювання відповідей студентів. Спочатку відбулася зустріч з проректором з навчальної роботи проф. Малінгером, на якій було висвітлено основні етапи підготовки та проведення тестового іспиту.

За допомогою чисельних контактів і дискусій з персоналом центру тестування вдалося з'ясувати деталі реалізації кроків проведення іспиту.

Студенти університету навчаються 6 років. Кожного року вони вивчають 6 блоків. Тестовий іспит – комплексний і він містить питання з кожного блоку.

Мінімальна кількість тестових запитань на іспиті – 150. На кожен блок припадає від 20 до 60 завдань. Їх кількість визначає координатор блоку залежно від кількості академічних годин.

Заздалегідь для кожного тестового іспиту складають план підготовки тестових завдань з предметів по блоках. Такий план включає: назви тем; прізвища викладачів, які викладають ці теми та місце їх роботи; кількості академічних годин (за темами); їх відсоток від загальної кількості академічних годин у блоці; кількість тестових завдань, що включається з цієї теми в тестовий іспит (це число корелює з кількістю академічних годин); кількість питань, які потрібно підготувати, в розрахунку 2 питання на 1 академічну годину (це – мета); облік вже підготовлених питань для викладачів; кількість питань, що використовували раніше й які підготували викладачі, кількість питань, підготовлених раніше викладачами, які були відхилені; кількість питань, підготовлених раніше викладачами, які були схвалені, але ще не використовувалися; кількість тестових питань, які потрібні для 4-х перекладань; кількість нових питань, які слід мати, щоб нових питань було 70%; скільки ще потрібно насправді підготувати нових завдань.

Складають тести, як правило, молоді викладачі. Подають ці тести електронною поштою у вигляді документів Word спеціального формату. Складання тестів входить у функціональні обов'язки викладача.

Відбір тестових завдань до іспиту здійснює комісія, яка включає координаторів блоків, представників центру тестування – всього в складі 8-10 осіб.

Банк тестових завдань у Відні нині нараховує 9 тис. запитань, який планують збільшити до 30 тисяч.

На іспитах реально використовують п'ять тисяч завдань. До проведення іспиту тестові завдання є зарезервованими. Після проведення іспиту їх публікують в Інтернеті на сайті. Для порівняння: у базі тестових запитань ТДМУ станом на 8 травня 2007 є майже 57 тисяч тестових запитань лише для студентів, які навчаються за кредитно-модульною системою.

На іспитах, як правило, використовують два варіанти, які відрізняються між собою лише порядком слідування завдань. Такий досвід є позитивним, адже вимагає менше підготовчої роботи з формування варіантів (їх у ТДМУ готують значно більше). Але його використання вимагає значно вищої відповідальності та принциповості викладачів, які готують іспити.

довірі, відповідальності та свідомості як студентів, так і працівників центру тестування, що в Україні наразі досягти дуже складно. Тому в ТДМУ і використовують ручки для заповнення бланків.

Під час іспиту в аудиторії були присутні сім працівників-викладачів, які контролювали порядок (недопущення контакту студентів). Відповідальний за аудиторію перед початком проводить інструктаж та записує на дошці час початку та закінчення іспиту. Також вказується час, коли слід почати заповнення листків-бланків.

На одне тестове питання виділяють 60 секунд. Хоча, за словами проф. Малінгера, для клінічних (тобто складніших) питань можуть відводити до 90 секунд. Щоправда, під час іспиту 30 квітня відпові-



Професори Міхаель ШМІТЦ, Ігор ГУК, Ігор МИСУЛА, Рудольф МАЛІНГЕР, Василь МАРЦЕНЮК (зліва направо)

Буклети тестових завдань друкують за межами університету в «Прінт-шопі».

Проф. Міхаель Шмітц стверджував, що при створенні тестових завдань рекомендують створювати тести, що орієнтовані не на відтворення інформації з підручника (фактів, означень, класифікацій), а на виявлення його мислення (тобто застосування цих відомих положень до ситуаційних задач).

Листки-бланки з відповідями студентів не шифрують. На листку-бланку для кожного студента вказують номер студента на іспиті (він же співпадає з номером в аудиторії та номером буклету, цей номер доводять працівники центру тестування до студента за 3 тижні до іспиту, посилаючи його на персональну сторінку студента), а також ІД-номер студента, його прізвище та ім'я. Ці дані видрукують на принтері заздалегідь. Студент ставить свій підпис і заповнює листок олівцем.

Студенти розміщуються в аудиторії через одного, відповідно до визначених для них номерів. Студентам попередньо розкладають буклети та листки-бланки. На кожне запитання наводиться п'ять відповідей, з яких студентові потрібно вибрати одну правильну.

Клітинку правильної відповіді студент замальовує власним олівцем марки М2. Олівець використовують для того, щоб студент зміг змінити при потребі відповідь за допомогою витирання гумкою. Спосіб заповнення листків-бланків олівцем і гумкою ґрунтується на крайній високій

дальній за аудиторію на іспит, що мав 230 запитань (SIP1), автоматично виділив 230 хвилин. Переви не передбачають. При потребі студент може вийти під контролем представника центру тестування.

Перед початком оцінювання робіт студентів через сканер пропускають один бланк з усіма правильними відповідями (при цьому кількість правильних відповідей – максимальна), один бланк з усіма неправильними відповідями (при цьому оцінка – 0).

Кількість правильних відповідей для зарахування тестового іспиту повинна становити не менше 60%. При цьому значення такого відсотка визначають експерти.

Під час проведення сканування робіт спеціалісти центру тестування формують протокол „неточних відповідей“, які доводилося звіряти в ручному режимі.

Кожне тестове запитання оцінюється в один бал (1 – правильна відповідь, 0 – неправильна відповідь, відсутність відповіді, 2 і більше відповідей).

Результати іспиту зберігають у комп'ютерній базі даних. Доводять їх до студентів через 3-4 тижні. Зауважимо, що в Тернопільському державному медичному університеті таку інформацію студенти отримують у день іспиту або на наступний день на свої електронні адреси. У Відні результати надсилають студентам на їх персональні сторінки (на них можна потрапити за своїми логінами) у вигляді pdf-файлів, де перераховані всі пита-

ня, і вказують вибрані студентом відповіді. Ставлять помітку, чи така відповідь правильна. У цьому ж файлі наведена таблиця, де показано за блоками: кількість питань у блоці, середнє число питань, на які студенти відповідають, та відсоток таких студентів; власний результат студента та відсоток студентів з таким же результатом.

Допускається одне складання іспиту та чотири рази перекладати його. Термін між перекладаннями – 2-3 місяці (квітень, червень, серпень і т.д.). Під час періодів перекладання студентові дозволяється бути присутнім на лекціях (бо не проводиться облік), але забороняється відвідувати практичні заняття. Поновлення студентів може здійснюватися протягом кількох років (наприклад, через 2, але не через 10).

Після проведення іспиту здійснюють статистичний аналіз тестових завдань, які були туди включені. Для цього усіх студентів ранжують відповідно до загального результату іспиту. На основі отриманого ранжування усіх студентів поділяють на 3 та 5 груп (3 – для побудови таблиць, 5 – для побудови гістограми).

У таблиці, що будується для кожного питання, вказують такі дані: загальний відсоток студентів, які відповіли на це тестове завдання, загальний відсоток студентів, які не відповіли на це завдання; різниця між відсотком, які відповіли і які не відповіли; відсоток студентів, які не вказали жодного варіанту відповіді; відсоток студентів першої третини, які відповіли на це тестове завдання, відсоток студентів першої третини, які не відповіли на дане завдання; різниця між відсотками першої третини, які відповіли і які не відповіли; відсоток студентів першої третини, які не вказали жодної слабшої відповіді. Гістограма успішності відповідей на запитання будується на основі результатів студентів, проранжованих у 5 груп. Форми гістограми вказує на валідність завдання. Для валідних тестових завдань спостерігається монотонне спадання гістограми від групи найуспішніших студентів до найслабших. Для невалідних тестових завдань коливається біля деякої горизонтальної лінії.

Крім статистичного аналізу валідності тестів, збирається інформація від студентів під час іспиту щодо коректності самих тестів (змістовність малюнків і т.д.). Таку інформацію збирає відповідальний за аудиторію від студентів і занотовує у спеціальний протокол.

Щорічно тестові завдання містять 70% нових і 30% старих.

До проведення тестового іспиту тестові завдання – невідомі для студентів. Після проведення іспиту тестові завдання публікують в Інтернеті. Публікувати тестові завдання – вимога законодавства.

За словами проф. Рудольфа Малінгера, тестові питання через рік проведення іспиту так чи інакше стають відомі студентам (наприклад, їх запам'ятовують студенти-попередники). І деякі студенти починають вивчати тестові питання напам'ять.

Зорганізовує роботу щодо складання тестів центр тестування, створений 2004 року. В його складі 1

лікар, 4 психологи і 1 філософ. При потребі використовують трьох програмістів з центру інформаційних технологій (він налічує 50-60 осіб) та фахівців з приватних фірм. Центр тестування підпорядкований безпосередньо проректору з навчальної роботи проф. Малінгеру. В обов'язки працівників центру входить:

- моніторинг бази (виконання технічних вимог до тестових завдань – 5 варіантів відповідей, 1 рівна відповідь і ін.);

- рекрутинг (розподіл обов'язків між викладачами з формування завдань, своєчасність подачі завдань і ін.);

- проведення підготовчих робіт до іспиту (формування списків кандидатів на іспит, друкування буклетів, формування пакетів документів, які включають буклети, листки-бланки, інструкцію для відповідального за аудиторію і ін.);

- загальне керівництво проведенням іспиту (загалом залучають 20-30 осіб);

- оцінювання робіт шляхом сканування, статистична обробка та доведення результатів до студентів.

Для проведення тестування (формування бази питань, друкування буклетів, сканування та оцінювання робіт) використовують комп'ютерну програму, що розробила спеціально для університету британська фірма Speedwall. Для сканування листків-бланків використовують сканер AXIOME, що є спеціалізований суто для сканування різноманітних бланків (до того його використовували в лікарні АКН).

При виявленні на листку-бланку сканером нечіткої позначки сканування призупиняють і інструктор вносить у комп'ютерну програму правку вручну, про що робить відповідний запис у протоколі. Зараз випробовують нову комп'ютерну програму, що сумісна для роботи із стандартним комп'ютерним сканером Canon, і яка не призупиняє своєї роботи у випадку нечітких позначок. Крім того, листок-бланк разом з потрібними даними роздруковують для студента на принтері.

Досвід Віденського медичного університету щодо проведення тестових випробувань корисно використати в умовах ТДМУ таким чином:

- Для забезпечення своєчасної підготовки необхідної кількості тестів слід запровадити плани підготовки тестових завдань за модулями.

- Для виявлення якості тестових завдань потрібно запровадити статистичний аналіз тестів на основі гістограм валідності.

- Для орієнтації студента у власному рейтингу на курсі потрібно надсилати студентам інформацію про результат іспиту у вигляді – кількості правильних відповідей за модулем, відсоток студентів з таким же показником та середній результат студентів на курсі.

- Відповідальним за аудиторію необхідно збирати під час іспитів інформацію від студентів щодо зауважень до тестових запитань.

- Для перевірки правильності налаштування комп'ютерної системи перед початком сканування бланків відповідей студентів слід просканувати та оцінити еталонні бланки з усіма правильними та усіма неправильними відповідями.

- Для забезпечення валідності тестових завдань та якісного аналізу результатів потрібно залучити психолога до роботи в центрі тестування.

- При підготовці тестових завдань необхідно звертати увагу на те, що тестові питання повинні бути орієнтовані не на відтворення інформації (фактів, положень, класифікацій), а на вміння застосовувати її для логічних висновків та прийняття рішень.

ПРАЦЮВАТИ БЕЗ ШКОДИ ДЛЯ ЖИТТЯ

Як привернути увагу громадськості, органів державної та виконавчої влади, суб'єктів господарювання до нагальних проблем охорони праці йшлося на черговому засіданні Тернопільського прес-клубу реформ.

Начальник територіального управління Держгірпромнагляду у Тернопільській області Петро Хрущ зауважив: «Кожні три з чотирьох травм на виробництві стаються через те, що керівництво підприємства чи й сам працівник нехтують елементарними правилами техніки безпеки». Тому й причиною майже 80 відсотків нещасних випадків на виробництві є славнозвісний людський фактор. Добрим підґрунтям для цього є й низький соціально-економічний розвиток країни. Адже не секрет, що чверть працівників промислових підприємств краю трудяться нині в шкідливих і небезпечних умовах праці. Аналіз виявив, що часто-густо причинами, які призвели до профзахворювань, травм є конструктивні недоліки машин та обладнання, недостатність технічних процесів, невикористання засобів індивідуального захисту, занедбаність робочих місць. Трапляються випадки, коли адміністрація підприємства ігнорує приписами медичних

комісій щодо переведення працівника на інше місце роботи, приховує нещасні випадки.

Торік органи державного нагляду зафіксували 16 випадків несвоєчасного звернення з приводу травм на виробництві. Так у невтішній ситуації опинилася зараз значна частина працівників ВАТ «Текстерно». Люди з двадцяти-тридцятирічним трудовим стажем на підприємстві та низкою професійних захворювань нині при масовому звільненні чи скороченні штату не мають облікової медичної документації для оформлення пільгових пенсій.

— Для того, аби працівник міг отримати передбачений законодавством вид компенсації, а у майбутньому — пільгову пенсію за роботу у шкідливих умовах, роботодавець повинен вчасно провести атестацію робочого місця, — пояснює начальник відділу з питань умов праці управління праці та соціальної політики ОДА Мар'ян Заура.

Ігнорування цим правилом призводить до того, що працівник не зможе отримати за законодавством належний вид компенсації. Нині 80 відсотків підприємств області провели атестацію робочих місць. Проте у Зборівському, Лановецькому, Підгаєцькому районах ситуація чи не найгірша. Можливо, не всі керів-

ники знають, що згідно зі статтею 101 Закону «Про пенсійне забезпечення», їх можуть притягнути до адміністративної відповідальності.

Роман Замковий, начальник управління виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та профзахворювань в Тернопільській області, каже що діяльність служби спрямована нині на попередження випадків виробничого травматизму. Відомо ж бо, вкладати кошти в створення нешкідливих та безпечних умов праці набагато вигідніше, аніж потім «розраховуватися» за наслідки нещасних випадків і профзахворювань, ціна яких вимірюється не тільки у грошовому еквіваленті. Задля цього страхові експерти з охорони праці Фонду діють у тісній співпраці з іншими службами, працюють на підприємствах — роз'яснюють положення законодавчих документів, безкоштовно поширюють нормативну та методичну літературу, навчають спеціалістів з охорони праці усіх форм власності за рахунок коштів своєї структури.

Часто тут допомагають людям, які потерпіли на робочому місці, але, не знаючи своїх прав, впродовж тривалого часу замовчували факт травматизму, роками не отримуючи належних за законодавством

відшкодувань. 2007 рік Федерація профспілок України оголосила роком боротьби із прихованим травматизмом. По суті, проблема не тільки нашого краю, а й загальнодержавного змісту. Найважливіше, каже Роман Замковий, аби люди отримували щонайбільше інформації, знали свої права та вміли їх відстоювати. Тому часто спеціалісти управління дають у ЗМІ роз'яснення з цього приводу, працюють телефони «гарячої лінії», за якими будь-хто може отримати консультативну допомогу. За словами начальника відділу-головного фахового експерта з охорони праці управління Фонду соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань на виробництві в Тернопільській області Олександра Чернова, майже 93 відсотки усіх зібраних Фондом коштів іде на відшкодування шкоди, завданої потерпілими на виробництві, а також інші види соціальної допомоги — компенсуються витрати на медичну та соціальну реабілітацію, оплату ліків, лікування в медичних та оздоровлених у санаторно-курортних закладах. Для інвалідів I групи Фонд зорганізував допомогу в побуті, медичний догляд, інші види допомоги. Тільки за три місяці цього року виплачено 620 тисяч гривень.

Живемо в дуже нестримний, швидкий, динамічний час. І, звісно, життя вимагає майже блискавичних реакцій, а ще — зорганізованості, самодисципліни. Статистика твердить: щорічно в світі від нещасних випадків на виробництві та профзахворювань гине понад 2,2 млн. працівників, а за даними Євросоюзу на 100 тис. працюючих припадає 5 372 випадки захворювань на виробництві. Щодо України, то торік на місцях праці сталося майже 19 тисяч випадків травмування працівників, з них 1077 — зі смертельними наслідками. Не краща ситуація й на Тернопільщині — лише минулого року було травмовано 173 працівники, 33 з них — загинули.

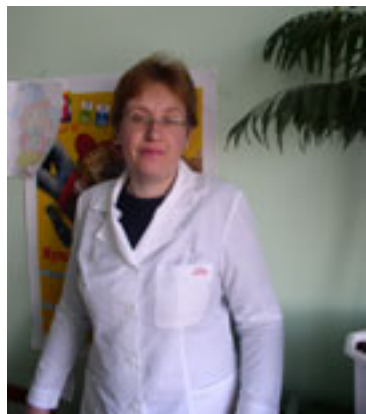
Уперше нинішнього року для інвалідів трудового каліцтва придбали 19 автомобілів «Славути». А загалом з часу створення Фонду виплачено на відшкодування шкоди потерпілим, медико-соціальну реабілітацію та на відшкодування пенсій за трудкаліцтвом і профзахворюваннями понад 40,5 млн. гривень.

Мар'яна МОСЬОНДЗ

ПРОБЛЕМА НИЗЬКОРОСЛОСТІ ДІТЕЙ

В Україні триває весняний призов. Військову форму цього разу одягнуть понад тридцять тисяч новобранців. Сімсот десять з них — з Тернопільщини. Нині хлопці проходять медичні комісії.

Упродовж останніх років Тернопільщина серед 12 західних областей має найнижчий показник придатності на тлі високого рівня загальної захворюваності призовників. За словами голови обласної медичної комісії, начальника медичного



Людмила ГНЕЦЬКО

відділення територіального центру обласного військового комісаріату Віталія Семенишина, в юнаків здебільшого виявляють ортопедичні патології, захворювання серцево-судинної системи, проблеми шлунково-кишкового тракту. Не останнє місце серед розмаїття усіх цих недуг займає затримка фізичного розвитку. «Проблема лише на перший погляд здається не такою значимою, — каже координатор обласного медичного центру патології фізичного розвитку дітей і дітей-інвалідів, доцент ТДМУ Тамара Воронцова.

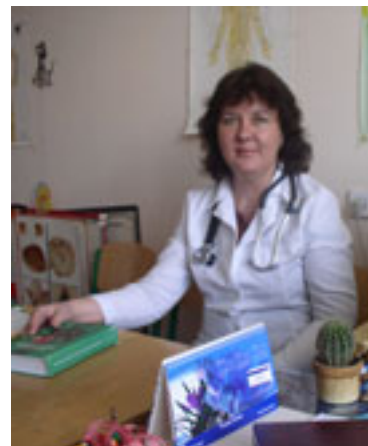
— Насправді, якщо вникнути у її суть та взяти до уваги результати кількарічних обстежень дітей із затримкою фізичного розвитку, то ситуація виявиться не зовсім втішною. Річ у тім, що різноманітні хронічні захворювання впливають на уповільнення темпів росту дитячого організму, затримують початок пубертатного розвитку, призводять до порушення пропорцій тіла. У низькорослих дітей, як правило, виявляємо різні порушення у функціональній діяльності серцево-судинної системи, центральної нервової системи, затримку остеогенезу. Відставання в зрості у поєднанні із затримкою статевого розвитку впливають на соціальну адаптацію, емоційну сферу. В деяких пацієнтів наслідки психологічної травми, завданої хворобою, присутні навіть тоді, коли проблеми зросту та статевого зрілості уже розв'язані. Тому можна мовити, що ріст є надзвичайно чутливим індикатором здоров'я дитини».

— А що ж робити, аби підросли?

— Починати потрібно з встановлення причини затримки росту. Здебільшого тимчасова затримка пов'язана з пізнім підлітковим ростовим стрибком (частіше це зустрічається у хлопчиків) і, звісно, не потребує лікування. В інших дітей низькорослість може бути проявом супутнього хронічного захворювання, і саме усунення такої недуги нормалізує процес. І, на решті, затримка росту може бути пов'язана з дефіцитом гормону росту. Хоча гормон росту і є ефективним стимулятором, його можна призначати не завжди і не усім.

Беззаперечним показом для цього є недостатність власного

гормону росту, так званий гіпофізарний нанізм. При цьому захворюванні лікування проводять не тільки з метою стимуляції росту (швидкість росту без лікування 1-2 см/рік, при лікуванні — 10-15 см/рік), але й для не-



Тамара ВОРОНЦОВА

допущення різноманітних порушень обміну речовин, які виникають при дефіциті цього гормону.

Зараз на обліку у Центрі, за словами головного дитячого ендокринолога області Лесі Качор, є 11 дітей із гіпофізарним нанізмом. Цей діагноз та частково синдром Шерешевської-В-Тернера поки що єдині покази, при яких маленьких пацієнтів забезпечують препаратами гормону росту безкоштовно. Ще одна категорія пацієнтів — діти із ендокринною незалежною затримкою росту, їх на обліку — 214 осіб з усієї області. В таких пацієнтів часто буває ще й супутня соматична патологія на яку лікарі-педіатри чомусь частіше звертають увагу, ніж на затримку росту. Почасті й батьки не зауважують, що дитина повільно росте, думають «до армії» витяг-

неться. Але не всі діти досягають зросту своїх ровесників. І в майбутньому, певна річ, такі молоді люди «оброснуть» психологічними комплексами не тільки через проблеми із здоров'ям, а й потерпають від невдач в особистому житті, кар'єрі, причина яких усе та ж — низькорослість.

Нині для медиків проблемою номер один, за словами Тамари Воронцової, є передусім вчасна діагностика патологій росту, виявити які важливо ще до початку статевого дозрівання. Адже медикаментозна стимуляція можлива не в будь-якому віці, а тільки доки не закриті зони росту дитини.

— За три роки діяльності обласного медичного центру патології фізичного розвитку дітей у Тернополі та районах оглянуто понад 200 дітей, — розповідає Тамара Олександрівна. — Крім антропологічного та клінічного огляду, хворі із затримкою росту мають можливість пройти безкоштовне обстеження на денситометрі в лікувально-діагностичному центрі Тернопільського медичного університету, для виявлення порушень остеогенезу. У Центрі надають постійні консультації лікарі-ендокринологи дитячої обласної лікарні Леся Качор та Людмила Гнецько.

За сприяння Центру з березні цього року маленькі мешканці області можуть пройти тестування на визначення рівня гормону росту в крові та інсуліноподібного росту. Таке дослідження дозволяє діагностувати гормональні порушення. Усіх дітей, в яких виявили затримку фізичного розвитку, фахівці Центру скеровують на лікування у II відділення обласної дитячої лікарні.

Окрім стандартного лікування, спеціалісти Центру застосовують сучасні методи, нові напрямки фізіотерапевтичного та медикаментозного лікування — електрофорез з есобелом і масаж зон росту, динамічну електронейростимуляцію, метаболічну терапію, дієтичне харчування.

Координатор Центру, кандидат медичних наук Тамара Воронцова каже, що нині спеціалісти закладу працюють над створенням комп'ютерної програми для моніторингу низькорослості.



Леся КАЧОР

Це дозволить спостерігати за процесами росту дитини в динаміці, а відтак робити прогнози щодо очікуваного росту в майбутньому, досліджувати фактори ризику, які можуть негативно вплинути на фізичний розвиток дитини.

Сподіваємося, що усі зусилля діяльності фахівців Центру матимуть позитивні результати, а батьки, не гаючи часу, звертатимуться до спеціалістів, аби вчасно виправити цю «помилку природи».

Лариса ЛУКАЩУК

..... 13 травня відзначали День матері

ЛЮБОВ МАТЕРІ Є ВЕЛИЧНОЮ

Майбутнє покоління — це наша найвеличніша творчість, це наша видима безсмертність, а, може, й гордість народу. Тому найвідповідальніший та найсуттєвіший обов'язок батьків — забезпечення в родині душевного спокою дітям. І ніхто, крім них, не може знайти всебічний контакт зі своєю дитиною, яка, природно, горнеться до них, відчуваючи надійне почуття безпеки. З усіх творчих процесів — виховання найскладніший, але вклавши в нього всі свої духовні сили і серце, отримуємо найбільше щастя — високу пошану і найщирішу любов. Батьки прагнуть, щоб діти здійснили їхні ідеали, продовжили їхнє світосприймання, були чесними й справедливими, несли людям світло любові й правди. Ця безмежна віра батьків у своїх дітей, безмежна віра дітей у силу своїх батьків дає їм впевнену можливість знайти люблячий, теплий родинний зв'язок.

У батьківських руках лежить доля нашого народу. Головне, що мусимо їм дати — вселити в душі дітей віру в Бога та навчити їх його любити. Дати їм релігійне виховання, бо два основних стовпи стоять на сторожі майбутнього покоління — релігія, родина. Мусимо дбати, щоб усе найкраще, виплекане українськими поколіннями впродовж віків, не пропало, а послужило духовному зросту й моральному здоров'ю наших сімей. Якщо батьки й діти будуть мати сильну віру, якщо Ісус

буде центром їхньої родини, тоді не залишається місця на самолюбство. Св. апостол Іван пише: «Бог — це любов», а любов є підставою здорової родини.

Родина мусить плекати в дітях любов до всіх ближніх і до своєї Батьківщини. Любов ця мусить бути величною, готовою йти на особисті жертви. Така глибока й самовіддана любов істинно християнська. Тому дбаймо про стійкі, сильні родини, тоді наша держава буде потужніша й могутніша.

Мати — все від неї, від її любові, доброти й тепла. Мабуть, не даремно Свято матері приходить у привітному й ніжному травні. У весняному місяці, коли природа повернулася до життя, заклечала усе буйноцвіттям, заврунилась.

Дорогі матері, бажаємо вам родинного затишку, щастя великого й здоров'я міцного. Хай квітнуть весною ваші серця, хай леліють ваші душі добрі справи ваших дітей, чоловіків! Нехай вашою любов'ю, лагідністю й ніжністю повниться світ! Тоді разом з вами збудуємо суспільство добробуту, миру та свободи, в якому нашим дітям житиметься затишно й надійно. Нехай ці травневі дні принесуть любов і радість у вашу оселю, тепло й достаток вашій родині! Нехай все, що оточує вас, буде сповнене радістю ваших дітей!

**Ірина НАЙДУХ,
голова благодійної
організації
«Українська родина»**

Пісня про маму

Слова і музика п.Ірини Найдух



Я про тебе співаю, мамо
рідна моя.
Я завжди пам'ятаю: ти на світі
одна.
Ти в любистку купала,
виростаючи нас,
Щастя нам ти бажала, кожен
день, — повсякчас.

Приспів:

Мамо, ти чому постаріла,
Ти чому постаріла,
Мамо, рідна моя.

Вже давно промайнули ті
літа молоді,

Як колись гойдали руки
ніжні твої.
Та нехай же здається, що
внучата — це ми,
Що з дзвінком нашим сміхом
промайнули роки.

Приспів

Я про тебе співаю, рідна
ненько моя.
Я завжди пам'ятаю: ти на світі
одна.
Я так хочу, матусю, щоб ти
вічно жила,
Щоб в садах розквітала
Україна моя.
Приспів

ДВА КРИЛА ЩАСТЯ — СІМ'Я І РОБОТА

— Навіть не віриться. Ви така молода!

— І все-таки я вже мама з досвідом, — жартує моя співрозмовниця. Зав'язується розмова про життя, роботу, про родину.

1988 року Наталя Панчишин із золотою медаллю закінчила Тернопільську загальноосвітню школу № 11 і того ж року, склавши «на відмінно» екзамен з хімії, стала студенткою ТДМУ ім. І.Горбачевського (на той час — Тернопільського державного медичного інституту). Хотіла бути лікарем. Як батько, Ярослав Дмитрович Галицький, який присвятив медицині багато років життя. Свого часу він блискуче закінчив Львівський медичний інститут, пізніше продовжив навчання в аспірантурі в Києві, захистив кандидатську дисертацію. Потім був Тернопіль, факультет післядипломної освіти нашого медичного ВНЗ, кафедра терапії. З величезним пієтетом ставилися до свого викладача студенти, шанували колеги, обожнювали пацієнти.

— Тато родом з Львівщини, із села Наконечне Яворівського району, але зв'язків зі своєю малюю батьківщиною ніколи не поривав. Кожного разу, коли наша сім'я приїжджала в рідне село, до нашої хати було справжнє паломництво. Двері не зачинялись, — пригадує Наталя Ярославівна. — Для односельчан батько був найголовнішим лікарем, якому найбільше довіряли, до якого зверталися за порадою у важку хвилину і якого глибоко шанували за професійну і життєву мудрість.

Хоча стати лікарем середульша донька Ярослава Дмитровича вирішила не одразу.

— Коли вчилася в школі, мріяла бути педагогом, як мама. Вона працювала в дитячому садочку і я дуже любила до неї приходити. Мені подобалося гратися з дітьми і їм зі мною було цікаво.

— І все-таки обрали медицину?

— Так, це був уже свідомий, не дитячий вибір. Батько теж дуже хотів, щоб лікарська сімейна династія продовжилася. За своє життя він зібрав чудову медичну бібліотеку і коли побачив, що її буде кому передати, дуже зрадів.

Професійне дерево роду по батьківській лінії продовжила і наймолодша донька Ярослава Дмитровича — Леся.

— Сестра теж закінчила наш медичний університет (тоді ще академію) і нині працює лікарем-терапевтом у Тернополі, виховує донечку. А найстарша з нас трьох — Ірина — вчилася у Тернопільському фінансово-економічному інституті. Разом з родиною мешкає в рідному селі Наконечному на Львівщині, працює податковим інспектором. В Ірини троє синів.

З дверей кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я вийшла група студентів, зацікавлено щось обговорюючи. Переступаю поріг і опиняюся в невеликому кабінеті, де багато кімнатних квітів, що робить його надзвичайно затишним. Молода жінка — господиня кабінету — підвелася з-за столу, усміхнувшись привітно й дружелюбно. В кожному жесті, мовленому слові, інтонації вловлюється вроджена інтелігентність, доброзичливість, ерудиція і компетентність.

Наталя Панчишин... Кандидат медичних наук, доцент, цікава особистість і щаслива матір. У Наталії Ярославівни — троє дітей. Двоє хлопчиків і дівчинка.



1994 року Наталя Панчишин з відзнакою закінчила медінститут за спеціальністю «лікувальна справа», 1997-го — магістратуру з терапії за спеціальністю «внутрішні хвороби». Одночасно працювала у нефрологічному та ендокринологічному відділеннях обласної клінічної лікарні. Відтак — аспірантура. З 2000 року Наталя Ярославівна почала працювати на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини.

Дисертацію на тему «Синдром ендогенної інтоксикації у хворих на вовчакову нефропатію та його корекція на етапі стаціонарного лікування» захистила 2001 року.

Нині у цієї енергійної жінки шестирічний стаж педагогічної роботи у вищих закладах освіти III-IV рівнів акредитації, у тому числі — в Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Горбачевського. Спочатку — на посаді асистента кафед-

ри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, а з лютого 2004 Наталя Ярославівна — старший викладач. З квітня 2005-го — доцент кафедри. Виконує обов'язки завуча кафедри, керує роботою студентів-гуртківців. Веде такі основні навчальні курси: соціальна медицина та організація охорони здоров'я (IV і V курси медичного факультету), соціальна медицина, економіка та організація охорони здоров'я (VI курс медичного факультету), соціальна медицина, економіка та організація охорони здоров'я та страхової медицини (V курс фармацевтичного факультету), соціальна медицина та організація охорони здоров'я (III курс стоматологічного факультету). Побачив світ навчальний посібник, співавтором якого є Наталя Панчишин.

ВНЗ, студенти, лекція — невід'ємна складова її життя. Але не роботою єдиною... Мабуть, оте найдорожче, без чого наше життя втрачає сенс — це все-таки сім'я.

..... 13 травня відзначали День матері

ДВА КРИЛА ЩАСТЯ – СІМ'Я І РОБОТА

Бо що потрібно жінці для щастя? Щоб поруч був люблячий, коханий чоловік, щоб діти росли здоровими, щоб злагода панувала в домі.

У Наталії Ярославівни – чудова, дружна сім'я:

– Бог послав мені доброго чоловіка. Разом виховуємо двох наших синів і донечку. Найстаршому Володі – дванадцять років. Навчається у 6 класі. Відмінник. З першого класу з похвальними грамотами кожен навчальний рік закінчує. Молодший Ярослав цього року піде в перший клас. А Софійці лише чотири роки.

Троє діточок... Для багатьох родин нині є проблематичним народження однієї дитини, не кажучи про двох чи більше. Як вдається успішно поєднувати відповідальну і дуже напружену роботу з домашніми клопотами?

– Удома мені допомагає мама, дай їй, Боже, здоров'я.

мама здолала дорогу до Івано-Франківська, а потім назад до дому. А через два дні народився Ярослав.

Сім'я, діти – це те джерело, з якого жінка черпає наснагу, енергію. Тепло сімейного вогнища зігриває серце, наповнює його добром і світлом. Якби не було того тепла, хтозна чи народилися б в її руках чудові вишивки.

– Вишивати мене навчила мама. Дуже люблю це заняття, – каже.

– Ви б побачили, які гарні рушники, серветки, картини вишиває Наталія Ярославівна! А як чудово малює! – долучається до розмови асистент кафедри Ніна Євгенівна Федчишин.

– Це завдяки дітям у мене проявився хист до малювання, – сміється Наталя Ярославівна. – Якоюсь сину попросив допомогти йому щось намалювати. Вийшло дуже вдало. В дитинстві я любила малювати, а тепер захоплення повернулося.

Серед її робіт багато пейзажів. Чотири картини присвячені чотирьом порам року. Малює і олівцем, і фарбами. Вишукані, чарівні роботи!

А ще дітям подобається, як мама співає. Голос у Наталії Ярославівни – чистий, високий. Сопрано. В церковному хорі вона співає вже кілька років.

Колеги розповідають, що Наталія Панчишин звикла все робити сумлінно, що вона працювала та відповідальна і тому їй все вдається. А ще – завжди готова вислухати людину з будь-якого питання (стосується воно роботи чи суто особистого), у важку хвилину допомогти. Сама щира, Наталія Ярославівна і в людях поціновує щирість, доброту.

Кажуть, є три речі, які не можна купити за гроші: авторитет, талант і любов. Все це у Наталії Панчишин є. Одвічні духовні цінності, традиції, засвоєні від батьків, вона тепер передає своїм дітям. А це означає, що виростуть вони гарними й добрими. І, можливо, підуть життєвою дорогою дідуся та матері: оберуть медицину.

Оксана БУСЬКА

Мати – це мить і це вічність, бо вона завжди з нами, вона живе в нас, наших дітях і внуках, благословляючи на добро і оберігаючи від злого.

Увесь світ вклоняється матерям, співаючи осанну цьому величому і ніжному імені – Ненька, Мама, Мадонна!

Хлопчик дивиться на світ з вікна лікарняної палати. Він може осліпнути, але це ще не основна біда – у нього немає батьків. Хлопчина весь час мовчить, або ж односкладно відповідає – «так», «ні». Торік його взяла на виховання прийомна сім'я, а нещодавно повернула. З того часу й мовчить. А, може, і так, якщо немає кому сказати: «Мамо»...

Коли у червні 1980 року в Тернополі відкрили обласний будинок дитини, нещодавній тоді випускниці медінституту, Маїні Члек запропонували тут посаду лікаря-педіатра.

– Гадала, попрацюю якийсь час, а згодом перейду на іншу роботу, навіть боялася трохи, адже досвіду ж праці у дитбудинку не мала, та й в інституті тоді такий курс не викладали, – пригадує Маїна Василівна.

– Але усі мої побоювання та плани змінилися того дня, коли до нас привезли перших маленьких мешканців. Їх прибуло майже 200, з усієї Тернопільщини і навіть з інших областей.

Кожного разу, приймаючи у нашу сім'ю маленького вихованця, я здригалася: хіба може стільки горя випасти на долю однієї беззахисної дитини – від когось відмовилися ще в положовому будинку, бо народився з фізичними вадами, над кимось знущався вітчм, а у когось мама – алкоголічка, її позбавили материнських прав, а того намагалися втопити у ямі громадської вбиральні... Майже підсвідомо відчувала: як добре, що є альтернатива, помешкання, де ці діти будуть під гарним доглядом та опікою. А в душі вже визріла потреба дати трохи світла і радості тим, кого зрадили, до того ж рідні люди – батьки.

З того часу промайнуло чимало – 27 років. Нині Маїна Члек, заступник головного лікаря з лікувальної роботи обласного спеціалізованого будинку дитини, вже не уявляє без гамірної малечі свого життя.

– Єдине до чого так і не звикла за усі ці роки, – каже Маїна Василівна, – це материнська зрада, до цього звикнути неможливо. – Бо то особливий біль, коли знаєш, що допомогти не в силі. Діти залишаються дітьми, і навіть, уже усвідомлюючи, що вони в дитбудинку «малюють» свою сім'ю. А на просте запитання: «Ти маму любиш?» відповідають: «Так». Мама, то для них – найчарівніше слово. І дарма, що вона може з'явитися раз на півроку, чи без гостей, вони, почувши, що прийшла мама, покидають усе і біжать до найріднішої, як їм здається, людини. Коли мама довго не приходить, доводиться вигадувати казку про те, що у мамі немає грошей, а от заробить трохи і обов'язково приїде, а тим, від кого відмовилися батьки, обіцяти, що знайдемо

ДИВИТИСЯ НА СВІТ ОЧИМА ДИТИНИ

нову маму. Почасти так і трапляється.

Маїна Василівна показує мені альбом з фотографіями тих дітей, в яких знайшлися названі батьки. Тут є і святково одягнені школярі, і малюки, які роблять перші кроки. Бувають випадки, коли для того, аби усинувити хлопчика чи дівчинку з Будинок дитини майбутні батьки приїжджають із-за кордону. І не цураються хворих чи немічних дітей. На світлинах, які згодом вони надсилають, впізнати хворих хлопчиків і дівчаток майже неможливо – подорослішали, усміхнені, радісні та головне – щасливі. А про



Маїна ЧЛЕК з вихованцями

колишню хворобу нагадує хіба що діагноз, написаний лікарем під фотографією до від'їзду. Найважливіше, за словами Маїни Члек, що в американських, італійських, французьких, іспанських та й українських сім'ях вони знайшли материнську любов і повноцінну родину.

Маїна Василівна далі гортає альбом і раптом вимовляє:

– А ось знімок внука. Це – Ромчик, йому – 11. Мої двоє дітей уже дорослі. Донька Леся – асистент кафедри фармакології з клінічною фармакологією і клінічною фармацією ТДМУ, син також одружений, працює на залізниці. Знаєте, вони завжди розуміли чому я затримуюся на роботі, і переживаю за «своїх» дітей.

– Мені щиро хочеться, аби з кожним роком число малят, від яких відмовилися мами, зменшувалося, – продовжує Маїна Василівна. Але поки що ця цифра стабільна. Щорічно тільки до нашого закладу потрапляють майже 20 дітей, від яких відмовилися у положовому будинку. Хотілося б для кожного з них знайти люблячу сім'ю. У нашому закладі діти оточені турботою, у них гарний догляд, медичне забезпечення, але, звісно, жоден дитбудинку, яким би найкращим він не був, не може замінити родину. Проте, хочу зауважити, справжню сім'ю, де б тато і мама відповідали цьому великому імені. Нині у країні ведеться велика кампанія щодо виховання дітей у прийомних сім'ях. Це гарний зачин, проте я за те, аби діти, потрапляючи у таку сім'ю, мали ліпші умови, ніж у дитбудинку. Бо ж не раз доводилося спостерігати ситуації, коли у прийомних сім'ях дітям не можуть забезпечити належний догляд – нерідко батьки не володіють елементарними знаннями з медицини, педагогіки, гігієни. Тому, перш ніж передати «державне» маля у нову сім'ю, органи, на які покладена уся відповідальність цієї процедури, по-

винні не раз переконатися, що дитина потрапить у добрі руки. Нинішнє чинне законодавство, на мій погляд, ще не забезпечує достатньо вимог для претендентів, які хочуть створити прийомну родину.

У Тернопільському будинку дитини зараз проживає 61 маленький мешканець – це діти-сироти, та ті, які позбавлені батьківського піклування. Більшість з неврологічною патологією і психічними розладами, затримкою мовного розвитку, але є й цілком здорові діти. Нині ними опікується численний колектив – це лікарі різноманітного профілю, педагоги, няні, психолог, логопеди, реабілітологи. Для відновлення здоров'я дітей – кабінет ЛФК, кімната психологічного розвантаження, фізкабінет та механотерапії, працюють масажисти. Педагоги займаються соціальною реабілітацією вихованців, допомагають адаптуватися дитині до світу, намагаються повернути до повноцінного життя, аби вони почувалися у ньому спокійно. Бо ж дитяча душа – ніжна, вразлива. Задля цього створили у дитбудинку, поки що єдиному в Україні, власну невеличку церкву. Щонеділі та у великі свята священник церкви Преображення господнього отець Микола проводить для малюків Служби Божі, навчає молитви. Великдень, Миколая, Різдво вихованці відзначають так, як заведено у будь-якій українській родині. Бачили б ви, як перед обідом чи до сну вони складають долоньки до молитви і просять у Всевишнього ласки та Божого благословіння.

Побувавши в будинку дитини, хочеться любити весь світ, і, здається, що всі, хто працює тут, й справді готові обійняти Всесвіт: знайти дітям родину, допомогти не втратити віру, вижити.

Але вони звичайні люди... От тільки дивляться на світ очима дитини.

Лариса ЛУКАЦУК



Радість і щастя Наталії ПАНЧИШИН – трійко її дітей

Онуки – її улюбленці. Мама все життя пропрацювала вихователем у дитячому садку, тепер вся її увага і любов дістається Володі, Ярославу та Софійці. Жоден з моїх дітей, до речі, в садочок не ходив, не було такої потреби. Бабуся з ними займалася. Дякуючи їй, Софійка вже подужала абетку і в свої чотири роки знає всі літери. Ярослав читає по складах.

Діти ростуть і з часом теж стануть надійними помічниками мами. А її найбільшою втіхою вони є і будуть завжди.

Наталія Ярославівна розповідає, як чекала другу дитину й водночас працювала над дисертацією. Захист відбувся на засіданні спеціалізованої вченої ради при Івано-Франківській державній медичній академії МОЗ України зі спеціальності «внутрішні хвороби». Майбутня

«ГРОМАДСЬКІ МЕТРОПОЛІЇ У ПЕРІОД ЗМІН: УРОКИ СПАРТАНБУРГА ТА СВІТУ»

Цього разу ми, як представники ТДМУ, мали кілька цілей. Передусім репрезентували наш університет, та й взагалі Україну, на міжнародній конференції «Громадські метрополії у період змін: уроки Спартанбурга та світу». Конференція, яка відбулася 23 березня в університеті Південної Кароліни, Апстейті, була досить представницькою. Брала участь делегація Німеччини, Китаю, Індії, Південної Африки та, звичайно, України.

У межах співпраці між нашим університетом та університетом Південної Кароліни, Апстейт відбулася ще одна поїздка делегації ТДМУ до США. Цього разу до Спартанбурга їхали директор ННІ медсестринства, доцент Наталія Ліщенко та доцент кафедри загального догляду за хворими Ольга Усинська. Поїздка була цікавою, вдалою та плідною. Про це – матеріал від безпосередніх учасників.

обговорювати саме життя Європи. Дискусія насправді була вдалою та дуже цікавою. На завершення усі учасники обмінялися

понентом університету Південної Кароліни, Апстейт. Доречно вказати, що д-р Йорк і був основним організатором конференції. Задум зорганізувати таку зустріч у нього виникла під час візиту до Південної Африки, коли він зрозумів, що Сполученим Штатам є чому понавчатися у цій країні. Д-р Йорк висловив бажання відвідати Україну в майбутньому. Він сказав, що із захопленням переглянув презентацію ректора університету д-ра Стоквелла про його перебування в Україні та відому подорож усією Росією, Монголією й Китаєм. Д-р Стоквелл представив свій фотозвіт про подорож усією університету відразу після свого повернення до США торішньої осені, а отже, знову ж таки зацікавив усіх викладачів нашою країною – ми відчували це у всьому: прапор України був розміщений відразу ж біля прапора США, а працівники університету задавали нам чи не найбільше запитань про країну, університет, студентів і просто українців. Згодом учасники прослухали вітальне слово

візитівками та пообіцяли спілкуватися й надалі через «Інтернет». Наступного дня нас чекали основні заходи конференції. Її відкрив давній друг ТДМУ, ректор університету Південної Каро-



ку його країни з можливостями суспільного розвитку окремих регіонів. Виступ засвідчив, як іноді важко запроваджувати нове у громадському житті, ураженому крайньою бідністю, СНІДом і неписьменністю.

ми люб'язно запропонували їм відвідати нашу літню студентську школу, яку цього року проводим тимемо наприкінці липня.

Наша делегація працювала і в американському офісі компанії «Міжнародні медсестри»

Я виступила з доповіддю «Особливості української системи охорони здоров'я у час Незалежності». Серед доповідачів на сесії, що обговорювала питання охорони здоров'я, були головні лікарі великих американських шпиталів, керівник проекту з охорони здоров'я з Південної Африки, спеціалісти з Індії. Варто сказати, що саме інформація з України викликала чи не найбільшу цікавість серед гостей та делегатів конференції. Учасників цікавили деталі, які гаряче обговорювалися як на самій конференції, так і в кулуарах.



Конференцію відкриває ректор університету Південної Кароліни, Апстейт, д-р Джонн СТОКВЕЛЛ

Іншою стратегічною метою поїздки було ознайомлення з практичним медсестринством в Грінвільській шпитальній системі. Доцент Ольга Усинська зустрілася з головною медсестрою цієї системи, відвідала та поспілкувалася з практикуючими медичними сестрами. Чи не основним завданням такого спілкування було ознайомлення з особливостями медичної документації в шпиталі. Нині ННІ медсестринства активно співпрацює з клініками м. Тернополя. Як результат такої співпраці – з'явився новий проект, який дасть змогу вдосконалити медсестринську документацію у наших клініках. Тож Ольга Степанівна привезла цінний матеріал – зразки медичної медсестринської документації та її враження від спілкування з американськими медичними сестрами.

Ще однією місією поїздки стали зустрічі із студентами та перемовини з паном Біллом Колеманом, президентом компанії «Міжнародні медсестри». Студентів дуже цікавить спільна україно-американська програма з медсестринства, вони задавали багато запитань і розповідали про свої плани відвідати Україну напередодні початку навчання наступного навчального року. Частина студентів навіть зацікавилася приїхати до України влітку, аби особисто познайомитися з нашим краєм перш ніж розпочати вже свої навчання в Американській медсестринській школі. У відповідь

(www.nursesinternational.us), де ми обговорювали перспективи програми, деталізували наші навчальні плани та дискутували з питань послідовності предметів, що є характерним та обов'язковим в американських медсестринських програмах. Тут зустрілися з пані Діаною Кулл, що є віцепрезидентом компанії. Пані Діана розповіла нам про плани щодо акредитації нашої Американської медсестринської школи в акредитаційних агенціях США, що є дуже важливим для нас у перспективі. Обговорювали також деталі нашої навчальної програми та, зрештою, зупинилися на трисеместровій системі навчання. Нагадаю, що до того вели мову про навчання студентів впродовж двох семестрів (за дворічною програмою з медсестринства). Перший же рік навчання американські студенти будуть навчатися у рідній країні. Йшлося й про те, щоб студенти вивчали українську мову вже у США, аби приїхавши в Україну змогли спілкуватися з пацієнтами. Порушували також питання клінічного тренінгу студентів у США після закінчення ними другого семестру в нашій країні.

Узагалі, поїздка була дуже плідною та ефективною. Вже після повернення до Тернополя й надалі отримуємо нові дзвінки та запити від молодих людей із США – вони зацікавилися Україною...

**Наталія ЛІЩЕНКО,
директор ННІ
медсестринства, доцент**



З учасниками конференції з Південної Африки та Німеччини

Усі заходи конференції відбулися впродовж одного дня, проте напередодні ми взяли участь у вечорі «Великі дискусії». Такі зустрічі-дискусії в університеті Південної Кароліни вже не є новинкою. Торік під час нашого стажування теж стали учасниками такого заходу. Всі бажаючі, які придбали спеціальні квитки-запрошення (зібрані кошти йшли на розвиток певної кафедри університету), попередньо реєструвалися до столу, за яким вони хотіли б сидіти. Учасники кожного столу мали свою тему для обговорення. Скажімо, цього року ми вели мову про життя Європи у час перемін. Предметом теперішньої дискусії стала Україна та Німеччина, адже саме ці країни були представлені на конференції. Додам лише, що наш стіл був найбільш популярним серед учасників. Організатори повідомили нам, що всі мали бажання



Директор ННІ медсестринства, доц. Наталія ЛІЩЕНКО та доц. Ольга УСИНЬСКА з учасниками конференції

ліни, Апстейт, д-р Джон Стоквелл. Свою промову він розпочав з переліку спонсорів і друзів з Спартанбурга, США та Південної Африки, які сприяли організації конференції. Надалі були представлені всі іноземні гості й тематики, які планували до обговорення на сесіях конференції. Серед основних тематик – питання охорони здоров'я, освіти, громадського розвитку, глобалізації, адміністрування громадськими організаціями. Наступним виступаючим був д-р Йорк Бредшоу, декан коледжу наук. Цей заклад є структурним ком-

від мера Спартанбурга містера Білла Барнета, який щиро запросив усіх гостей відвідати місто та відпочити.

Присутні слухали привітальне слово д-ра Реджіса Роуба, який також є частим гостем ТДМУ. Основним доповідачем дня був містер Котзі Бестер, ректор приватного університету Південної Африки та бізнесмен. Його доповідь «Аналіз громадських метрополій у періоді перетворень: фокусування Африки на менеджменті у громадськості» викликала надзвичайний інтерес у присутніх. Перш за все, д-р Бестер є дуже ерудованою та відомою у Південній Америці політичною фігурою. Він працював з Нельсоном Манделою й був членом парламенту Південної Африки. Доповідь була також цікавою тим, що у ній пану Бестеру вдалося поєднати дані економічного розвит-



Діана КУЛЛ, віцепрезидент компанії «Міжнародні медсестри»

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТА В АМЕРИКАНСЬКОМУ ШПИТАЛІ

Одним із завдань стажування у Грінвільському меморіальному шпиталі було вивчення особливостей роботи медсестри та медсестринської документації. Оскільки власне про роботу середнього медичного персоналу у США ми вже мали певне уявлення, то цього разу більше уваги вирішили приділити документації. Була організована робоча зустріч із старшою медсестрою-менеджером шпиталю, і ми отримали два великих пакети документів. Один з них — медсестринська документація, а другий складався з буклетів, що зазвичай отримують кожен пацієнт. Вони відображають підхід до пацієнта й особливості усієї системи охорони здоров'я — максимальну поінформованість пацієнта та забезпечення усіх його потреб. Слід сказати, що ми отримали лише стандартний мінімум, насправді ж у кожному відділенні, залежно від патології, пацієнти отримують додаткову інформацію, що стосується, власне, його захворювання та методів лікування.

Отже, що ж отримує пацієнт і його сім'я? Спробуємо описати або навести цілком основні документи з незначними коментарями:

1. Релігійна служба шпиталю

— «Турбота про пацієнта у медичному центрі Грінвільського шпиталю — це система охоплює не лише фізичні потреби. Коли Ви потрапили у лікарню через хворобу, травму чи для проведення медичних процедур, можете перебувати духовно та емоційно підтримки, щоб прискорити одужання», — так починається цей буклет. У лікувальному закладі існує релігійна служба. Священник цілодобово може допомогти людям різного віросповідання, за потреби — зв'язатися з релігійною громадою чи з родиною.

2. Права та обов'язки пацієнта

«Вважаємо Вас партнером у Вашому лікуванні. Коли будете добре поінформовані, братимете участь у прийнятті рішення щодо Вашого лікування, відверто спілкуватиметеся з лікарем та медичним персоналом, Ви допоможете зробити Ваше лікування максимально ефективним. Наш шпиталь підтримує повагу до особистих уподобань та цінностей кожного індивідуума».

Права пацієнта

Як пацієнт нашого шпиталю, маєте багато прав, на сторожі яких ми стоїмо. Це:

1. Ви маєте право доступу до лікування, незалежно від раси, кольору шкіри, національності, віку чи будь-якої недієздатності.
2. Шпиталь повинен негайно повідомити членів Вашої сім'ї/друзів і Вашого лікаря про Вашу шпиталізацію.
3. Маєте право на турботливий та уважний догляд, і можете дати нам відгук про Ваш догляд.
4. Маєте право носити відповідний особистий одяг і релігійні чи інші символи, якщо вони не заважають діагностичним процедурам або лікуванню.
5. Маєте право брати участь у створенні та виконанні плану Вашого лікування й знати професійний статус кожного з тих медичних працівників, що беруть участь

у Вашому лікуванні, у тому числі чи є ця особа студентом або стажером або людиною, що працює у шпиталі.

6. Маєте право брати поінформоване рішення щодо Вашого лікування. Це передбачає бути поінформованим про стан Вашого здоров'я, бути залученим — до і під час курсу лікування — у процес планування догляду та власне лікування, бути поінформованим про усі доступні методи й засоби лікування, у тому числі альтернативну терапію, мати можливість вимагати або відмовитися від адекватного лікування, і бути поінформованим про медичні наслідки кожної дії. Якщо Ви відмовляєтеся від реко-



мендованого лікування, отримуватимете інше необхідне та доступне лікування.

7. Маєте право формулювати свої побажання (як-от Living Will (заповіт щодо дій у випадку недієздатності) з впевненістю, що медичний персонал буде поважати Ваші вказівки та виконає їх згідно з політикою шпиталю.

8. Можете сподіватися, що в межах повноважень, шпиталь, наприклад, дасть обґрунтовану відповідь на будь-які вимоги пацієнта щодо відповідного догляду та лікування. Наш шпиталь зобов'язується забезпечити необмежений доступ до лікування чи шпиталізації, що є доступні й показані пацієнту, незалежно від раси, віри, статі, національності чи джерел оплати за медичні послуги.

9. За Вашою вимогою, або якщо це необхідно за медичними показаннями й дозволено законом, можете бути переведені в інший заклад, будучи попередньо поінформовані про необхідність цього, ризик, переваги і альтернативи до переведення. Ви не будете переведені, доки інший лікувальний заклад не дасть згоди прийняти Вас.

10. Маєте право на приватність, на отримання догляду в безпечних умовах, без погроз та роздратування. Можете відмовитися розмовляти чи бачити будь-яку особу, що офіційно не працює у шпиталі, у тому числі відвідувачів або особу, що працює у шпиталі, але не має стосунку до Вашого лікування.

11. Можете очікувати, що будь-які розмови або консультації щодо Вашого лікування проводитимуть обережно, і що особи, які безпосе-

редньо не залучені до нього, не будуть присутніми без Вашого дозволу.

12. Маєте право на проведення медичного обстеження в умовах приватності. Це — присутність особи тієї ж статі під час певних діагностичних та лікувальних процедур, або процедур, що виконує особа протилежної статі, і право не залишатися роздягненим довше, ніж це необхідно з медичною метою.

13. Маєте право спілкуватися з особами за межами шпиталю письмово або словесно й приймати відвідувачів.

14. Якщо Ви не розмовляєте або не розумієте мови, Вам нададуть перекладача.

15. Маєте право бути вільним від фізичних обмежень у будь-якій формі, якщо це не є необхідним для лікування. Всі пацієнти мають право бути вільними від ізоляції та фізичних обмежень, за винятком тих випадків, коли вони повинні бути застосовані для забезпечення безпеки пацієнта або коли інші заходи виявилися неефективними.

16. Маєте право на конфіденційність Ваших клінічних записів. Інформація про стан Вашого здоров'я буде використана для забезпечення лікування, для отримання оплати за відповідні засоби й послуги, і, якщо необхідно, для підтримки адміністративної та фінансової діяльності шпиталю. Ця інформація також може бути надана згідно із законодавством для спостереження за станом здоров'я, для вивчення громадського здоров'я або у випадку підозри насильства.

17. Ваші медичні записи можуть читати лише особи, безпосередньо залучені до процесу Вашого лікування чи спостереження за Вами або до процесу контролю якості лікування. Інші особи можуть мати доступ до Ваших записів лише за умови письмового дозволу Вашого або Ваших законних представників.

18. Усі обговорення та будь-які записи, що стосуються Вашого лікування, у тому числі й джерела оплати за лікування, є конфіденційними.

19. Маєте право знати, чи цей шпиталь має стосунки з іншими лікувальними закладами, освітніми установами чи іншими закладами, що можуть впливати на Ваше лікування.

20. Маєте право погоджуватися або відмовлятися брати участь у дослідженнях, що впливають на Ваше лікування. У випадку відмови отримаєте інше ефективне лікування.

21. Маєте право вивчити рахунок за послуги шпиталю й отримати необхідні пояснення. Незалежно від джерел оплати. Маєте право знати про методи оплати. На Вашу вимогу і за Ваші кошти можете проконсультуватися зі спеціалістами.

22. Можете сподіватися на обґрунтовану тривалість лікування й бути поінформованим про інші можливості лікування, коли подальше перебування у шпиталі є недоцільним.

23. Маєте право бути поінформованим про політику шпиталю й практику, що має відношення до Вашого лікування, а також про відповідальність. Ви маєте право знати про послуги шпиталю, як-от: представники пацієнтів, скарги пацієнтів і процес оскаржування або етичний комітет, що може допомогти Вам розв'язати проблеми і дати відповідь на запитання, що можуть виникнути у Вас під час перебування у шпиталі.

24. Маєте право на відповідну оцінку й лікування болю.

Слід сказати, що всі ці права справді виконують. Так, скажімо, перед тим, як зайти у палату до пацієнта з нами, медсестра завжди питала у нього дозволу, це ж стосувалося й присутності на медичних процедурах. А поінформованість пацієнтів — це взагалі окрема галузь роботи, до речі, саме медсестри — до її обов'язків входить так зване навчання пацієнта, що передбачає як надання інформації про захворювання, так і пояснення щодо факторів ризику, дієти, лікування тощо.

Буклет — «Права пацієнта у прийнятті рішень щодо лікування»

дає детальну відповідь на всі запитання щодо того, що може пацієнт вирішувати сам (насправді майже все). Письмові побажання (Living Will) необхідні для виконання їх у випадку недієздатності пацієнта і стосуються як подальшого лікування, так і подальшого догляду чи реанімації у випадку клінічної смерті. Також пацієнт назначає особу, що може приймати відповідні рішення замість нього. Усе це дуже серйозно. Варто сказати, що підпис пацієнта повинні засвідчити мінімум дві особи, однією з яких є нотаріус, а якщо документ підписують у шпиталі, то повинен бути і представник губернатора з прав людини (омбудсмен). Копію документа зберігають разом з медичною документацією пацієнта, а, власне, пацієнт може мати на руці відповідний браслет з написом DNR — do not resuscitate — не реанімувати (як правило, у випадку злоякісних новоутворів). Цікавим є те, що у Південній Кароліні Living Will втрачає свою силу на період вагітності — вважається, що жінка не може приймати рішення про долю дитини.

Буклет про альтернативну медицину подає загальну інформацію про нетрадиційні методи лікування, у чому переваги і недоліки цих методів, і поради тим, хто їх

застосовує — про необхідність поінформувати про це Вашого лікаря, про те, що «натуральний продукт» не завжди означає «безпечний», про необхідність чіткого дозування та дотримання інструкцій, навіть якщо Ви використовуєте харчові добавки та вітаміни. Також дано сайти в Інтернеті, де можна знайти додаткову інформацію з цих питань.

Цей принцип — максимальна поінформованість пацієнта — на наш погляд, є дуже корисним. З власної практики усі, напевне, пам'ятаємо пацієнтів, які, отримуючи альтернативну терапію, не вважають за потрібне інформувати лікаря — а це завжди ризик взаємодії між препаратами чи передозування, якщо медикаменти та додаткове лікування містять схожі компоненти.

«Контроль болю для пацієнтів»

— буклет, що допомагає пацієнту правильно оцінити свій біль за наведеною шкалою і дає поради, що допомагають зменшити біль у різних ситуаціях. У цьому випадку, як і завжди, пацієнт повинен відчувати себе активним учасником лікувального процесу й збагнути, як багато залежить лише від нього — вважають, що це також допомагає одужати.

Інформація для відвідувачів

— чітко розписані години відвідування та вимоги до відвідувачів, починаючи від кількості та одягу і закінчуючи миттям рук у палаті. Всі візити бажано узгоджувати, насамперед із пацієнтом та з лікарем. У шпиталі є спеціальні приміщення, де пацієнт може побачитися з домашніми улюбленцями — собакою чи котом. Загальні рекомендації стосуються і часу та кількості візитів — не більше 20-30 хвилин, не більше двох осіб в одній кімнаті, за винятком спеціальних вимог для певних відділень — у пологовому залі не більше трьох осіб одночасно(!), відділення для новонароджених не можна відвідувати дітям до 14 років, а у реанімаційне відділення для новонароджених родичів пускають лише разом з батьками дитини.

І останній буклет — про взаємодію грейпфрутового соку з медикаментами

. Виявляється, грейпфрутовий сік може взаємодіяти з багатьма медикаментами, тому його немає в меню шпиталів. Ризик взаємодії виникає при вживанні однієї склянки соку на день або половини грейпфрута. Власне, реакція може тривати понад три години й вона зумовлена наявністю флавоноїдів у грейпфрутах.

До переліку ліків, що можуть взаємодіяти з грейпфрутовим соком (що підвищує їх активність та ризик побічних дій), належать: алпразолам, аторвастатин, амлодіпін, кофеїн, карбамазепін, цизаприд, клоніпрамін, циклоспорин, діазепам, фелодипін, іміпрамін, ловастатин, мідазолам, нікардипін, ніфедипін, німодипін, нісолдипін, нітрендипін, пропafenон, саквінавір, такролімус, теофілін, тріазолам, верапаміл, варфарин.

Сподіваюся, ця інформація буде цікавою не лише американським пацієнтам, а й українським лікарям.

**Ольга УСИНЬСКА,
доцент**

ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТ

Перший рік життя дитини є важливим для нормального росту та інтелектуального розвитку. Маленькі діти особливо чутливі до неправильного харчування, адже вони дуже швидко ростуть. В перші роки життя дитини формуються її інтелектуальні, емоційні, фізичні індивідуальні риси, харчові уподобання, що впливають на здоров'я, поведінку у ставленні до харчування, характер.

ВООЗ розробила рекомендації щодо харчування грудних дітей та дітей раннього віку. Безсумнівно, що здорове харчування є однією з вирішальних умов гармонійного росту й розвитку дітей раннього віку, їх стійкості до інфекцій та інших несприятливих зовнішніх чинників. При цьому основним принципом здорового харчування раннього віку є максимально тривале забезпечення дітей грудним молоком, яке є найбільш адекватною їжею і містить не тільки всі необхідні харчові речовини в ідеально збалансованому співвідношенні, а й цілий комплекс захисних факторів та біологічно активних сполук. Проте, з певних причин, показники поширеності й тривалості грудного вигодовування залишаються досить низькими як в нашій країні, так і в багатьох країнах світу.

Проблема низького поширення грудного вигодовування в нашій країні набуває особливої актуальності у зв'язку з несприятливою демографічною ситуацією, а також зменшенням кількості дітей раннього віку, яких можна вважати здоровими, зростанням аліментарно-залежних захворювань, особливо, харчової непереносимості, алергії, анемії.

Вивчення реального стану вигодовування немовлят грудного віку киян показало, що вже з третього місяця життя кількість дітей, які вигодовуються материнським молоком, зменшується вдвічі, а на 12-му місяці життя становить 5 %.

Природне вигодовування є ідеальним харчуванням для дітей грудного та раннього віку. Вигодовування материнським молоком є природним продовженням того харчування, яке отримував плід у період внутрішньоутробного розвитку.

Тільки материнське молоко може забезпечити дитину грудного віку необхідною для неї кількістю й якістю нутрієнтів, пристосоване до обмежених можливостей травних функцій немовляти.

«Якби усіх дітей з народження вигодовували тільки грудьми, це дозволило б щорічно рятувати від смерті майже 1,5 мільйона малюків. І не просто рятувати від смерті, а й зміцнити їх здоров'я, адже грудне молоко — незамінне харчування для дитини» (Тиждень підтримки грудного вигодовування в Україні, 2001).

У сучасній концепції здорового дитячого харчування грудному вигодовуванню відводять пріоритетну роль. Це повинно бути нормою, а не винятком у діяльності всіх служб охорони здоров'я матері і дитини.

Усяка спроба вигодовувати дитину молоком іншого біологічного виду є, по суті, екологічною катастрофою для дитини.

Для України природне вигодовування є традиційним, його переваги не піддавались і не піддаються сумнівам. Проте, незважаючи на це, частота й тривалість грудного вигодовування зменшується. За даними міжнародного багатокритеріального дослідження домогосподарств, проведеного 2005 року, рівень виключно грудного вигодовування дітей в Україні до шести місяців складає 6% (Наказ Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України, Галузева програма «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки»).

Основні міжнародні та державні документи щодо підтримки грудного вигодовування. 1989 року ВООЗ та ЮНІСЕФ прийняли спільну декларацію про захист, сприяння та підтримку практики грудного вигодовування. Головна мета декларації — забезпечити всіх жінок умовами для грудного вигодовування протягом перших шести місяців і продовжити його поряд з іншими видами годування на другому році життя. Наша країна приєдналася до міжнародної співпраці: 1996 року МОЗ України прийняло першу програму підтримки практики грудного вигодовування в Україні. Метою цієї програми було поширення грудного вигодовування й сприяння продовженню періоду виключно грудного вигодовування, зміцненню здоров'я дітей та матерів.

2000 року була розроблена й затверджена друга програма «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2000 - 2005 роки». Метою цієї програми було зниження рівня захворюваності та смертності дітей 1-го року життя, післяпологових ускладнень, поліпшення репродуктивного здоров'я жінок шляхом популяризації та збільшення тривалості грудного вигодовування немовлят.

24 листопада 2001 року 109 сесія виконавчого комітету ВООЗ прийняла «Глобальну стратегію з вигодовування дітей грудного та раннього віку». Головним напрямком глобальної стратегії щодо годування дітей грудного та раннього віку є підтримка грудного вигодовування з своєчасним введенням прикормів, що дасть змогу покращити стан здоров'я дітей, а державам — розв'язати свої соціально-економічні проблеми.

ВООЗ-ЮНІСЕФ визнало як глобальну стратегію щодо вигодовування дітей грудного віку **виключно грудне вигодовування дитини до 6 місяців з**

наступним введенням прикормів відповідно до віку дитини. Метою глобальної стратегії є поліпшення шляхом оптимального вигодовування стану здоров'я, росту та розвитку дітей грудного й раннього віку.

Консультативна нарада експертів ВООЗ (Женева, 28-30 березня 2001 року) зазначила, що годування грудьми є набутою формою поведінки. По суті всі жінки здатні годувати своїх малюків грудьми за відповідної підготовки та надання інформації щодо переваг грудного вигодовування, сучасних методів ведення лактації та грудного вигодовування. Величезне значення у цьому відіграє підтримка медичних працівників, сім'ї, суспільства, держави.



31.07.2006 року Міністерство охорони здоров'я України та Академія медичних наук України прийняли наказ № 529/49 про затвердження галузевої програми «Підтримки грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки». В наказі зазначено, що за оцінками ВООЗ тільки виключне грудне вигодовування до шести місяців може знизити дитячу смертність на 10 %. У комбінації з іншими практиками доказової медицини, такими, як тепловий ланцюжок, це може скласти 20%. Згідно з наказом оптимальним вигодовуванням немовлят є безперечно самим природним, доступним, адекватним можливостям дитячого організму, збалансованим видом харчування та найбільш ефективним методом профілактики захворювань травної системи та інфекційних захворювань.

З позицій доказової медицини доведено, що грудне вигодовування немовлят є безперечно самим природним, доступним, адекватним можливостям дитячого організму, збалансованим видом харчування та найбільш ефективним методом профілактики захворювань травної системи та інфекційних захворювань.

1991 року для забезпечення виконання та впровадження в практику охорони здоров'я підтримки грудного вигодовування ВООЗ і ЮНІСЕФ на нараді

Міжнародної педіатричної асоціації прийняли програму «Лікарня, доброзичлива до дитини», в основу якої покладено 10 принципів грудного вигодовування.

Принцип 1. Мати зафіксовану у письмовому вигляді політику щодо практики грудного вигодовування та регулярно доводити її до відома всього медичного персоналу. Суть цього принципу полягає у тому, що кожен родопомічний заклад і лікувально-профілактична установа охорони здоров'я матері та дитини повинні мати зафіксовану в письмовому вигляді політику щодо грудного вигодовування, яка охоплює 10 принципів успішного грудного вигодовування. Ця політика повинна забезпечувати захист грудного вигодовування, категорично забороняти рекламу та груповий інструктаж щодо використання замінників грудного молока та будь-яких імітаторів материнських грудей. Інформація щодо переваг грудного вигодовування повинна бути доступною для медичного персоналу, який доглядає за породіллями та немовлятами, і бути присутньою у всіх приміщеннях медичної установи, яка обслуговує вагітних, немовлят або дітей грудного та раннього віку.

Принцип 2. Навчати весь медико-санітарний персонал необхідних навичок для здійснення цієї політики. Це означає, що весь медичний персонал, який здійснює догляд за матерями та їхніми дітьми, зобов'язаний пройти навчання з впровадження політики грудного вигодовування й вміти описати, як проводиться таке навчання. Це навчання повинно охоплювати хоча б вісім з десяти принципів успішного грудного вигодовування.

Принцип 3. Інформувати всіх вагітних жінок про переваги й методи грудного вигодовування. Зміст цього принципу полягає у тому, що якщо у складі лікарні є жіноча консультація або допологове відділення, то переважна кількість вагітних повинна бути проконсультованою щодо переваг грудного вигодовування. Повинен бути письмовий опис короткого змісту допологового навчання.

Принцип 4. Допомогати матерям розпочати грудне вигодовування протягом перших 30 хвилин після народження. Суть цього принципу полягає у тому, що після закінчення другого періоду нормальних вагінальних пологів новонароджені діти повинні передаватися в руки своїх матерів і прикладатися до грудей протягом перших 30 хвилин, медичний персонал повинен запропонувати допомогу і забезпечити контакт «шкіра до шкіри».

Принцип 5. Показувати матерям, як годувати грудьми та підтримувати лактацію, навіть якщо вони тимчасово перебувають окремо від своїх дітей. Цей принцип передбачає здійснення сестринським персоналом додаткової допомоги щодо груд-

ного вигодовування всім породіллям (після кесарського розтину), патологічних пологів) протягом 6 годин після пологів, навчити годуючих матерів правильно тримати дитину біля грудей для правильного годування, показати як зціджувати молоко, інформувати, де можна отримати допомогу в разі потреби.

Принцип 6. Не давати новонародженим ніякої іншої їжі чи пиття, крім грудного молока, за винятком випадків, зумовлених медичними показаннями. Суть цієї засади полягає у тому, що медичний персонал повинен мати чітке уявлення про причини, які вимагають призначення пиття або харчування, яке не є грудним молоком. Не дозволяти розповсюджувати безкоштовне або дешеве постачання замінників грудного молока та елементи будь-якої реклами замінників грудного молока або розчинів для немовлят, крім грудного молока.

Принцип 7. Практикувати цілодобове спільне перебування матері й новонародженого — дозволяти їм бути в одній палаті. Це означає, що спільне перебування матері та дитини починається протягом першої години після нормальних пологів або протягом першої години після того, як породілля, розроджена шляхом кесарського розтину. Породіллі залишаються зі своїми немовлятами цілодобово, за винятком періодів для проведення медичних процедур (тривалістю до однієї години) або якщо роздільне перебування є медичним показанням.

Принцип 8. Заохочувати грудне вигодовування на вимогу. Зміст цього принципу полягає у тому, що медичний персонал повинен усвідомлювати й розуміти важливість грудного вигодовування на вимогу та рекомендувати породіллям годувати своїх немовлят грудьми будь-коли, якщо вони відчувають голод або ж стільки разів, скільки дитина вимагає.

Принцип 9. Не давати новонародженим, які перебувають на грудному вигодовуванні, жодних штучних середників (що імітують груди або заспокоюють). Цей принцип покликаний перешкодити підгодовувати немовлят, які почали вигодовуватись грудьми, за допомогою пляшечки; штучні заспокійливі середники при догляді за немовлятами, які годуються грудьми; повідомляти годуючих матерів про те, що вони не повинні застосовувати при годуванні своїх немовлят будь-яких штучних сумішей або штучних заспокійливих середників. Родопоміжний медичний заклад та його медичний персонал повинен демонструвати небажання застосовувати безкоштовне або дешеве харчування, пляшечки або заспокійливі середники і взагалі намагатися уникати цього.

**Ольга ФЕДОРЦІВ,
професор ТДМУ**

ДАЛІ БУДЕ

СИМВОЛ СЛУЖБИ ШВИДКОЇ МЕДДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Служба швидкої медичної допомоги на теренах України зародилася 1902 року, коли в Києві створили першу в Росії «Станцію скорой медичинской помощи при несчастных случаях». Символом цієї служби тоді була «Срібна зірка» — шестикінечна зірка, в якій по колу був напис: «Общ. Скорой Медицинской помощи в г. Киев», а в центрі — червоний хрест.

Символ «Срібна зірка» використовували під час проведення добродійних акцій для збору коштів від громадян і меценатів на розбудову «Станції скорой медичинской помощи в г. Киев». Так, 1908 року, коли необхідно було збудувати власне приміщення для цієї станції на вул. Рейтарській, 22.

Після Жовтневого перевороту в Росії 1917 року служба швидкої медичної допомоги як символ використовувала червоний хрест. Цей знак існував у Києві до 2001 року.

Але враховуючи те, що символ «червоний хрест» є частиною символіки міжнародної організації Червоного Хреста, використання його службою швидкої медичної допомоги було нелегітимним.

Ентузіасти Київської міської станції швидкої медичної допо-

моги та медицини катастроф на основі концептуальних положень символу швидкої медичної допомоги «Зірка життя» розробили національний символ служби швидкої медичної допомоги. Замість змії та посоха з'явилася схема кардіограми, шість променів «Зірки життя» мають блакитне забарвлення на жовтому тлі — кольори Державного прапора України. Цей символ легалізований для використання на теренах України для реєстрації — «Свідоцтво на знак для товарів і послуг Державного департаменту інтелектуальної власності Міністерства освіти й науки України», від 15.11.2001 р., бюл. № 10.

(591) Кольори — жовтий, синій, білий.

(540) Символ служби швидкої медичної допомоги.

(432) Власник Київська міська станція швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, вул. Б. Хмельницького, 37 б, м. Київ, 01030, Україна

(511) Дозволені функції відповідно до класифікатора:

39 — перевезення санітарним автотранспортом;

41 — атестування (освіта); навчання, навчання практичне;

42 — лікарська допомога, надання екстренної медичної допомоги.

Кожний з шести променів зірки представляє аспект системи швидкої медичної допомоги.

1. Виявлення (характеризує своєчасність прибуття швидкої медичної допомоги до потерпілого).

2. Повідомлення (центру управління про прибуття на місце події).

3. Відповідь (означає, що зареєстрована готовність виконання виклику в системі).

4. Місце події (надання екстренної медичної допомоги потерпілому, залучення додаткових медичних сил).

5. Транспортування.

6. Шпиталізація.

Хто може використовувати символ «Зірка життя»?

Використовують при аваріях, на медичних транспортних засобах, що засвідчує транспортні засоби, персонал, який надає екстренну медичну допомогу на місці виклику, навчений за визначеними стандартами для надання медичної допомоги. Використовують на дорожніх картах, де вказує на розміщення та доступ до кваліфікованих послуг швидкої медичної допомоги.

Будь-яке інше використання символу «Зірка життя» не дозволяється, хіба що за такими винятками:



1) засоби ідентифікації для медичного обладнання, що встановлюють та використовують у санітарному автомобілі швидкої медичної допомоги;

2) коли вказує на розташування кваліфікованих послуг медичного обслуговування та доступ до таких засобів (лікувальних закладів);

3) для використання на шевронах одягу медичного персоналу, який задовільно завершив навчання та може надавати допомогу людям відповідно до функцій (керування, безпосередній контроль або бере участь у залученні до системи швидкої медичної допомоги);

4) для персоналу системи швидкої медичної допомоги — значки, петлиці, емблеми, застібки та ін.;

5) книги, брошури, посібники чи інший надрукований матеріал, що має пряме та прикладне значення до програми швидкої медичної допомоги;

6) «Зірка життя» — символ, що може використовувати адміністративний персонал, керівники

проектів, наради та консультативні групи.

На квадраті чи на колі шеврона «Зірка життя» повинна бути синього кольору на жовтому тлі. Функція, що ідентифікує посаду, повинна бути надрукована поперек нижньої частини окремо. Грані базисної заплати й функціональних смужок повинні бути вишиті так: адміністративний персонал і диспетчер — срібло (кольоровий край, крива кардіограми повинна бути срібною). Ці одиниці не потребують жовтого тла. Шеврони та інші нашивки повинні бути на однорідних кишенях. Символ може бути розміщений на комірці та головному вбранні.

Київська міська станція швидкої медичної допомоги і медицини катастроф добровільно й з почуттям гордості надає право на використання символу служби швидкої медичної допомоги «Зірка життя» Всеукраїнській громадській організації «Асоціація лікарів швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф» і її регіональними осередками для виконання функцій, передбачених свідоцтвом від 15.11.2001 р., бюл. № 10, відповідно до класифікатора (511) та використовувати на печатці юридичної особи.

Підготувала Ганна ПЕЛЕШОК, завідувача відділенням станції швидкої медичної допомоги Тернопільської центральної райлікарні

ЮВІЛЕЙ

СЛОВО, МОВ КЕТЯГ КАЛИНИ ДОЗРІЛИЙ, ЧИТАЧЕВІ ДАРУЄ

Земний шлях вона розпочала у селі Бабинці, що в Борщівському районі на Тернопіллі. Своїм фахом обрала медицину — закінчила Чортківське медучилище, а відтак Тернопільський медінститут (нині — медичний університет ім. Івана Горбачевського). Але Бог дав їй також поетичний дар. До своїх знаменних дат поетеса видала тринадцяту за рахунком збірку, яку назвала «Червоні кетяги калини».

Калина для Ганни Михайлівни — уособлення України. «Калиновий цвіте, ти завжди зі мною», — твердить вона в одному з віршів. «Я слово, мов кетяг калини дозрілий, комусь подарую», — запевняє знову. І вона дарує, звісно ж, читачеві власні глибокодумні, патріотичні, щемливі й ліричні поезії. Багато з них лягли на музику. Прозвучали ці іскорки-спалахи душі поетки й на ювілейному вечорі, що відбувся в Тернопільському академічному драмтеатрі ім. Тараса Шевченка.

Шанувальників її таланту зібралася повна зала. Ганна Костів-Гуска навіть зізналася, що не сподівалася на таку широку аудиторію. Цей факт не міг не зворушити. Тож заступник голови облдержадміністрації Анатолій Вихрущ, який прийшов привітати ювілярку, повідомив, що відтепер в обласному центрі,

крім театральних, стануть традиційними й поетичні вечори.

Варто сказати, що Ганна Костів-Гуска залишилася вірна землі, на якій народилася. Вона мешкає у Борщові. У рідних Бабинцях, як і у Вільхівці, звідки



Поетеса Ганна КОСТИВ-ГУСКА під час ювілейного вечора

походить її чоловік Ярослав Костів, знаний нині у районі хірург, дбає про господарку, набирається душевних сил у мальовничості тутешньої природи та окраїн. На урочистий вечір поетки приїхало чимало борщів'ян. У дарунок майстерно читали її поезії, виконували пісні, автором текстів яких є Ганна Михайлівна. Звичайно, на адресу ювілярки линуло багато щи-

Життєвий та творчий ювілеї відзначила одразу відомо українська поетеса, лауреат кількох літературних премій, кавалер ордена княгині Ольги Ганна Костів-Гуска.

рих побажань від друзів, знайомих, поціновувачів її творчості, краян, представників влади. Так, міський голова Іван Башняк оголосив рішення сесії міськради про присвоєння Ганні Костів-Гусці звання почесного громадянина Борщова. Голова Борщівської райдержадміністрації Ігор Кунець запевнив, що видання наступної книжки поетеси переймуться, власне, державні структури.

Були вітання і від ректора нашого ВНЗ, члена-кореспондента АМН України, професора Леоніда Ковальчука. Їх на літературно-мистецькому вечорі зачитав декан медичного факультету, професор Аркадій Шульгай. Асистент ТДМУ Юрій Футуйма та студентка Наталія Волотовська виконали пісні для улюбленої поетеси.

У програмі пошанування, кажучи словами одного з виступаючих, княгині слова зорганізували також виставку книг Ганни Костів-Гуски, картин члена Національної спілки художників України Василя Стецька, борщівської «чорної сорочки» з колекції Віри Матковської. Це було справді літературно-мистецьке свято — щире, тепле, задушевне, я б сказав, родинне.

Олег КИЧУРА

Довгожитель

105 ТРАВНІВ ДІДА АНДРІЯ

Сто п'ятий травень зустрів мешканець села Настасів, що неподалік Тернополя, Андрій Іванович Вуйцік. Привітати його з таким поважним ювілеєм приїхали голова облдержадміністрації Іван Стойко, районного керівництва. Очільник виконавчої влади краю вручив довгожителю квіти й передав йому щирі побажання міцного здоров'я, наснаги та благополуччя від імені Президента України Віктора Ющенка.



Андрій ВУЙЦІК приймає вітання

Народився ювіляр у селі Джорджів, що в Надсянні (нині — Польща). 1946 року його родина, як і тисячі українців, залишила примусового виселення з правічних земель. Новим місцем проживання став Настасів. Усе трудове життя Андрій Іванович працював чабаном у місцевому колгоспі. Виховав трьох синів, кілька внуків. Доля неблаганна: найрідніших людей забрала у нього вічність, залишився лише один внук, але й він зараз далеко від дідуся — на заробітках

за кордоном. Тож довгожителем опікуються соціальний працівник Марія Шварчевська, односельці.

Своїм рокам дід Андрій दिвується. Каже, що в його роду не було довгожителів. Поважний вік, на його думку, — то ласка Божа. У свої 105 років він залишається оптимістом, жартівником. Мабуть, це й допомагає йому жити.

**Микола ВІЛЬШАНЕНКО
Фото автора**

ЯК ГАРНА ПРІСЬКА, ТО ГАРНА Й ЗАЧІСКА

Батьки бережуть доньку до вінця, а чоловікові берегти жінку до кінця.

Жінка — страва гідна богів, доки її не присмачить чорт.

Жінка виходить заміж за чоловіка, а розлучається з цапом.

Зрадлива молодиця хитра, як лисиця.

Любов — це хвилини щастя й роки страждань.

Любов'ю добудеш все, силою — нічого.

Любити жінок можна, тільки почергово.

На дні кохання дримає ненависть.

Нехай буде дурепа, лиш би мала фігуру.

Ніщо так не принижує жінку, як зарплатня чоловіка.

Одружений чоловік — пташка в клітці.

Перш ніж женитися, починай журитися: і ложкою, і мискою, і третьою коліскою.

Така гарна, як свиня у ярмі.

Сперечатися з жінкою все одно, що відвідати стоматолога: або дуже боляче, або дуже дорого.

Доки баба спече книші, у діда не стане душі.

У ній сім чортів сидить.

Усі Одарки люблять подарки.

Хто одружується пізно, той одружується для сусідів.

Хто знайшов добру жінку, той знайшов щастя.

Чим любов пізніша, тим вона палкіша.

Чоловіки згодні з однією тезою: гарна жінка — це гола жінка.

Щастя можна вкрасти, та не можна привласнити.

Що зробив, любчику, те й маєш.

ДІЕТОЛОГІЯ

СНІДАНОК ОБОВ'ЯЗКОВИЙ

Дієтологи рекомендують починати ранок зі склянки води, чаю чи соку. Рідина допоможе організму прокинутися і почати процес травлення.

Не нехуйте молочними продуктами. Склянка молока чи кефіру, пачка сиру, що потрапили у ваш шлунок на початку дня, наповнять організм корисними вітамінами групи В і вітаміном А.

Не бійтеся з'їсти кілька шматочків хліба зранку. В помірній кількості хліб не додасть вам

кілограмів, навіть якщо змастити його медом чи джемом. А якщо ви виберете хліб із борошна грубого помолу, ваш кишечник буде вам вдячний.

Та все-таки найкращим сніданком фахівці вважають кашу. Гаряча каша не тільки допомагає збадьоритися, а й очищає кишківник від шлаків, а заодно й контролює засвоєння жиру з продуктів, з'їдених за день.

Що стосується звичної нам чашки кави на сніданок, то вона теж цілком доречна. Кофеїн — чудовий стимулятор мозку.

ФОТОВІКНО



Цвіт вишні

Фото Олега КИЧУРИ

Відаєте?

МОБІЛЬНИКИ НЕБЕЗПЕЧНІ У НЕГОДУ

Китайська влада попереджає про небезпеку, яку можуть спровокувати мобільні телефони під час грози.

Приводом для цього став нещасний випадок, що стався з 15 туристами. Вони приїхали подивитися на Велику Китайську стіну. Коли вилізли на мур, почалася гроза. Один з туристів вирішив

подзвонити, і раптом його телефон спрацював як громовідвід. Розряд вразив усіх членів групи. На щастя, ніхто не загинув, але усі потрапили в лікарню з опіками різного ступеня.

Електромагнітні хвилі, які випромінює мобільний телефон, можуть притягнути розряд атмосферної електрики. При цьому не обов'язково навіть телефонувати. Достатньо, аби мобільник був лише увімкнений.

Відповіді у наступному числі газети

ЇЄАІ АІ ДА

3. Головний убір	1.	4. Підступний план	2. Річка на Тернопілі	5. Праця	6. Місто в Естонії
7. Мова корови	8. Вітрильне судно	9. Нота	10. Газ	11.	12. Етан у змаганнях
13. Видатні природні здібності	14. Рос. літак	15. Ссавець родини бичачих	16. Доля, удача	17. Дерево	18. Механічна людина
19.	20. Укр. письменник	21. Коротка й широка шльопка	22. Порохнява	23. Невелика бджололисіма	24.
25. Нива	26. Танцювальний крок	27. Бік судна, вантажівки	28. Газетний жанр	29. Почаївська ...	30. Хи-жии птах
31. Пошкодження тканин тіла	32. У давніх римлян — бог кохання	33. Лікар	34. Укр. трк	35. Нац. олімп. комітет	36. М'ячик у бадмінтоні
37. Бог Сонця	38. Тривалість життя людини	39. Одиниця спадкової речовини	40. Гармонійне поєднання голців	41.	42. Смуга поля
43. Бул	44. Буд-ка, рун-дук	45. Ст. франц. грошова одиниця	46. Нейтронні зорі	47. Птах	48. Снігова буря
49. ... банк	50. Екзамен у студентів-медиків	51. Поневолення	52.	53. Електрод приладу	54. Укр. літак
55. Горлянка	56. Японська гра	57.	58. Квітка	59. Верхня частина глотки	60. Рос. художник
61. Порода низьких коней	62. Орган зору	63. Військовий підрозділ	64. Місто в Греції	65. Казкова країна	66. Сетка
67. Нероба	68. Балакун у клітці	69. Старослов. літера	70. У латинян — «я»	71. Лихо, біда	72. Порода собак
73. Штат у США	74. Не проти	75.			

Відповіді на сканворд, вміщений у № 8, 2007 р.

1. Добровольська. 2. Авіатор. 3. Вуж. 4. «Турандот». 5. Вілія. 6. Вобла. 7. Іжиця. 8. Лев. 9. Туя. 10. Ямб. 11. Му. 12. Саєнко. 13. Архів. 14. За. 15. Марс. 16. КраЗ. 17. Наміб. 18. М'ята. 19. Су. 20. Хрін. 21. Ада. 22. Кантор. 23. Євнух. 24. Ра. 25. Орт. 26. Двір. 27. Маршал. 28. Мир. 29. Сим. 30. Риніт. 31. Кроква. 32. Іф. 33. Фарс. 34. Найда. 35. НЛО. 36. АМО. 37. Рококо. 38. Каунас. 39. Стригун. 40. Фат. 41. Фас. 42. Татри. 43. Акр. 44. Ар. 45. Шток. 46. Єнот. 47. Фанг. 48. Край. 49. Орангутанг. 50. Рада. 51. Удар. 52. Чашолисток. 53. Ге. 54. Нут. 55. Адреналін. 56. Тіло. 57. Алібі. 58. Ви. 59. Черга. 60. Огар. 61. Нозологія. 62. Віадук. 63. Бра. 64. Кабаре. 65. Уділ. 66. Робота. 67. Аквапель. 68. Ізиди. 69. Тин. 70. Онук. 71. Гофр. 72. КВ. 73. Хім'як. 74. Дудар. 75. До. 76. Зруб. 77. Кіш. 78. Ош. 79. Орхідея. 80. Дербі. 81. Яз. 82. Ода. 83. Ефа. 84. Іл. 85. Сморгж. 86. Га. 87. Ель. 88. Сі. 89. Ага. 90. Дефо. 91. Ллот. 92. Вія. 93. Кріп. 94. Арка. 95. АТС.