ЗМІСТ

В.Ф. Москаленко
ПРОФІЛАКТИКА - ЯК ОСНОВА У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 4

Т.І. Чабан, Н.Ю. Ткачишина
АНАЛІЗ ОБ'ЄКТИВНОСТІ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ 11

Т.О. Перцева, В.М. Лехан, М.Б. Щербиніна
ЛІЦЕНЗІЙНИЙ МЕДИЧНИЙ ІСПИТ "КРОК 3. ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА. ПЕДІАТРІЯ": ПЕРШИЙ ДОСВІД З ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПІЛОТНОГО ТЕСТУВАННЯ 14

Г.С. Сенаторова, Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко, В.О. Фьоклін, Н.С. Титова, Т.В. Сіренко, М.О. Гончар
МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ 18

І.Р. Мисула, В.В. Мальований, В.Б. Доброродній, С.С. Слободян
ОПТИМІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ КРАЇНОЗНАВСТВА СЛУХАЧАМ ІНОЗЕМЦЯМ ПІДГОТОВЧОГО ВІДДІЛЕННЯ 20

В.Я. Гальченко, В.Г. Пінькас
МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЙОГО МІСЦЕ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 23

О.О. Воронцов, В.Б. Гощинський, Н.О. Архипова
ЗАСТОСУВАННЯ НАВЧАЛЬНИХ ВАРІАНТІВ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ЦИКЛІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ 26

Т.О. Перцева, І.В. Тищенко, К.Є. Богацька, Л.І. Конопкіна, О.Г. Черкасова, О.О. Бондарева
ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ 29

М.Я. Бабич
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА САМОРЕАЛІЗАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ВИКЛАДАЧА І СТУДЕНТА В НАВЧАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ 33

О.І. Дядик, А.Е. Багрій, В.Б. Гнилицька, М.В. Хоменко, А.Л. Христуленко, І.І. Здиховська, Л.Є. Оборнев, В.С. Гольдіс, В.О. Гайдуков, О.М. Агібалов, І.В. Мухін, О.В. Щукіна
10-РІЧНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В ІНТЕРНАТУРІ 38

І.С. Вітенко, В.С. Бітенський, Е.В. Мельник, В.А. Пахмурний, Т.М. Чернова, К.В. Аймедов
ПОЗААУДИТОРНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ "ПСИХІАТРІЯ" 41

І.В. Шумлянський, Я.О. Маслій, П.М. Цимбала, В.М. Покоївчук, О.В. Качан, С.Г. Казирід
ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІСТІВ ПРОБЛЕМАМ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ 45

С.М. Калугіна, І.Г. Купновицька
ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДІВ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ З ФАРМАКОЛОГІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ 48

І.С. ВІТЕНКО. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. Харків: Золоті сторінки, 2002. – 387 с. 51

І.П. Гуркалова, Р.Ф. Макулькін, А.І. Гоженко, Л.В. Герасимова
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ В ОДЕСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА І КЛІНІЧНА ПАТОФІЗІОЛОГІЯ) 53

ВАСИЛЮК ВАСИЛЬ МИКОЛАЙОВИЧ 57

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– посилання на статті:

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

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

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Гоніський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115 – 116.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

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

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

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

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

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

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

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

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

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

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

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

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

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

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу "Медична освіта"
Видавництво "Укрмедкнига"
Медична академія
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху !

Провідними факторами, що обумовлюють здоров'я (індивідуальне і громадське), є: спосіб життя (СЖ); стан навколишнього середовища (СНС); спадковість (С); охорона здоров'я (03). За ознакою можливості регулювання ФРЗ вони можуть бути розподілені на керовані та некеровані.

Без розробки кількісної концепції визначення їх важливості, з точки зору їх можливого впливу, існує велика вірогідність того, що політика у цьому напрямі буде визначатися виключно такими факторами, як тиск з боку окремих груп або емоційне забарвлення окремих випадків. Тому головним завданням аналізу ризиків є оптимізація порівняння між оцінками впливу різних ФР. Важливий також всебічний підхід щодо визначення різних видів небезпеки, незалежно від таких факторів, як місце у конкретному причинно-наслідковому ланцюжку та наукові методи, які використовуються у процесі аналізу. Організаційні засади впровадження та управління ФРЗ наведені у табл. 2.

Таблиця 2. Основні напрями системної оцінки ФРЗ

Для оцінки ФР та доведення цієї інформації до відома громадськості та ДО потрібна стандартизована і порівняльна рамкова структура. Останнім необхідно вирішувати проблеми, пов'язані з деякими видами небезпеки, беручи до уваги чітко встановлені важливіші ФР та вдосконалення системи, використання витратноефективних заходів втручання. Для багатьох країн, особливо для бідніших верств населення, потенційна користь достатньо велика – як мінімум додаткових десять років здорового життя (табл. 3).

Для надання допомоги щодо ідентифікації найважливіших видів небезпеки для здоров'я необхідні відповідні критерії, які можуть включати: потенційний глобальний вплив, який охоплює всі найважливіші причини смертності та інвалідності (які є провідними причинами тягаря хвороб), надійність та послідовність наукових даних та можливості модифікації. Інші фактори, які дозволяють визначити наявність відповідної політики у цій сфері, включають сприйняття громадськістю відповідних ризиків та вигоди, масштаби розподілу таких ризиків та ступінь нерівності з точки зору їх результатів. Успішна ліквідація небезпеки для здоров'я передбачає участь багатьох представників різних верств суспільства, поєднання наукового та політичного прогресу, безліч якісних та кількісних оцінок і можливості щодо відкритого спілкування та діалогу [10].

Таблиця 3. Схема алгоритму дій від оцінки ФРЗ до реальних результатів покращення здоров'я населення

Часто найбільший тягар РЗ при падає на вразливі групи: бідніші та малоосвічені верстви населення. Ліквідація цього дисбалансу – ключове завдання сучасної політики ВООЗ, органів охорони здоров'я країн, починаючи з оцінки того, наскільки широко розповсюджені ФРЗ серед найбідніших верств населення.

Протягом останніх десятиліть швидко зростає обсяг аналізу ризиків [11]. Він зосереджений в основному на ідентифікації, кількісному визначенні, описі різних видів небезпеки для здоров'я людей та навколишнього середовища. Однак аналіз ризиків – це заходи не тільки наукового, але і політичного плану. Певну роль у цьому аналізі грає також сприйняття існуючої небезпеки громадськістю, що додає до цієї роботи такі аспекти, як цінності, процедури, владу та довір'я до створеної картини існуючої небезпеки. Таким чином, найголовнішими питаннями, які підлягають обговоренню, є роль та внесок оцінки ризиків, розповсюдження інформації щодо ризиків, керування ризиками, витратність та ефективність профілактики ризиків і розробка відповідної політики [12].

Оцінка провідних ФРЗ у вибраній сукупності факторів ризику наводиться у табл. 4. Ці оцінки розраховані у співробітництві зі всесвітньою мережею експертів, які спеціалізуються на оцінці ризиків. У глобальному плані основною причиною хвороб у 2000 р. була білково-калорійна недостатність (БКН) – явище, яке розповсюджено головним чином у малорозвинених регіонах [2]. На таку недостатність та пов'язаний з нею дефіцит харчових мікроелементів припадає до третини всіх хвороб у Африканському регіоні.

Таблиця 4. Окремі найважливіші причини хвороб (дані ВООЗ, 2000 р.)

Показники		Групи країн * з високою МС та високою або дуже високою СД	Групи країн* з низькою МС та низькою СД	Групи країн з дуже низькою або низькию МС
Всього населення (тис. осіб)		2 295 264	2 396 789	1 353 119
Передбачена частка тягара втрачених років життя коректуванням на інвалідність	у відсотках (%) більше 5	БКН, НСС	ВА, ВКТ, БКН, ВТ	ВА,ВКТ,ВВХ,ВТ
	1-5	ВА, ВКТ, ВВХ, ДП/ТВП, ДЗ, ВТ,НВС/Г, ДЦ	ВІМТ, ВВХ, ДП/ТВП, ДЗ, ВФА, НВС/Г	ВІМТ, ВФА
	менше 1	СН/Д, ВІМТ, АС, ВПГВ, ВФА, ОПР, НМІ, НВ, ДВА	СН/Д, АС, ВПГВ, ОПР, НМІ, НСС. НВ, ДВА, ДЦ	СН/Д, ДП/ТВП, ДЗ, АС, ВПГ В, БКН, ОПР,НІМ, НСС, НВС/Г, НВ, ДЦ
Загальний тягар хвороб		845 628	411 268	21 5 496

АС – абсорбція свинцю
БКН – білково-калорійна недостатність
ВА – вживання алкоголю
ВВХ – високий вміст холестерину
ВІМТ – високий індекс маси тіла
ВКТ – високий кров'яний тиск
ВПГВ – відсутність практики грудного вигодовування
ВТ – вживання тютюну
ВФА – відсутність фізичної активності
ДВА – дефіцит вітаміну А
ДЗ – дефіцит заліза
ДП/ТВП – дим усередині приміщень від спалювання твердих видів палива
ДЦ – дефіцит цинку
НВГ – небажана вагітність
НВС/Г – небезпечна вода, санітарія та гігієна
НСС – небезпечні статеві стосунки
ОПР – окремі професійні ризики
НМІ – небезпечні медичні ін'єкції
СН/Д – статеве насилування дітей

Деякі причини діють сумісно та можуть усуватися за допомогою відповідних заходів, наприклад, ті, які пов'язані з недостатністю харчування та недостатністю вітамінів (МС – смертність малюків, СД – смертність дорослих).

Фактором ризику, на який припадає більша частина тягаря хвороб, які концентруються також у Африканському регіоні, є небезпечні статеві стосунки (НСС). Далі йдуть ще чотири фактори ризику: високий кров'яний тиск (ВКТ) та вживання тютюну (ВТ); вживання алкоголю (ВА) та небезпечна вода (НВ), санітарія або гігієна (С/Г) [13]. Провідні причини хвороб у країнах при розподілі за категоріями доходів наведені у табл. 5.

Оцінка ризиків дає можливість розраховувати тягар хвороб, які обумовлені різними ФР, кожний з яких можна виміряти за допомогою найрізноманітніших стратегій. Така оцінка може дати загальну картину відносних ролей щодо здоров'я людей, яка, у свою чергу, може допомогти у визначенні кола найважливіших питань, за якими необхідно провести дослідження та розробити політику. Окрім того, вона дозволяє виявити потенційні вигоди щодо здоров'я у результаті усунення цих ризиків.

Таблиця 5. Провідні причини хвороб у країнах при розподілі за категоріями доходів

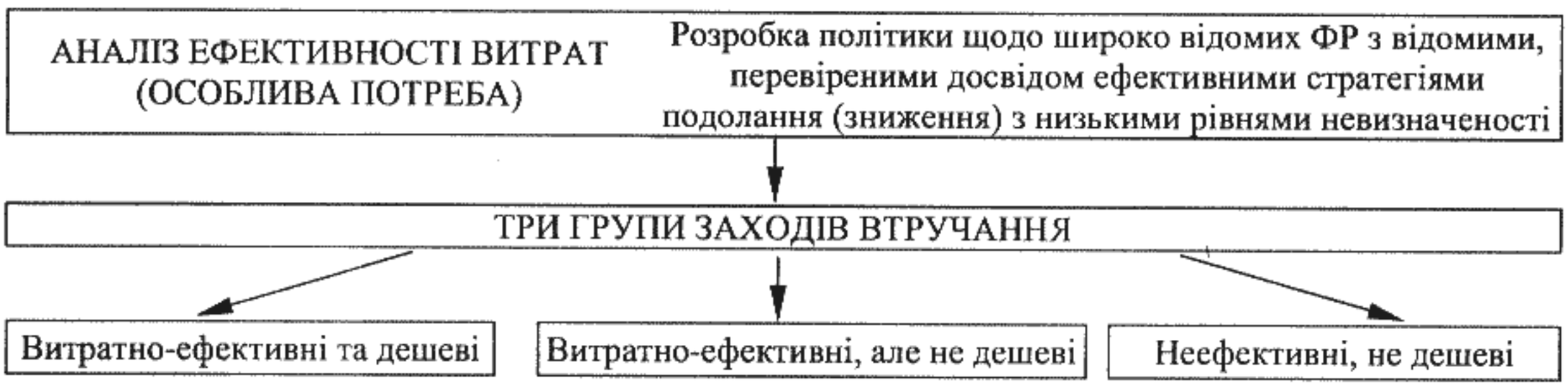
Аналіз ефективності витрат є одним із засобів, які можуть бути використані ДО для оцінки тих заходів, які забезпечують найбільшу "окупність витрат". На сьогодні є багато варіантів, які можна розглядати при виборі тих чи інших потенціальних методів втручання. Ідеальний метод втручання міг би міститися у діях, спрямованих на усунення того ФР, який є причиною виникнення хвороб. Також є

методи втручання, які можливо розглядати у якості ідеальних, наприклад, добавка вітаміну А та інші. Особливо тяжкою проблемою є прийняття компромісного рішення у зв'язку з вибором між лікуванням та профілактикою. Цю ситуацію можливо проілюструвати на прикладі теперішніх вимог забезпечити високоефективне антиретровірусне лікування хворих, інфікованих на ВІЛ/СНІД, без виділення ресурсів на добровільне консультування і тестування та без проведення роботи з більш широкого застосування практики безпечних статевих стосунків. Ефективність цих двох заходів втручання з точки зору витрат дуже не однакова.

Друга проблема вибору, з якою стикаються ДО, полягає у тому, чи слід їм акцентувати свою роботу на особах, які схильні до високого ризику, або застосовувати своєрідний демографічний підхід, який полягає у зменшенні впливу ризику. Чи є більш ефективним з точки зору витрат забезпечення вторинної профілактики, осіб, які курять [8], страждають на гіпертензію, від високого вмісту холестерину, від ожиріння, у яких уже було перше серцево-судинне порушення та які схильні до високого ризику ще одного порушення, чи краще приступити до втілення програм щодо зміни стилю життя на рівні всього населення, результати яких можуть виявитися через тривалий час? Великі зрушення у демографічній структурі населення, схильного до того чи іншого фактора ризику, цілком можливі, як це вже було підтверджено на прикладі програми щодо запобігання серцево-судинних захворювань у Фінляндії. У тих випадках, коли ризики можливо виміряти, вони продовжують знижуватися по відношенню до найважливіших факторів ризику та сягають найнижчих рівнів спостереження [4].

Аналіз ефективності витрат найбільш корисний у випадках розробки політики відносно звичайних та широко розповсюджених факторів ризику, які також добре зрозумілі вченим, мають у розпорядженні ефективні стратегії зниження та характеризуються низькими рівнями невизначеності. Такий аналіз, найвірогідніше, надасть можливість визначити три групи заходів втручання: витратноефективні та дешеві; витратноефективні, але недешеві та неефективні з точки зору витрат та не пріоритетні. В міру підвищення рівнів невизначеності – чи йде мова про оцінку ризиків, або наявність фактичних даних, необхідних для розробки стратегії зниження, – корисність аналізів ефективності витрат при прийнятті рішення щодо управління ризиками стає меншою (табл. 6).

Таблиця 6. Ефективність витрат: тактика та стратегія



Нарешті, виняткове важливе значення має зіставлення між впливом заходів втручання на майбутнє здоров'я населення та впливом ФР. Разом з тим, важливо також визначити роль інших заходів втручання, які сприяють досягненню таких необхідних із соціальної точки зору цілей, як зниження нерівності з точки зору здоров'я та гнучке реагування на очікування населення (табл.7).

Дослідження, які були розпочаті ще у 80-90-х роках дозволили виявити істотні розбіжності у сприйнятті одного і того ж ризику, особливо між вченими та населенням у цілому, наприклад, у випадку ризиків, обумовлених ядерною енергією або автотранспортними засобами. Сьогодні все ширше визнають, що сприйняття цих ризиків обома групами має важливе значення та, що успішна політика в галузі управління ризиками повинна будуватися на погоджувальній основі. Інші аспекти ризиків, виявлені вони або невиявлені, чи вільно або невільно підпадають під їх вплив люди, поєднані вони з небезпекою, страхом або ні, чи можуть вони призвести до передачі наслідків від одного покоління іншому, були у всіх випадках сприйняті важливими щодо пояснення стурбованості населення [6]. Дослідження також виявили, що до невеликих та загальних ризиків люди ставляться терплячіше, у той же час як незвичайні, але драматичні ризики можуть викликати значні розбіжності. Проте у тих випадках, коли вигода від тої або іншої технології буде істотною, а ризик несприятливого впливу вельми низьким, як, наприклад, у випадку багатьох вакцин, медичних процедур та медикаментозних лікарських засобів, ці ризики, звичайно, допускаються як фахівцями, так і громадськістю (табл. 8).

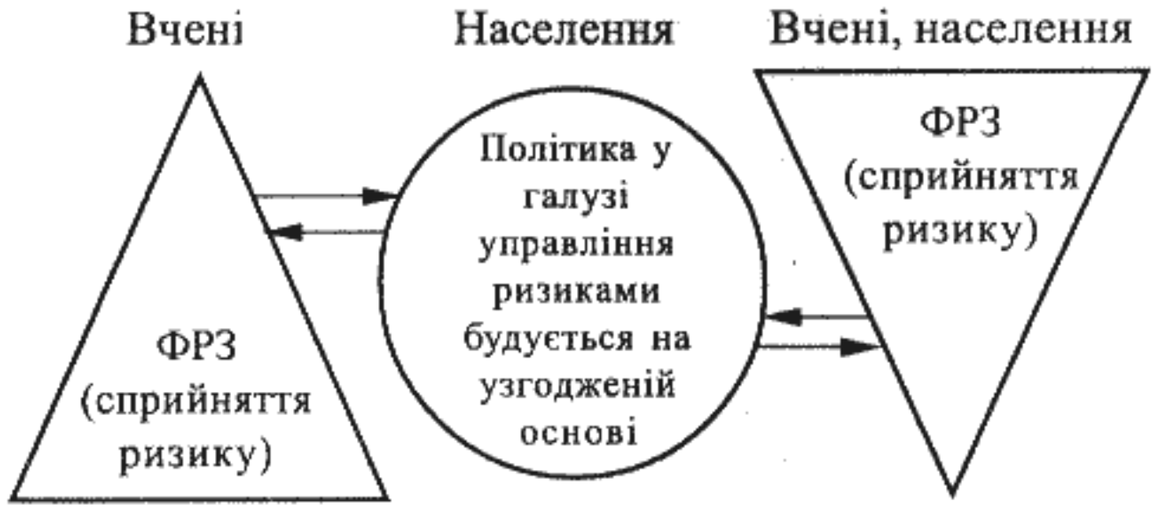
Таблиця 7. Взаємний вплив факторів ризику на заходи втручання

На сьогодні широко визнається передача інформації щодо ризиків, зокрема, у відношеннях між ДО та їх науковими консультантами, з одного боку, та групами особливих інтересів – з іншого. Значний вплив на вибір кінцевої політики з модифікації та обмеженню ризиків для здоров'я мають такі моменти, як спосіб, за допомогою якого робиться опис та "кваліфікуються" ризики, хто виступає від імені наукових кіл, яким чином організовано діалог та переговори та чи доводяться належним чином до відома населення невизначеності, пов'язані з цими ризиками. Для здійснення розумної політики обмеження ризиків велике значення має атмосфера взаємної довіри між усіма сторонами. Проте у тих випадках, коли політика в галузі обмеження та регулювання ризиками стосується корпоративних інтересів (наприклад, компаній з виробництва алкогольних напоїв та тютюнових виробів), часто розпочинаються добре організовані спроби спровокувати наукові та публічні суперечки з метою заважати досягненню політичного та громадського консенсусу.

У політиці щодо керування ризиками необхідно враховувати місцевий контекст, а особливо культуру і суспільство, а також політичні та економічні реалії. Проте, що стосується країн з низьким та середнім рівнями доходу та різних суспільств, то досліджень в галузі РЗ проводиться ще замало. На сьогодні є реальна потреба у більшій кількості епідеміологічних даних щодо РЗ та відповідної інформації щодо сприйняття ризиків та доведення її до відома громадськості. Наприклад, до цього часу не зовсім зрозумілий механізм впливу злиденності та поведінки на уразливість різних груп населення по відношенню до ВІЛ/СНІДу на засіб, за допомогою якого окремі люди намагаються усунути ризик, пов'язаний з передачею цієї хвороби (табл. 9).

Політика в галузі керування ризиками варіює залежно від того, чи можливо РЗ згрупувати у категорії, які додре вивчені наукою та є загальними (наприклад, такі, як кров'яний тиск, вживання тютюну, відсутність доступу до чистої води), у ті категорії, які менш зрозумілі (включення овочів у раціон харчування) або менш розповсюджені (дефіцит цинку, абсорбція цинку) та ті категорії, які не зовсім зрозумілі (зміна клімату). Певні наукові невизначеності, вірогідно, варіюються аналогічним чином (табл. 10).

Таблиця 8. Схема та варіанти сприйняття ФРЗ для визначення політики у галузі управління ризиками



Таблиця 9. Схема сприйняття ризиків

Таблиця 10. Варіанти групування ФРЗ за категоріями (варіанти, приклади)

ВА – вживання алкоголю, ВТ – вживання тютюну, Д/ЧПВ – доступ до чисюї питної води, ДЦ – дефіцит цинку, ЗК – зміна клімату, КТ – кров'яний тиск, О – ожиріння, О/РХ – овочі у раціоні харчування.

З метою максимального забезпечення вигоди щодо здоров'я від стратегій керування ризиками ДО

необхідно використовувати такі підходи, які передбачають, у першу чергу, усунення основних екологічних (наприклад, зміна клімату) та периферичних (наприклад, санітарія) ризиків, а також більш проксимальних ризиків [9]. Потрібні також стратегії щодо розширення профілактики як шляхом зниження рівня схильності людей до ризиків у масштабі всього населення, так і шляхом цілеспрямованої роботи з людьми, схильними до високого ризику, у визначених підгрупах населення (табл. 11).

Таблиця 11. Основні напрями дій директивних органів щодо забезпечення здоров'я при застосуванні стратегій управління ризиками

Найбільші суперечки викликає керування рідкісними вельми невизначеними ризиками. Фактори, які стримують прийняття відповідних заходів, включають недостатні наукові знання, істотну різницю у сприйнятті ризику, конфлікти між державними та приватними пріоритетами, наявність недостатніх фактичних даних щодо зниження і регулювання ризиків та слабку систему прийняття програмних рішень. Навряд чи можливо розраховувати на прийняття політики щодо зниження рівня впливу ризиків у масштабі всього населення. Залежно від важливості, яка надається даному виду ризику науковими і політичними колами та громадськістю, різні варіанти політики в галузі управління ризиками можуть міститися у наступному:

а) зачекати та подивитися;

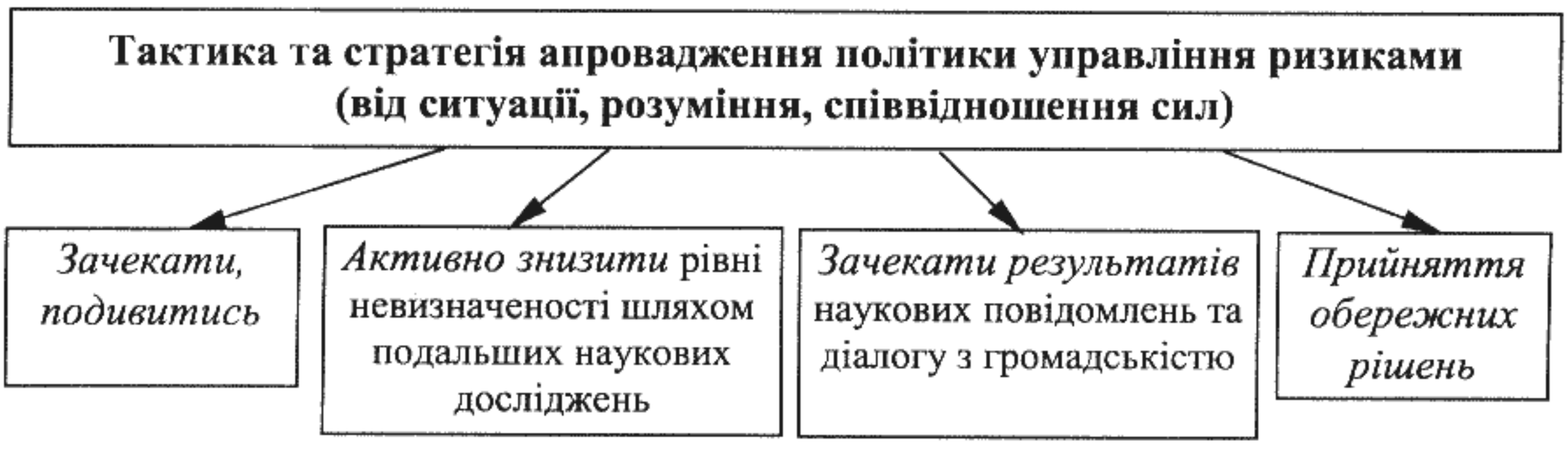
б) активно намагатися знизити рівні невизначеності шляхом подальших наукових досліджень;

в) зачекати результатів подальших наукових повідомлень та діалогу з громадськістю;

г) або прийняти обережний підхід, особливо у випадку невільних ризиків.

Принцип передбаченого підходу можливо використати у тих випадках, коли широко визнається, що потенційні серйозні ризики реальні, а їх потенційні, але невідомі наслідки можуть також бути вельми руйнівними, коли існують кардинальні розбіжності у думках відносного сприйняття ризику та коли наукові дані про той чи інший вид небезпеки, вірогідності виникнення ризику або масштабів наслідків відсутні чи недостатні, цей принцип найкраще застосовувати у серйозних ситуаціях, коли прийняття рішень неможливе через силу високого рівня невизначеності та сварок (табл.12).

Таблиця 12. Принцип передбаченого підходу: алгоритм дій



Принцип передбачуваного підходу (застосування)	– широке визнання реальності потенційних серйозних ризиків – потенційні, але невідомі наслідки – руйнівні

Директивні уряди покликані грати важливу роль у зниженні рівня впливу ризиків на їх населення. Людям також необхідно зрозуміти, яким чином їх ДО приймають рішення, пов'язані з управлінням такими ризиками. Вже накопичено певний досвід відносно найефективніших засобів передачі інформації щодо ризиків, включно необхідність надання всіх відомих фактів та невизначеність і забезпечення того, щоб особи, які сповіщають про ризик були висококваліфікованими та визнаними, але незалежними експертами [7]. У цьому зв'язку важливо розвивати культуру довіри між посадовими особами,

експертами, громадськістю та засобами масової інформації.

Необхідність укріплення довіри передбачає необхідність у більш відкритій системі управління та у регулюючих органах, які не схильні до політичного тиску. Громадськість повинна знати всю інформацію щодо ризику, а діяльність наукових консультантів повинна бути відома громадськості та носити відкритий характер. Засоби масової інформації також повинні мати право на проведення без перешкод розслідування та публікування своїх висновків.

Насамкінець, слід ще раз нагадати, що для багатьох країн, в тому числі для України, особливо для бідніших верств населення, потенційна користь від вищезгаданої діяльності достатньо велика – як мінімум додаткових десять років здорового життя [13].

Висновки. 1. Директивні органи країн (уряди, міністерства, відомства тощо) покликані відігравати важливу роль у зниженні впливу факторів ризиків на здоров'я населення їх країн.

2. Важливою умовою управління впливом факторів ризику на здоров'я населення є ефективна система збирання, аналізу та передавання інформації щодо ризику, в тому числі наявність висококваліфікованих, визнаних та незалежних експертів, існування системи довіри між громадськістю, посадовими особами, експертами та засобами масової інформації.

3. Чітко налагоджена діюча система профілактики впливу факторів ризику для здоров'я є запорукою покращення здоров'я та збільшення тривалості життя населення.

Література

1. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. – Киев, 1989. – 204 с.

2. Здоровье населения в Европе. Региональная публикация ВОЗ. Европейская серия № 83. – Копенгаген: ВОЗ. – 1997. – 90 с.

3. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.

4. Метелица В.И., Мазур Н.А. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца. – М., 1976. – 87 с.

5. Методологические проблемы учения о факторах риска с позиций профилактической медицины / И.А. Гундаров, И.С. Глазунов, В.Ю. Лисицын и др. //Вестник АМН СССР. – 1988. – № 2. – С. 34-41.

6. Нагорна А.М., Ковешнікова І.В. Самооцінка здоров'я та розповсюдженість деяких факторів ризику серед населення різної статі і міст України (за результатами медико-соціологічних досліджень). Вопросы здравоохранения Донбасса /Сб. статей. – Донецк, 2000. – С. 25-29.

7. Основні соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2001 році: Статистичний бюлетень. – К.:Держкомстат України, 2001. – 65 с.

8. Рекомендації з профілактики і лікування тютюнокуріння /CINDI Україна. – К., 2001. – 20 с.

9. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі 2001 р. – Київ: МОЗ України, Український інститут громадського здоров'я, 2002. – 382 с.

10. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. Здоровый образ жизни. Теоретические и прикладные проблемы (аналитический обзор). – К., 2002. – 21 с.

11. Факторы риска для здоровья. Материалы 55-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения ВОЗ. Женева, 2002 г.

12. Berg F.M. Special report: health risk of obesity and health. Bismark, ND Healthy Liying Institute, 1993. – 91 p.

13. Dawber Th.R. Thej Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease. – Cambridge, 1980. – 253 p.

УДК 616-074

АНАЛІЗ ОБ'ЄКТИВНОСТІ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Т.І. Чабан, Н.Ю. Ткачишина

Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини

THE ANALYSIS OF OBJECTIVITY OF THE TEST CONTROL OF KNOWLEDGE OF STUDENTS OF THE HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

T.I. Chaban, N.Yu. Tkachyshina

Kiev Medical Institute of the Ukrainian Association of National Medicine

Введення тестового контролю знань студентів вищих медичних навчальних закладів викликало багато питань стосовно того, наскільки достовірно він відображає знання студентів та наскільки відповідає оцінкам, які студенти отримують на усних екзаменах.

Були розраховані та проаналізовані кореляційні зв'язки між результатами тесту з терапії та оцінками і тестами інших дисциплін, в результаті чого ми отримали висновок, що тест з терапії Крок-2 є об'єктивним критерієм стосовно оцінки знань студентів і не поступається результативній оцінці усних екзаменів.

Introduction of the test control of knowledge of students of the higher medical educational institutions has caused many questions concerning authenticity of students' knowledge displaying and its conformity with grades, which students receive at oral examinations.

There were designed and analysed correlative relations between the results of the test in therapy and grades and tests in other disciplines. Therefore we have made a conclusion that the test in therapy Step-2 is an objective criterion concerning an estimation of students' knowledge and it does not concede to a productive estimation of oral examinations.

Вступ. Корінні та глибокі зміни в суспільних відносинах, чинному законодавстві України потребують суттєвої перебудови викладання багатьох дисциплін та внесення суттєвої корекції до них.

Повинна бути створена система формування потреби майбутніх фахівців у самовдосконаленні і самовихованні [1]. Звісно, не останню роль відіграє особистість кожного з випускників, рівень сприйняття та систематизації знань, а також точка зору на майбутню професію [2].

Одним із напрямків діяльності ВНЗ взагалі та вищих медичних навчальних закладів зокрема, є реалізація стратегії інтеграції України до Європейського Союзу. З цією метою закінчується впровадження системи інтегрованих ліцензійних іспитів із незалежною від ВНЗ оцінкою знань за державними стандартами [3]. Результати ліцензійного іспиту дозволяють отримати об'єктивну картину "українського випускника-лікаря", а сам інтегральний іспит Крок-2 є прогресивною формою в роботі вищої медичної школи [4, 5].

Без сумніву, якість освіти значною мірою залежить від контролю, його об'єктивності і систематичності. Контроль можна трактувати двояко: як можливість наочно продемонструвати студентові його непідготовленість, незнання матеріалу, невиконання навчальної програми та як тест ефективності системи навчання, потреби її корекції або й радикальної зміни [6].

На сьогодні в педагогічній діяльності закладів вищої медичної освіти впроваджене тестування за тестами Крок-2 для підвищення якості підготовки майбутніх лікарів. В кожному з вищих навчальних медичних закладів модифікують сучасний варіант автоматизованої оцінки знань випускників.

Широко втілюється модульно-рейтингова система навчання і контролю знань студентів, що відкриває значні можливості для підвищення якості знань студентів, стимулює і організовує працю, забезпечує високу ефективність оцінювання знань, перетворює контроль у дійову складову управління процесом навчання [7].

Використання комп'ютерного тестування впроваджується з метою об'єктивізації оцінки знань. В той же час в клінічній медицині для всебічної оцінки теоретичної та практичної підготовки лікаря не можна повністю покладатися тільки на результати

© Т.І. Чабан, Н.Ю. Ткачишина, 2003

комп'ютерного екзамену. Доцільно проводити співбесіду та оцінювати практичні навички, уміння встановити діагноз, провести диференціальний діагноз, скласти план обстежень та лікування конкретного хворого [8]. Так, наприклад, в Івано-Франківській державній медичній академії існує дві форми тестувань: практично-орієнтований державний іспит та комп'ютерна атестація [9].

Але результати проведених інтегрованих ліцензійних іспитів ще не використовуються в повному обсязі як засіб вдосконалення навчального процесу. Тому і ведеться дискусія стосовно відповідності результатів тестування дійсним знанням студентів та результатам усних екзаменів.

Основна частина. У зв'язку з тим, має місце питання про те, що має більшу об'єктивність відображення знань студента: тестовий контроль чи усний екзамен? – були проаналізовані результати тестів та екзаменів 110 студентів: розраховані та проаналізовані кореляційні зв'язки між результатами тесту з терапії та оцінками з пропедевтики внутрішніх хвороб, а також факультетській, госпітальній терапії і загальною оцінкою на випускному іспиті.

Також, враховуючи великий об'єм матеріалу різних терапевтичних дисциплін, що об'єднуються на екзамені єдиним терміном "Терапія", були розраховані та отримали оцінку кореляційні зв'язки між результатами тестів з терапії та тестів з інших дисциплін: хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології, гігієні і, нарешті, отриманий кореляційний зв'язок тесту з терапії із загальним тестом.

За результатами отриманих даних були побудовані таблиці.

Таблиця 1. Кореляційний зв'язок між показниками тесту з терапії та оцінками з терапевтичних дисциплін

Дані тестування	Оцінки з терапевтичних дисциплін	R	p
Тест з терапії	Пропедевтика внутрішніх хвороб	0,45	<0,05
Тест з терапії	Факультетська терапія	0,47	<0,05
Тест з терапії	Госпітальна терапія	0,52	<0,05
Тест з терапії	Державний екзамен з терапії	0,67	<0,01

Примітка. В таблиці зазначений коефіцієнт кореляції між відповідними парами показників.

Отже, аналіз отриманих результатів показав наявність помірного позитивного прямого кореляційного зв'язку між результатами тесту з терапії та оцінками, отриманими в результаті усних екзаменів з терапевтичних дисциплін (коефіцієнт r коливався від +0,45 до +0,52 ($p<0,05$)), а з випускним екзаменом з терапії кореляційний зв'язок наближався до високого рівня та склав +0,67 ($p<0,01$).

Таблиця 2. Кореляційний зв'язок між показниками тесту з терапії та тестів із інших дисциплін

Дані тестування	Дані тестування	R	p
Тест з терапії	Тест з хірургії	0,79	<0,01
Тест з терапії	Тест з педіатрії	0,74	<0,01
Тест з терапії	Тест з акушерства та гінекології	0,67	<0,01
Тест з терапії	Тест з гігієни	0,57	<0,05
Тест з терапії	Загальний тест	0,94	<0,001

Примітка. В таблиці зазначений коефіцієнт кореляції між відповідними парами показників.

Порівняний аналіз даних тестування з терапії із даними тестування з інших дисциплін в таблиці 2 показав майже у всіх випадках наявність високого позитивного кореляційного зв'язку ($p<0,01$), а у порівнянні з показниками загального тесту він становив +0,94 ($p<0,001$).

Приводячи до єдиного знаменника результати, що знайшли відображення в таблицях та базуючись на власному досвіді, можна стверджувати, що результати тесту з терапії Крок-2 є об'єктивним критерієм стосовно оцінки знань студентів і не поступаються результативній оцінці усних екзаменів.

Також, враховуючи значний обсяг тестових питань з різних терапевтичних дисциплін виключається фактор випадковості правильних відповідей, даних студентами.

Висновки. 1. Результати тестів з терапії Крок-2 свідчать про об'єктивність оцінювання знань студентів при використанні тестування.

2.Тести враховують знання студента з різних

терапевтичних дисциплін і потребують більш швидкого прийняття рішення, що є важливим для клініциста.

3. Існує пряма залежність між результатами усних іспитів та результатами тестів, що свідчить про відсутність принципової різниці в оцінюванні знань студентів між однією та другою формами екзаменування.

4. Перспектива даних досліджень полягає в тому, щоб досягнути більш високих кореляційних показників між результатами усних екзаменів і результатами тесту.

Література

1. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стан і проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні // Медична освіта. – 2001. – №4. – С. 5-13.

2. Ткачишин В.С. Категорії студентських груп медичного університету // Матеріали наук.-метод. конф. – Чернівці, 2002. – С. 656-657.

3. Москаленко В.Ф. Доповідь на підсумковій колегії МОЗ 12.02.2001 // Медична освіта. – 2001. – №1. – С. 5-10.

4. Вороненко Ю.В., Булах І.Є., Мруга М.Р. Аналіз академічних досягнень студенті в вищих медичних навчальних закладів України (за даними медичного ліцензійного іспиту 2002 року) // Медична освіта. – 2002. – №4. – С. 8-14.

5. Пішак В.П., Коломоєць М.Ю., Тащук В.К. Порівняльний аналіз результатів державних випускних іспитів і ліцензійного іспиту Крок-2 і шлях удосконалення державної атестації випускників медичних факультетів // Медична освіта. – 2002. – № 3. – С. 18-24.

6. Білик Л.С., Шевченко Т.П., Грабовецька З.І. Деякі аспекти підвищення якості медичної освіти // Медична освіта. – 2001. – № 4. – С. 23-24.

7. Скрипніков М.С., Бобирьов В.М., Павленко Л.Г. Досвід інтенсифікації навчального процесу в Українській медичній стоматологічній академії // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 1(4). – С. 52-55.

8. Юрцева А.П., Павликівська Б.М. Шляхи оптимізації навчального процесу при вивченні пропедевтичної педіатрії з урахуванням досвіду державного практично-орієнтованого іспиту //Архів клінічної медицини. – 2002. – № 1. – С. 84-85.

9. Нейко Є.М., Глушко Л.В., Середюк Н.М. Досвід формування кадрової та матеріально-технічної бази навчального і науково-дослідного процесу в медичній академії // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3-4 (6-7). – С. 66-70.

УДК 371.3-61

ЛІЦЕНЗІЙНИЙ МЕДИЧНИЙ ІСПИТ "КРОК 3. ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА. ПЕДІАТРІЯ": ПЕРШИЙ ДОСВІД З ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПІЛОТНОГО ТЕСТУВАННЯ

Т.О. Перцева, В.М. Лехан, М.Б. Щербиніна

Дніпропетровська державна медична академія

LICENSE MEDICAL EXAMINATION "STEP 3. MEDICAL BUSINESSES. PEDIATRY": THE FIRST EXPERIENCE OF PREPARATION AND REALIZATION OF TRIAL TESTING

T.O. Pertseva, V.M. Lekhan, M.B. Shcherbynina

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті обговорюється перший досвід підготовки та проведення пілотного ліцензійного медичного іспиту "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія." Розглянуто дискусійні питання щодо його концепції, мети, структури змісту, а також з підготовки лікарів-інтернів до складання цього іспиту. Є нагальна потреба поєднання контролю знань з надання першої лікарської допомоги при невідкладних станах та екстремальних ситуаціях, протиепідемічних заходах щодо особливо небезпечних інфекційних хвороб та ранньої діагностики пухлин, з їх підтвердженням у практичній діяльності під час проходження інтернатури.

The first experience of preparation and realization of trial license medical examination "Step 3. Medical businesses. pediatry" is discussed in article. The debatable questions concerning the concepts, purpose, structure of the contents of this examination, and also preparation of the doctors for its passing. There is a necessity to combine the control of knowledge on granting the first medical assistance at urgent condition and extreme situations, antiepidemic measures at especially dangerous infectious illnesses and early diagnostics of tumours, with their confirmation in practical activity during postdiploma education.

Вступ. Сьогодні реальність ставить перед медичними ВНЗ необхідність підготовки кваліфікованого сучасного фахівця, який зможе конкурувати на ринку праці. Здійснення цієї мети потребує гуманізації освіти та її орієнтації на розвиток особистості. Реалізувати це можливо, узгоджуючи принципи підготовки фахівців професійного спрямування з кращими досягненнями вищої медичної школи світу. У зв'язку з цим, у нашій державі протягом декількох років здійснюється реформування вищої освіти за державною програмою "Освіта" (Україна XXI століття). Провідні напрями реформування визначаються Указом Президента України від 12 вересня 1995 року №682/95, де акцентується увага на необхідності "розробки механізму поетапної інтеграції вищої освіти України в міжнародну систему".

Безпосередні зміни у вищій медичній освіті торкнулись, перш за все, двох основних розділів, які тісно взаємозв'язані та не подільні між собою: вдосконалення змісту медичної освіти та уніфікованої, об'єктивної оцінки якості підготовки фахівців. Стосовно останнього розділу, в 1996 році була започаткована державна Програма впровадження ліцензійних медичних іспитів (ЛМІ) у навчальних закладах України в межах педагогічного експерименту за планом, узгодженим з МОЗ України.

На цей час у вищих медичних навчальних закладах запроваджена система інтегрованих державних ЛМІ "Крок 1, 2" для спеціальностей "Лікувальна справа" та "Стоматологія". У 2002 році ЛМІ "Крок 2. Загальна лікарська підготовка", який охоплює програму 4-6 курсів навчання студентів медичних, педіатричних та медико-профілактичних факультетів, вперше проводився як обов'язковий для всіх випускників – майбутніх лікарів. Наступним етапом з 2003 року є запровадження ЛМІ "Крок 3" .

Основна частина. Аналізуючи підготовку кожного з ліцензійних іспитів, необхідно відзначити наступне. Концепції "Кроків 1, 2" не викликали сумніву,

© Т.О. Перцева, В.М. Лехан, М.Б. Щербиніна, 2003

вони цілком відповідали вітчизняній системі навчання лікарів. Проте обговорювання концепції "Кроку 3" виявило значні розбіжності думок внаслідок певних відмінностей післядипломної освіти лікарів у державах колишнього СРСР, у тому числі й Україні, та тих зарубіжних країнах (США, Англії, Німеччині, Канаді), відтворення сучасної технології стандартизованого контролю знань яких передбачалось.

Спочатку "Крок 3" планувався як інтегрований іспит з клінічних дисциплін, окремий для кожної спеціальності, зі строком проведення після закінчення інтернатури. Потім, враховуючи значну кількість лікарських спеціальностей (58) та відсутність можливості здійснити підготовку відповідної кількості ЛМІ, було розглянуто варіант іспиту за основними профілями (хірургічний, терапевтичний, педіатричний, медико-профілактичний, стоматологічний). Але після наради, що відбулась у м. Чернівці 5-6 жовтня 2000 року, обрано інший напрямок. Вирішено, що ЛМІ "Крок 3" складається з метою встановлення відповідності рівня професійної компетентності фахівців з вищою медичною освітою мінімально необхідному рівню згідно з вимогами державних стандартів вищої освіти незалежно від подальшої спеціалізації і має вимірювати загальний мінімальний необхідний рівень знань і вмінь інтерна, який було надано випускнику вищого медичного навчального закладу на момент отримання диплому лікаря-стажера. Професійна компетентність діагностується як вміння застосовувати знання основних медичних дисциплін для самостійної діагностики, диференційної діагностики та надання допомоги хворому при невідкладних станах, організації допомоги в екстремальних ситуаціях, ранньої діагностики пухлин та здійснення протиепідемічних заходів при інфекційних захворюваннях. Вважається, що без цього рівня професійної компетентності лікар-інтерн не зможе опанувати подальше поглиблення вивчення вузької спеціалізації будь-якого профілю. За переліком спеціальностей, які підлягають тестуванню, ЛМІ отримав назву "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія".

Структура змісту цього іспиту побудована із застосуванням синдромного (для невідкладних станів, екстремальних ситуацій) та нозологічного принципів (для інфекційних та онкологічних хвороб). Визначились із терміном його проведення – після першого півріччя інтернатури (резидентури). Передбачається, що весь інший обсяг знань та вмінь за спеціалізацією лікаря, має вимірюватись у кінці терміну інтернатури.

2 квітня 2003 року пройшов перший пілотний ЛМІ "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія". Вважаємо доцільним розглянути і обговорити перший досвід та деякі питання, що виникли під час його підготовки.

Найголовнішим у кожному "Кроці" є його концепція. Зазначена вище концепція "Кроку 3. Лікувальна справа. Педіатрія" має сенс. Вона відповідає надзвичайно важливому завданню: лікар будь-якого фаху повинен бути готовим надати допомогу при невідкладному стані та у екстремальному випадку, що може зберегти життя потерпілого або забезпечить профілактику ускладнень.

Разом з цим, нам хотілось би звернути увагу, що згідно з прийнятою концепцією у інтерна передбачається вимірювання рівня знань та вмінь, який йому було надано у ВНЗ. Але рівень знань та вмінь у ВНЗ вже підтверджено одержанням диплому лікаря. Водночас питання з критичних станів, що запропоновані у концепції "Кроку 3", на наш погляд, настільки необхідні, що повинні віддзеркалюватись не тільки у теоретичних пізнаннях, які, як показав пілотний іспит є у більшості лікарів-інтернів, а в умінні приймати правильне рішення щодо ведення хворого/потерпілого та реальному оволодінню практичними навиками у клініці. Саме ці завдання мають бути вирішені на етапі післядипломної підготовки. Тому, з нашої точки зору, меті концепції "Кроку 3" точніше відповідало б формулювання "вимірювання загального мінімального необхідного рівня знань та вмінь лікаря-спеціаліста щодо надання невідкладної допомоги". При цьому мається на увазі, що вимірюється рівень знань та вмінь, отриманих в сукупності як при навчанні у ВНЗ, так і під час проходження інтернатури.

Існує також низка питань стосовно змісту ЛМІ "Крок-3". Слід пам'ятати, що ЛМІ будуть складати лікарі досить різних профілів (терапевти, хірурги, окулісти, психіатри, навіть патоанатоми тощо). Виходячи з цього, кваліфікована та спеціалізована допомога була визначально виключена з рівня професійної компетентності знань, що планувалось вимірювати. Проте під час затвердження переліку критичних станів, які мають вміти контролювати лікарі-спеціалісти, не було з'ясовано, на який вид та об'єм надання допомоги необхідно орієнтуватись (першу медичну чи першу лікарську допомогу) та у яких умовах вони її здійснюють. Це є суттєвими питаннями й при створюванні тестових завдань.

Ми вважаємо, що коло критичних станів за умовами надання допомоги, можливо поділити на дві

групи: це ситуації, що виникли у медичному закладі, та ті, які сталися за його межами. На нашу думку, є помилковим виключення з банку "Кроку 3" тестових завдань при вказівці місцезнаходження пацієнта у стаціонарі, що при проведенні фахової експертизи розглядалось як кваліфікована або спеціалізована допомога. Слід зважати на те, що у будь-якому спеціалізованому відділенні завжди є вірогідність виникнення у пацієнта різних невідкладних станів, пов'язаних з патологією будь-якої системи організму людини. При цьому лікарям різних фахів доведеться зіштовхнутися з патологією, яка є для них не профільною. Наприклад, у пацієнта, що перебуває в отоларингологічному відділенні, може статися зупинка серця або напад бронхіальної астми тощо, і лікар-ординатор цього відділення повинен надати йому першу лікарську допомогу до прибуття відповідних спеціалістів. І таких прикладів можна навести безліч.

Крім того, на етапі створення змісту іспиту експертами було досить суб'єктивно враховано вагомість тієї чи іншої патології у загальній практиці, визначення її критеріїв. Спеціалісти кожного фаху намагались протягнути як можна більше "своєї" фахової патології, аргументуючи, що саме це лікарю "не можна не знати". Тому сталось так, що деякі з включених до змісту станів завжди потребують спеціалізованої допомоги, наприклад, "Окремі стани в перинатальному періоді".

У цьому зв'язку, на наш погляд, було б доцільним чітко відокремити загальні медичні проблеми, в яких повинен орієнтуватись кожний лікар з урахуванням вимог нових професійно-освітніх програм. Це дозволить здійснити введення обов'язкових питань з критичних станів у програми навчання в інтернатурі за кожним фахом.

Наступною проблемою є підготовка лікарів-інтернів до складання "Кроку 3". Опитування лікарів-інтернів про те, як часто протягом півроку практичної роботи в інтернатурі їм довелось зіштовхнутись з тими чи іншими ураженнями у пацієнтів показало, що лікарі різних фахів перебувають в неоднакових умовах підготовки. Так, для лікарів за фахом "Медицина невідкладних станів" – невідкладні стани їх щоденний "хліб", проте інші потребують з цього приводу серйозної підготовки, яка не може обмежуватися лише теоретичним аспектом. Усі знання, про які ведеться мова, лікар-інтерн повинен мати можливість застосувати на практиці. Саме тут ми бачимо значення зворотного зв'язку контролю успішності навчання та вдосконалення навчального процесу. Є доцільність в обговорюванні певних змін у системі післядипломної лікарської підготовки. Можливо, має сенс розподіл навчання в інтернатурі (резидентурі) на дві частини: загальну підготовку, після чого проводити тестування "Крок 3", та надалі – спеціалізовану підготовку. Іншим варіантом є корегування програм навчання в інтернатурі з визначенням часу для засвоєння питань, які будуть обов'язково контролюватись "Кроком 3".

Складність навчання в сучасних умовах значно виросла в зв'язку з різким зростанням навчальної інформації у ВНЗ, збільшенням її складності та темпів засвоєння. Є підстави передбачати, що й надалі тенденція буде посилюватись, оскільки "епоха інформаційного вибуху" істотно породжує інформаційне перенасичення навчальних програм за рахунок появи нових дисциплін, нових розділів у традиційних дисциплінах, поглиблення змісту окремих тем та питань. Це призводить, в свою чергу, до значних психофізіологічних перенапружень лікарів. Не можна також забувати, що лікарі за більшістю фахів проходять вузьку спеціалізацію в інтернатурі протягом 1-1,5 року. За цей час вони повинні поглибити свої знання за вибраним фахом та одержати сертифікат лікаря-спеціаліста.

Нам вважається суттєвим, щоб лікарі-інтерни до початку інтернатури мали перелік питань з вказівкою об'єму кожного з них до наступного тестування. Бажано забезпечити фахівців методичною та інформаційною підтримкою: сучасними посібниками, методичними розробками, збірниками тестових завдань, прикладних пакетів комп'ютерних діалогових програм. Та насамперед, всі без винятку розділи повинні мати рекомендації (стандарти) сучасних діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів. Проте, на жаль, більшість з перелічених методичних матеріалів у системі підготовки до ЛМІ "Крок 3" досі не існують в Україні.

Водночас, методична підтримка, на нашу думку, є базисом, який зосередить увагу лікарів-інтернів не тільки на теоретичному засвоєнні конкретних питань, а також призведе до стимулювання мотивації оволодіти цими навичками на практиці. Орієнтуючись у питаннях, які визнані обов'язковими, фахівці будуть прагнути пройти стажування у відділеннях реанімації, у бригадах швидкої допомоги тощо, для того, щоб підкріпити знання теорії.

Оптимізація засвоєння практичних навичок пов'язана також з впровадженням у педагогічний процес нових форм навчання: методики палатних команд,

тренінгу професійних навичок у малих групах, групах ділового спілкування тощо. Основним повинен стати проблемно-орієнтований принцип навчання.

Іще один аспект, який нам хотілося б обговорити, це необхідність забезпечення гнучкого реагування на відкриття світової науки, перегляд уявлень про етіологію та розвиток захворювань, появу нових генерацій медикаментів, зміни в системі організації медико-профілактичної допомоги населенню, особливо регламентуючої документації (наказів, постанов, програм тощо). Це визначає необхідність разом з поповненням існуючого банку тестових завдань ЛМІ його систематичного оновлення.

Є також потреба в організації навчання викладачів вищої школи щодо підготовки тестових завдань. Це пов'язано з тим, що спеціалісти інститутів удосконалення лікарів та викладачі факультетів післядипломної освіти, де проходять навчання лікарі-інтерни, менше, ніж співробітники студентських кафедр знайомі з технологією підготовки тестів різних рівнів складності. Тому залишається відкритим питання методичного забезпечення відповідними матеріалами викладачів вищої школи.

Таким чином, ЛМІ "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія", без сумніву, є серйозним проривом упередом у системі професійної медичної підготовки стандартизованих методів оцінки якості освіти та діагностики мінімального рівня професійної компетентності фахівця на освітньо-кваліфікаційному рівні спеціаліста. Сподіваємося, що дискусійні аспекти, які розглянуті у статті, призведуть до об'єднання сумісних зусиль у вдосконаленні цього ЛМІ, що є динамічним та необхідним процесом на етапі становлення будь-якого зачину.

Висновки. 1. Для підвищення ефективності ЛМІ "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія" є потреба відкоригувати формулювання його мети та структури змісту.

2. Важливо здійснити структуризацію навчальних планів та програм з інтернатури за різними фахами з визначенням часу для підготовки лікарів-спеціалістів як у теоретичному, так і в практичному напрямках з питань, що контролюються складанням ЛМІ "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія".

3. Необхідно організувати методичне та інформаційне забезпечення підготовки лікарів-спеціалістів до складання вищезазначеного ЛМІ.

4. Доцільно забезпечити систематичне оновлювання банку тестових завдань ЛМІ "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія", що пов'язано з швидким прогресом медичної науки та змінами регламентуючої документації в системі організації охорони здоров'я.

5. Слід продовжити роботу щодо підготовки викладачів вищої школи з технології розробки тестів різних рівнів складності для банку тестових завдань ЛМІ "Крок 3. Лікувальна справа. Педіатрія".

УДК 616.-053.2:371.3

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ

Г.С. Сенаторова, Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко, В.О. Фьоклін, Н.С. Титова, Т.В. Сіренко, М.О. Гончар

Харківський державний медичний університет

METHODICAL PECULIARITIES OF TEACHING PEDIATRICS IN ENGLISH FOR FOREIGN STUDENTS

H.S. Senatorova, Y.V. Odynets, A.F. Ruchko, V.A. Fioklin, N.S. Tytova, T.V. Sirenko, M.O. Honchar

Kharkiv State Medical University

Досвід викладання педіатрії іноземним студентам англійською мовою вперше одержано в Харківському державному медичному університеті. Відпрацьовані методичні особливості викладання педіатрії. Певні труднощі викладання англомовним студентам пов'язані зі специфікою спілкування та професіональною термінологією, питаннями деонтології та ін.

The experience of teaching pediatrics in English at first was improved in Kharkiv State Medical University. Methodical peculiarities of pediatrics teaching were worked out. Difficulties of teaching English-language students are connected with specific, of communicative and professional terminology, deontological questions and others.

Вступ. Методика викладання педіатрії студентам іноземцям, які навчаються англійською мовою, на даному етапі відпрацьована недостатньо та майже не висвічена у літературі [1]. Етапність викладання педіатрії у ВНЗ, інтеграція методичного напрямку педагогічного процесу щодо англомовних студентів, є суттєвими. Існують деякі труднощі відпрацювання практичних навичок та клінічного мислення у англомовних іноземних студентів. Роль викладача та його майстерність під час проведення занять має свої особливості і обумовлює якість навчання. Деякі приклади з власного досвіду методичної організації навчання англомовних студентів пропонуються у даній публікації.

Основна частина. Метою даної роботи є обмін досвідом щодо організації викладання педіатрії іноземним студентам англійською мовою на базі існуючих методичних традицій української педіатричної школи.

У Харківському державному медичному університеті викладання педіатрії англомовним студентам проводиться ступенево на 3-х кафедрах. Розділ пропедевтики дитячих хвороб протягом 4-х років викладався на кафедрі дитячих хвороб; факультетська педіатрія – на кафедрі факультетської педіатрії, яка має вже 3-річний досвід роботи у цьому напрямі. Госпітальна педіатрія викладається на відповідній кафедрі госпітальної педіатрії, на якій протягом 2-х років викладання проводили студентам 5-го курсу та 1 рік – студентам 6-го курсу. У 2002 році був перший випуск іноземних студентів, які навчалися англійською мовою та здавали Державний іспит з педіатрії.

Враховуючи те, що викладання педіатрії проводиться на різних кафедрах різними викладачами, а іноземні, зокрема англомовні студенти – це особливий контингент, який потребує додаткової уваги щодо опанування практичними навичками, вимагає пристосування змісту лекційного курсу до особливостей англомовного підручника тощо. Тому на засіданнях профільної педіатричної методичної комісії щорічно проводиться інтеграція навчального процесу та обговорення необхідних питань.

Навчальний процес для англомовних студентів доцільно побудувати, на наш погляд, таким чином:

– по-перше, випускники повинні оволодіти матеріалом, який подається в зарубіжних вищих навчальних закладах, а також зуміли б засвоїти все найкраще, що є у вітчизняній системі підготовки лікарів;

– по-друге, кожен іноземний, в тому числі і англомовний студент, який пройшов підготовку в Україні,

© Г.С. Сенаторова, Ю.В. Одинець, А.Ф. Ручко та інш., 2003

є пропагандистом нашої держави у світі. Тому викладання навчального матеріалу повинно бути спрямоване і на виховання студентів в традиціях власної наукової школи, яка з педіатрії має достатній розвиток та значні досягнення. Якість навчального процесу, професійної підготовки визначається окремими напрямками: мета навчання, зміст навчання, організація навчального процесу.

Головний з цих напрямків, це кінцева ціль – підготовка висококваліфікованого лікаря-практика (сімейного лікаря) на медичному факультеті, де навчаються англомовні студенти. Це досягається завдяки правильному відбору інформації, проведенням пошуку та впровадженням передових методів навчання, відпрацюванням форм контролю знань студентів.

Здійснення і виконання цих завдань навчального процесу можливо при тому, що навчальні плани та робочі програми для іноземних англомовних студентів будуть мати свої особистості, та певною мірою відрізнятись від аналогічних планів вітчизняних студентів. Необхідно, щоб навчальні програми і плани поєднували як вимоги вітчизняних програм, так і особливості викладання дисциплін у провідних зарубіжних країнах [2,3].

На цей час ще відсутнє централізоване постачання у медичні ВНЗ методичної інформації та підручників, виданих англійською мовою, згідно з яким можна було б проводити навчання, що ускладнює ступеневе вивчення дисципліни. Труднощі викладання педіатрії складає відсутність підручника з пропедевтики дитячих хвороб, бо ті матеріали, які є в основному підручнику – Nelson, не є достатніми. Багато принципових положень вітчизняної педіатрії не збігають із закордонними медичними доктринами. Розбіжності зберігаються і між представниками різних медичних шкіл за кордоном за такими розділами, як методи профілактики та лікування рахіту, вигодовування малюків; функціональні захворювання шлунка у дітей різного віку, неревматичні кардити та інше.

Багато плутанини створює і розбіжність у вітчизняній та іноземній термінології. Тобто при навчанні іноземних англомовних студентів, оперуючи вітчизняними термінами, викладачі повинні давати їм певні пояснення, які дозволять студенту орієнтуватися в англомовній літературі.

Саме тому методисти педіатричних кафедр створюють додаткову літературу. Основу методичної концепції на усіх кафедрах складають загальнодидактичні та загальнометодичні принципи. Робота кожної кафедри має як спільні, так і різноманітні напрямки згідно з дисципліною, що викладається, та тим досвідом, який накопичує кожна кафедра з року в рік. Складені методичні матеріали для викладачів, студентів, контрольні питання, ситуаційні задачі, які використовуються при проведенні практичних занять. На кафедрі впроваджені ліцензійні тестові завдання, згідно з якими і проводиться контроль знань англомовних студентів та підготовка їх до складання ліцензійного іспиту "Крок-2". Проведення самостійної роботи з англомовними студентами, на наш погляд, є окремою темою для розгляду, бо 1/3 навчальних годин відводиться саме на цей вид викладання, при якому також виникають проблеми вивчення такої клінічної дисципліни, як педіатрія. Проведений аналіз діяльності педіатричних кафедр щодо методики викладання англомовним студентам дає можливість внести деякі пропозиції, та зробити такі **висновки**:

1. Розмовна англійська мова не дає можливості розуміти специфічні терміни і вимагає від викладача додаткового їх пояснення, що обумовлює і специфіку підготовки викладача, яку бажано цент-

ралізовано підвищувати.

2. Лекційний розділ не охоплює всіх тем, передбачених навчальною програмою, тому виникає необхідність складання додаткових теоретичних матеріалів для студентів.

3. Деонтологічна та мовна проблеми виникають при спілкуванні студентів з хворою дитиною або її батьками. Тому на клінічній кафедрі індивідуальна курація хворого можлива тільки в присутності викладача.

4. Питання якісного і ефективного проведення занять з курації важливі і для написання студентом академічної дитячої історії хвороби. Випробуване на кафедрі госпітальної педіатрії ХДМУ використання навчальної схеми історії хвороби немовляти є доцільним. Викладачу необхідно методично обстежити з кожним студентом новонародженого, перекласти результати лабораторних та інструментальних методів дослідження, довести їх до відома кожного студента, що потребує досвіду та педагогічної майстерності.

5. Для кращого засвоєння студентами практичних навичок, клінічна, особливо випускаюча кафедра, повинна бути забезпечена фантомами, муляжами та ін.

З метою підвищення якості викладання педіатрії іноземним англомовним студентам бажано

продовжувати впровадження у навчальний процес доведених положень.

Література

1. Кушнір Р.Я., Ляпіс М.О., Германець Ю.М., Іващук Л.Ю. Проблеми викладання предмета англійською мовою на клінічних кафедрах // Мед. освіта. – 2002. – №3. – С. 343-344.

2. Федорців О.Є. Оптимізація навчання студентів медичного факультету на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб // Мед. освіта. – 2000. – № 3. – С. 36-38

3. Ремінецький Б.Я., Федонюк Я.І., Лісничук Н.Є. Із досвіду викладання анатомії людини англійською мовою // Мед. освіта. – 2002. – № 3. – С. 337-339.

УДК 372.48-057.875-054.6

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ КРАЇНОЗНАВСТВА СЛУХАЧАМ ІНОЗЕМЦЯМ ПІДГОТОВЧОГО ВІДДІЛЕННЯ

І.Р. Мисула, В.В. Мальований, В.Б. Доброродній, С.С. Слободян

Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського

OPTIMIZATION OF TEACHING UKRAINIAN STUDIES COURSE TO THE FOREIGN STUDENTS OF THE PREPARATORY DEPARTMENT

I.R. Mysula, V.V. Malyovany, V.B. Dobrorodniy, S.S. Slobodyan

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

У даній статті розглядається питання підвищення ефективності роботи викладача курсу країнознавства. Подано перелік методів, засобів та прийомів, здатних, на думку авторів, покращити навчальний процес. Розкрито суть цих методів та їх основні переваги. Розглядаються новації, внесені викладачами у навчальний процес.

The article addresses the issues of improving the effectiveness of teaching Ukrainian Studies course. Methods, means and techniques, which, in the authors' opinion, can potentially improve the educational process during teaching Ukrainian Studies course to the foreign students at the preparatory department have been listed. A brief description of these methods, and their main advantages have been provided. Innovative approaches suggested by the lecturers of Ukrainian Studies course have been described.

Вступ. Навчальний процес, загалом, вимагає від викладача застосування інноваційних технологій, а навчання студентів-іноземців – передусім. Проблем, пов'язаних із навчанням, у даній галузі достатньо. Намагання вирішити їх, бачимо при аналізі останніх досліджень та публікацій. "Як і кожен вищий медичний навчальний заклад, який готує спеціалістів – іноземців, маємо певні успіхи і напрацювання у цій галузі, інколи зустрічаємося із певними труднощами... На заняттях викладачі-філологи глибоко обгрунтовують необхідність вивчення мови, вказуючи на її значення для подальшого навчання іноземців в Україні, переконуючи студентів з інших держав, що повага до народу, який прийняв їх на кілька років, неможлива без поваги до його мови..." [1, 4]. Зрозуміло, що неабияке значення для студентів-іноземців має також ознайомлення зі звичаями, традиціями, історією землі, на якій вони перебувають. Саме тому у навчальний процес і введено курс країнознавства.

Країнознавство – вельми різноплановий і цікавий курс навчальної програми, покликаний ознайомити слухачів-іноземців з історією, культурою, звичаями, географією того народу, на території якого вони навчатимуться основним дисциплінам. Ще Орест Субтельний зазначав, що у дослідженнях характеру народу, його менталітету слід враховувати "...різні аспекти: політичний, соціально-економічний, культурний, релігійно-церковний..." [2]. І робиться це для того, аби якомога доступніше розповісти "...як жило ся народови, в якім напрямі розвивало ся його житє громадське і культурне..."[3].

Як засвідчила наша викладацька практика, даний курс має свою чітко окреслену специфіку і вимагає

© І.Р. Мисула, В.В. Мальований, В.Б. Доброродній та ін., 2003

від викладача не лише досконалого знання матеріалу, а й відповідних підходів щодо його подачі."...Таким чином, навчання студентів-іноземних громадян вимагає застосування традиційних і нетрадиційних форм навчання, новітніх досягнень науки і техніки. При високому професіоналізмі викладачів ВНЗу це може забезпечити високу якість підготовки фахівців, що дасть можливість їм успішно працювати в діагностично-лікувальних установах різних країн світу..." [4].

Саме тому у своїй статті ми коротко окреслимо ті фактори, які, на нашу думку, здатні посприяти активізації навчального процесу.

Основна частина. Із метою оптимізації викладання курсу країнознавства серед слухачів-іноземців підготовчого відділення у своїй роботі ми послуговуємося наступними методами: бесіди, диспуту, вправ, програмованого навчання; засобами наочності; прийомами діалогічного мовлення та елементами творчості у навчальному процесі. Дані фактори довели свою ефективність на заняттях із країнознавства. Розглянемо детальніше кожен із вищезазначених аспектів.

Аспект перший. Актуалізація набутих знань методами бесіди та диспуту

"...вводячи іноземців у культуру української нації, викладаючи гуманітарні навчальні дисципліни... не можна забувати, що вони повинні бути своєрідно пристосовані до менталітету іноземців, врахувати їхні традиції і національну культуру, бо лише особистий приклад поваги до іншої національної свідомості зможе переконати в тому, що необхідно поважати молоду державу, в якій навчаються іноземці" [1].

Не секрет, що у слухачів-іноземців інколи викликають несприйняття елементи української дійсності, що є нетиповими для них. Здебільшого це питання релігії та моралі, звичаїв та традицій. Для "згладжування гострих кутів" у подібних випадках вважаємо за доцільне проводити постійні паралелі між предметом нашої розмови (скажімо, християнською етикою) та відповідним явищем у їхньому світі (іслам, наприклад). Порівнюючи, співставляючи, обговорюючи такі питання, а інколи і дискутуючи, ми уникаємо протиріч міжетнічного та міжрелігійного характеру і, найголовніше, сприяємо кращому запам'ятовуванню матеріалу слухачами-іноземцями (пам'ятається завжди те, що є актуальним для індивіда, так чи інакше зачіпає його чуттєву сферу). Це і є актуалізація набутих знань, яка, проте, неможлива без вивчення потрібних лексем. Тому наступний аспект нашого дослідження – це систематизація словника.

Аспект другий. Систематизація словника (метод вправ)

При вивченні тем із країнознавства слухачі знайомляться із великою кількістю нових, незнайомих їм слів та лексичних сполучень. Наша пропозиція – започаткувати укладання кожним із них свого "Словника країнознавства". За умови постійного повторення занесених у словник лексем, у слухача виникають стійкі асоціації між лексемами та конкретними темами, що їх він вивчає. Таким чином, набуті знання систематизуються за схемою:

1. Запис теми.
2. Виписування у словник нових слів.
3. Вивчення слів.
4. Асоціативне повторення вивченого матеріалу.
5. Повторення записаних лексем.
6. Вивчення теми.

Однак більш ефективно опанувати курс країнознавства дозволить постійне використання на заняттях наочності.

Аспект третій. Переваги наочного матеріалу як засобу навчання

Народна мудрість "Краще раз побачити, ніж кілька разів почути" вже давно перетворилась на аксіому нашого життя. І використання екскурсій задля наочного знайомства слухачів-іноземців з реаліями української дійсності – річ ефективна і захоплююча для них. Жодна лекція не здатна передати пафосу театральної сцени чи трепету від споглядання цінного музейного експонату; мелодики пісенного, гармонії художнього та ритміки танцювального мистецтв. Ці речі повинні осягнути самі слухачі, а викладач лише підкріплює їх емоційне сприйняття потрібною текстовою інформацією при начитуванні лекцій. Слід зауважити, що форма лекції не є абсолютною та універсальною у процесі вивчення курсу країнознавства. Тому на семінарських заняттях ми практикуємо діалогічну форму ведення пар.

Аспект четвертий. Діалогічне мовлення як прийом засвоєння вивченого матеріалу

Розповідь слухачем запропонованої йому теми може свідчити не лише про його глибинні знання щодо даного матеріалу, але й про чітке запам'ятовування ним його. Лише бесіда зі слухачем, тривалий діалог дозволять викладачеві зробити об'єктивний висновок про засвоєння студентами конкретної інформації. А далі, відповідно, вносити певні корективи у навчальний процес. Одним з таких кроків може стати і творчість самих слухачів – іноземців.

Аспект п'ятий. Творчий елемент у вивченні курсу країнознавства

Оскільки з часом знання слухачами російської мови поглиблюються, на певному етапі навчання можна запропонувати їм самим написати тему (невелику за обсягом, про те, що їм добре відомо). Зразки найбільш вдалих речень, написаних самими слухачами, зусиллями спільно викладача та слухачів ляжуть в основу тексту, запропонованого ними – об'єктами навчального процесу. Такі творчі занять урізноманітнюють його, роблять значно гнучкішим і цікавішим. Подібні творчі прийоми, на нашу думку, є цілком дієвими та ефективними на заняттях із країнознавства.

Аспект шостий. Метод програмованого навчання

Метод програмованого навчання, на наше глибоке переконання, має цілий ряд переваг при вивченні слухачами-іноземцями курсу країнознавства, оскільки він забезпечує постійний зворотний зв'язок, індивідуалізує процес навчання, забезпечує чітку логічну послідовність виучуваного, розвиває навички самостійної роботи.

На практиці при вивченні конкретного матеріалу ми розбиваємо його на цілий ряд елементів (кроків), і дозуючи інформацію, забезпечуємо краще її запам'ятовування слухачами-іноземцями. Опитування проводимо також методом програмованого навчання. Скажімо, при вивченні теми "Київ" слухачам видаються листи із питаннями на лівій стороні, а на правій слухачі заносять свої відповіді.

Слухач-іноземець долає ці кроки, поступово вимальовується доволі чітка картина успішного (чи неуспішного) засвоєння ним конкретної теми із країнознавства.

1.	Столиця України	
2.	Населення міста складає	
3.	Центральна вулиця має назву.....	
4.	Головними пам'ятними місцями Києва є	
5.	Місто розміщене по обидва боки великої ріки з назвою.....	

Висновок. Поєднання запропонованих методів: бесіди, диспуту, вправ, програмованого навчання, засобів наочності з прийомами діалогічного мовлення та елементами творчості – здатне зробити доступнішим та ефективнішим процес вивчення курсу країнознавства слухачами – іноземцями підготовчого відділення.

Література

1. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Мальований В.В. та ін. Навчання іноземців – шлях до світової спільноти // Мед. освіта. – 2002. – № 3. – С. 50-53.

2. Жуковський А., Субтельний О. Нарис історії України. – Львів. – НТШ, 1992. – С. 6.

3. Грушевський М. Історія України. – К.-Л., 1990.– С. 3.

4. Ковальчук Л.Я., Мальований В.В., Венгер І.К. та ін. Використання сучасних технологій в процесі підготовки іноземних студентів ТДМА // Мед. освіта. – 2002. – № 3. – С.48-49.

УДК 001.891.573:616:61-057.875

МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЙОГО МІСЦЕ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

В.Я. Гальченко, В.Г. Пінькас

Луганський державний медичний університет

MATHEMATICAL SIMULATION OF DISEASES AND ITS PLACE IN TRAINING OF MEDICAL STUDENTS

V.Ya. Halchenko, V.H. Pin'kas

Luhansk State Medical University

Стаття містить відомості щодо математичного моделювання захворювань та його використання в навчальному процесі студентів-медиків.

The article includes the information concerning mathematical simulation of diseases and its use in educational process of medical students.

Вступ. Останнім часом комп'ютерні технології значною мірою призвели до зміни змісту багатьох навчальних курсів, які раніше вважалися класичними та досить консервативними. Навіть, коли досягнення сучасних інформаційних технологій не можуть бути використані безпосередньо, все ж таки їх впровадження дає суттєві переваги з точки зору наочності матеріалу, який пропонується для навчання. Цікавим є той факт, що на сьогодні з'явилася достатня кількість навчальних дисциплін, серед яких комп'ютерна математика, комп'ютерна фізика та багато інших, які орієнтовані на широке використання комп'ютерної техніки для вирішення вузькоспеціалізованих завдань.

Подібні тенденції також мають місце у підготовці сучасних лікарів. У навчанні студентів-медиків завдання лікування хворого часто містить ряд протиріч і потрібно знайти оптимальне вирішення з огляду на ці протиріччя. При цьому існує проблема: помилка в розв'язанні професійних завдань медицини може мати негативні наслідки для здоров'я хворого. Метод "спроб та помилок" у цьому випадку неприйнятний.

При традиційних формах підготовки студент переважно перебуває у становищі, коли йому все пояснюють і демонструють. В таких умовах у нього не може сформуватися почуття особистої відповідальності за долю хворого. Специфіка навчання у вищому медичному закладі освіти така, що на деяких кафедрах студент перебуває тільки протягом дво-тритижневого циклу. Природно, що він бачить хворого короткий проміжок часу. Демонстрація різних хворих на різних стадіях захворювання для створення повної картини його перебігу не завжди є виходом із ситуації [1]. А при вивченні деяких захворювань у клініці може не виявитися жодного хворого, який послужив би об'єктом вивчення. Не виключено, що випускник-медик, одержавши вищу освіту, так і не побачить плину деяких захворювань. Тому необхідні методи попереднього навчання на моделях, адекватних реальній ситуації. Саме "використання комп'ютера як універсального засобу моделювання – один із перспективних напрямів удосконалення технологій навчання" [2]

Мета даної роботи – встановити можливості використання студентами-медиками комп'ютерного математичного моделювання у процесі вивчення особливостей перебігу різноманітних захворювань, а також відпрацювання практичних навичок та тактики лікування цих захворювань.

Основна частина. Для визначеності розглянемо, наприклад, деякі особливості перебігу таких захворювань як цукровий діабет та тиреотоксикоз.

Модель цукрового діабету описується нелінійною системою диференціальних рівнянь. Диференціальні моделі пов'язані з динамічними процесами, які визначаються величинами, що безперервно змінюються у часі.

Дві основні змінні, що входять до моделі, являють собою величини, які можна вимірювати і керувати ними в клінічній практиці: це рівень цукру у крові (C) і рівень інсуліну у крові (I). Крім того, модель містить двіт додаткові функції які імутують прийом їжі (P(t)) і для хворих на діабет – введення інсуліну (W(t)). Стійкий стан, що прийнято за точку відліку (початкові умови), характеризує рівень цукру в

© В.Я. Гальченко, В.Г. Пінькас, 2003

крові при голодуванні і при нульовому рівні інсуліну.

Відмітимо деякі припущення, що враховані при складанні моделі. По-перше, процес надходження їжі в організмі не є безперервним, отже, запаси їжі P(t) зменшуються експоненціально. По-друге, максимальний ефект ін'єкції інсуліну досягається через деякий проміжок часу, і через деякий час дія ін'єкції припиняється. Припустимо, що максимальний ефект ін'єкції відповідає максимальній швидкості надходження інсуліну. Тоді процес надходження інсуліну в кров W(t) моделюється у вигляді кусково-лінійної функції часу, яка відображає запаси інсуліну у крові.

Кожен пацієнт характеризується двома кривими, які описують рівні C та I в момент часу t, тобто це інтегральні криві, отримані як результат розв'язання системи диференціальних рівнянь (рис.1,2). При роботі з моделлю цукрового діабету, керуючи процесом введення інсуліну, його дозою, часом і кількістю прийому їжі, студент навчається на моделі підтримувати задовільний стан хворого на заданому проміжку часу. Подібні завдання вимагають для їх вирішення інтелектуальних зусиль, пошуку евристик, і, нарешті, нетривіальної реалізації.

Рис.1. відображає ситуацію, коли при кожному прийомі їжі рівень цукру в крові піднімається. Таким чином стимулюється утворення інсуліну, наявність якого призводить до зниження рівня цукру у крові. Рівень же інсуліну знижується внаслідок його природного розпаду. Інтегральні криві, зображені на рис. 1, одержано при вхідних даних: 8^{00} – сніданок (50 одиниць), 13^{00} – обід (50 одиниць), 20^{00} – вечеря (100 одиниць).

При роботі з моделлю у випадку хворої на цукровий діабет людини не вдалося досягти трьох піків при двократній ін'єкції аналогічно здоровому організму. Проміжок часу між сніданком та обідом повинен бути скорочений, щоб ранкова ін'єкція змогла забезпечити ці обидва прийоми їжі.

На рис. 2 відображена ситуація при таких вхідних даних: 8^{00} – прийом їжі (50 одиниць), 8^{30} – ін'єкція (20 одиниць), 12^{00} – прийом їжі (50 одиниць), 18^{00} – ін'єкціях 14 одиниць), 18^{00} – прийом їжі (100 одиниць). Таким чином, модель що включає два параметри, взаємодія яких представлена у вигляді добутку рівнів цукру та інсуліну, правильно відображає реальну клінічну ситуацію, тобто визначає час прийому їжі та ін'єкцій.

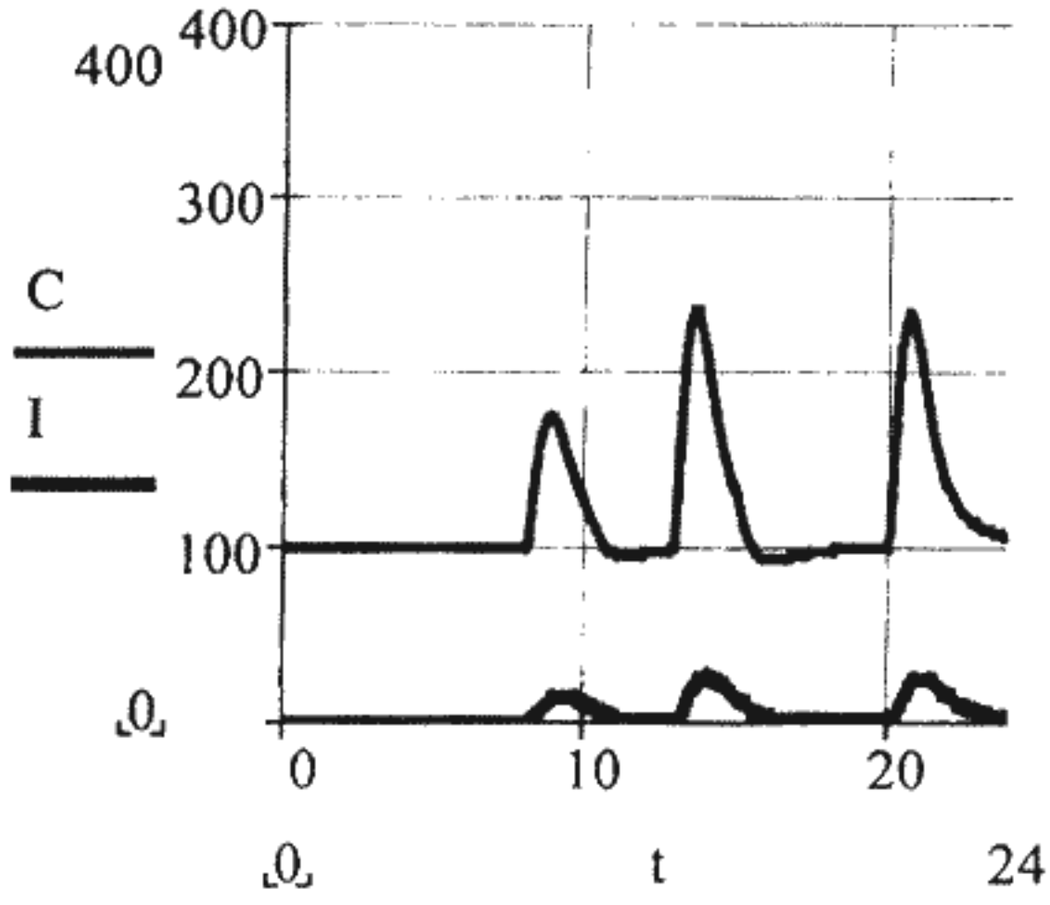


Рис. 1. Зміна рівня цукру та інсуліну в крові здорової людини при трикратному прийомі їжі.

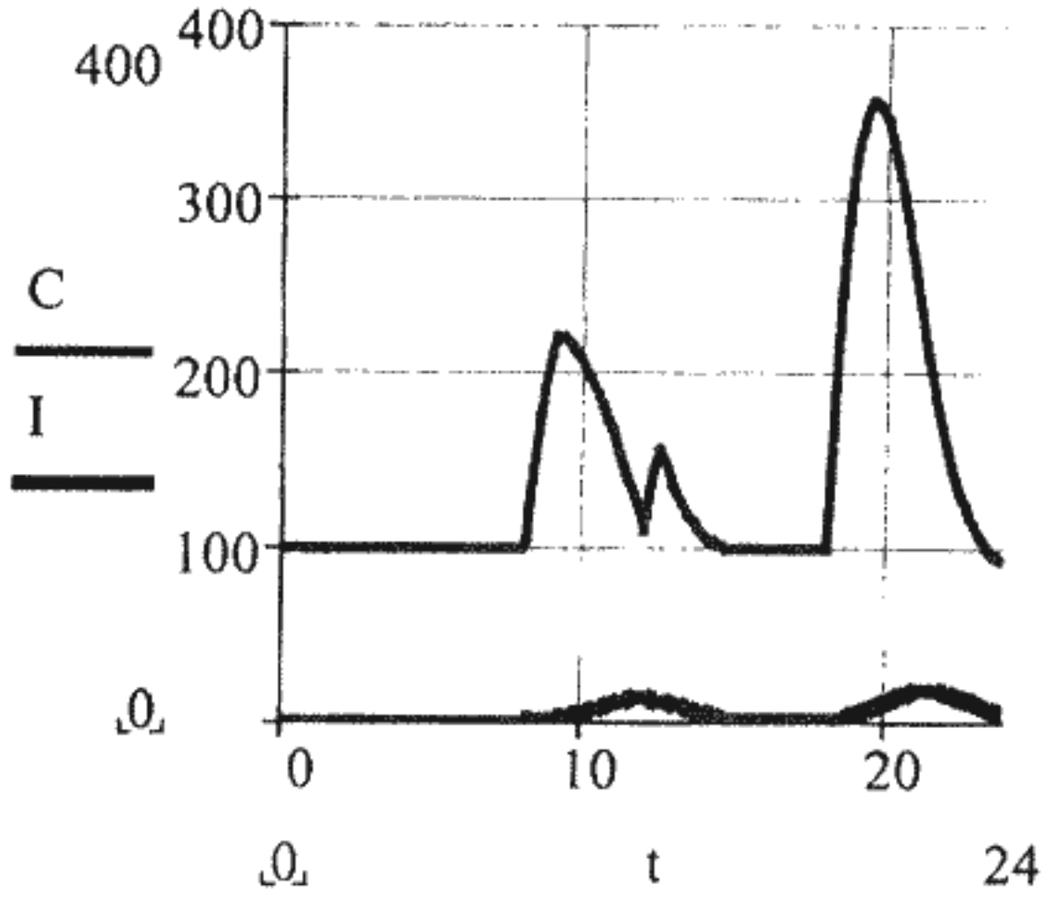


Рис. 2. Зміна рівня цукру та інсуліну в крові хворої людини при двократній ін'єкції та трикратному прийомі їжі.

C – рівень цукру у крові; I – рівень інсуліну у крові.

Відмітимо, що для здорового організму система цукор-інсулін є стійкою по відношенню до надходження цукру Z(t). При діабеті вона стає нестійкою. У випадку легкої форми діабету відповідний вибір функції Z(t) нормалізує стан системи. Але при тяжкій формі діабету для відновлення стійкості системи необхідно вводити функцію W(t) для керування введенням інсуліну.

Здається природним, що за наявності подібного фантома хворого на цукровий діабет, студенти-медики мають можливість приймати відповідні рішення щодо прийому їжі хворим та ін'єкцій інсуліну, а також відстежувати результати прийнятої тактики лікування (за рівнем цукру крові).

Другий приклад демонструє використання математичної моделі для дослідження процесів обміну йоду в організмі.

Для вивчення процесу метаболізму йоду використовується камерне моделювання, яке дозволяє оцінити розподіл йоду в організмі в нормі і

при патології. Вивчення обміну йоду в організмі людини можна проводити з допомогою трикамерної моделі, кожна із камер якої є етапом обміну йоду (рис. 3.).

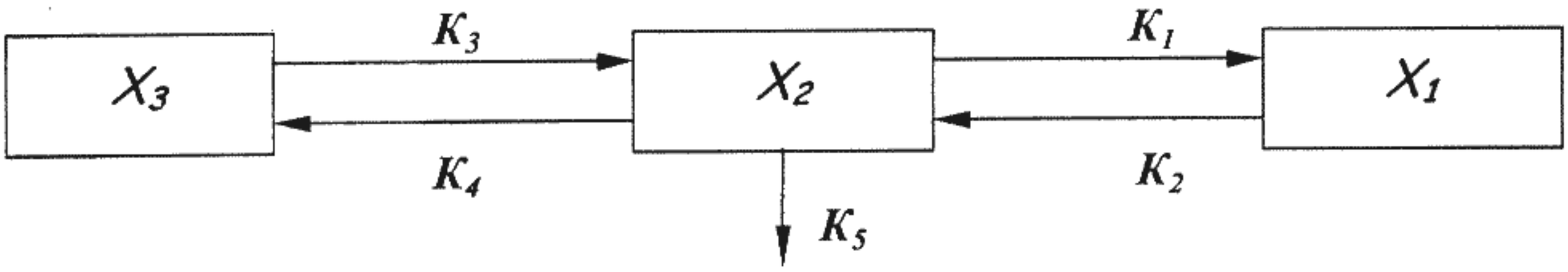


Рис.3. Трикамерна модель обміну йоду: *X1 – камера периферичних тканин; X2 – камера крові; X3 – камера щитоподібної залози; K1 – константа швидкості надходження органічного йоду із крові в тканини; K2 – константа швидкості надходження йодних продуктів катаболізму тиреоїдних гормонів із тканин в кров; K3 – константа швидкості секреції тиреоїдних гормонів в інтраваскулярний простір; K4 – константа швидкості поглинання неорганічного йоду щитоподібною залозою; K5 – константа швидкості виведення йоду з організму.*

Математична модель обміну йоду, як і модель цукрового діабету, записується у вигляді системи диференціальних рівнянь. При вирішенні її за допомогою інтегрованого пакета MathCAD одержано результати, які відображають концентрацію йоду в кожній із камер, наприклад, в камерах X1 та X2 на (рис. 4,5).

Аналогічно можна одержати графіки кривих, що відображають концентрацію концентрацію йоду в інших камерах.

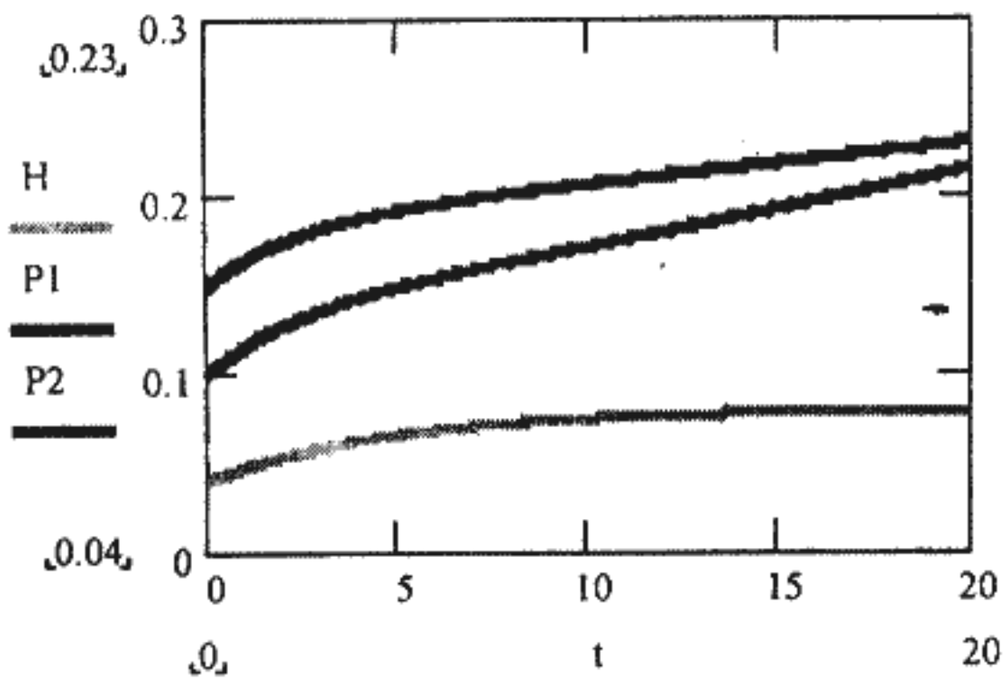


Рис. 4. Концентрація йоду в камері периферичних тканин.

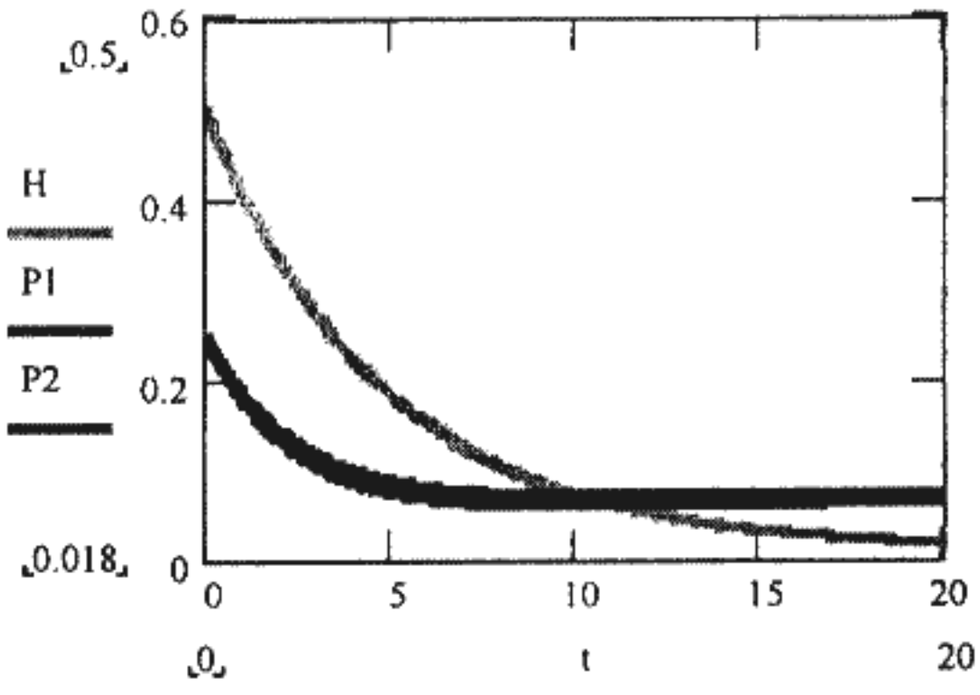


Рис. 5. Концентрація йоду в камері крові.

H – концентрація йоду в нормі; P1 – концентрація йоду при тиреотоксикозі середнього ступеня тяжкості; P2 – концентрація йоду при тиреотоксикозі тяжкого ступеня тяжкості.

Для оцінки обміну йоду на рівні щитоподібної залози використовується чотирикамерна модель. В цій моделі щитоподібна залоза представлена двома камерами. Це камера неорганічного та органічного йоду. Можна розглядати інший варіант чотирикамерної моделі, де камера щитоподібної залози представляється двома камерами: камера щитоподібної залози та глобулінове депо гормонів щитоподібної залози.

У навчальному моделюванні особливого значення набуває питання відповідного математичного апарату, який не завжди доступний, особливо студентам-медикам. Застосування комп'ютера для розв'язання прикладних задач медицини суттєво зменшує вимоги до знання досить складного математичного апарату, робить його доступним.

Глибоких знань математичних методів, які використовуються в роботі моделей, від студентів не вимагається. Студент повинен лише правильно ввести дані та пояснити одержаний результат. Але, оскільки студентам пропонується використовувати у навчанні готові моделі, то їм потрібно освітити процес їх створення. Це робиться з тією метою, щоб у студентів не виник розрив між явищем, яке вивчається і дійсністю, тобто одержані знання не набули формального характеру.

Висновки.1. Використання математичного моделювання в навчальному процесі:

– робить його більш ефективним, оскільки навчання та самонавчання на основі запам'ятовування менш ефективне, ніж при логічній переробці знань;

– забезпечує ефективне самостійне навчання для підтримання належного рівня володіння професією та самовдосконалення;

– забезпечує узагальненість підходу до вирішення проблеми та надає стислості і чіткості фіксації знань.

2. Використання математичного моделювання у навчанні студентів-медиків для попереднього вивчення ситуації на моделях допомагає вирішувати проблеми лікарської етики та деонтології, знижує проблему відсутності тематичних хворих, дає можливість моделювати захворювання з різними варіантами перебігу.

3. Математичне моделювання патологічного процесу сприяє заглибленню студента в атмосферу інтелектуальної діяльності, яка гранично наближає реальну ситуацію, допомагає формуванню необхідних професійних якостей майбутнього лікаря.

Література

1. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине. – М: Медицина, 1986. – 320 с.

2. Мадзігон В.М., Бурда М.І. Пріоритетні напрями педагогічних досліджень // Педагогіка і психологія. – 1998. – №3. – С. 79-89.

УДК 618:614.254.3(07.07)

ЗАСТОСУВАННЯ НАВЧАЛЬНИХ ВАРІАНТІВ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ЦИКЛІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

О.О. Воронцов, В.Б. Гощинський, Н.О. Архипова

Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини
Тернопільської державної медичної академії ім І.Я. Горбачевського

APPLICATION OF EDUCATIONAL VARIANTS OF THE MEDICAL DOCUMENTATION DURING THE TRAINING OF FAMILY DOCTOR WITHIN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CYCLE

A.A. Vorontsov, V.B Goschynsky, N.A Arkhypova

The Chair of Polyclinic Business and Family Medicine
of Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Показана актуальність і цілеспрямованість застосування навчальних варіантів медичної документації. Викладач одержує доповнюючий спосіб оптимізації і контролю індивідуальної практичної роботи студентів.

The urgency and expediency of application of educational variants of the medical documentation is shown. The teacher receives an additional way of optimization and control of individual practical work of the students.

Вступ. Кваліфікаційна характеристика лікаря із спеціальності загальна практика – сімейна медицина, що викладена в додатку № 6 до наказу МОЗ України від 23.02.2001 р., серед загальних питань передбачає знання фізіології та патології вагітності, пологів та післяпологового періоду – організацію диспансерного нагляду за вагітними. До знань та вмінь, що студенти отримують на кафедрі акушерства та гінекології, починаючи з IV-го курсу, кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини додає більш чітке розуміння всіх особливостей амбулаторної допомоги вагітним жінкам та гінекологічним хворим. Проте, діяльність сімейного лікаря неможлива без відповідної облікової медичної документації, яка віддзеркалює знання фахівцем своєї справи та ставлення до неї. На жаль, більшу частину медичних карт амбулаторного хворого, що заповнена дільничними лікарями, не можна використовувати як взірець оформлення медичної документації.

© О.О. Воронцов, В.Б. Гощинський, Н.О. Архипова, 2003

Формальною виглядає практика демонстрації чистих бланків документів, що лікувальні заклади отримали від МОЗ України (1999 р.) у вигляді альбому облікових форм медичної документації для впровадження в поліклініках (амбулаторіях). Оцінка практичної роботи студентів VI-го курсу здійснюється традиційно за їх звітами – "Робочими журналами" (щоденниками). Нами проведено аналіз використання навчальних варіантів головних медичних облікових документів як одного з напрямків оптимізації індивідуальної роботи студента та методичного забезпечення навчального процесу. В навчально-методичній літературі немає інформації про застосування на циклах акушерства та гінекології своєрідного поліклінічного варіанту "курації" з оформленням та захистом кожним студентом навчальної форми індивідуальної карти вагітної та медичної карти амбулаторного хворого.

Основна частина. Дана тактика застосовується на кафедрі поліклінічної справи та сімейної медицини з 2001 року. Студенти забезпечуються методичними розробками щодо специфіки даного завдання. Клінічною базою для проведення занять циклу акушерства та гінекології є жіноча консультація Тернопільського перинатального центру, в роботі якої також використовуються розробки кафедри. Для удосконалення диспансерної допомоги, що здійснюють дільничні акушери-гінекологи, кафедрою поліклінічної справи та сімейної медицини протягом 1999-2001 року зроблено низку пропозицій, які було визнано раціоналізаторськими і впроваджено в практику не тільки в Тернополі, але й в інших областях України. До цих заходів належать: удосконалені індивідуальні плани ведення вагітних з підвищеним ризиком, анкетно-тестовий метод дослідження стресового фактора у вагітних жінок, та оригінальна форма згоди-заяви щодо подання медичної допомоги жіночою консультацією [1,2,3,4]. Розробки кафедри висвітлено в методичних рекомендаціях "Диспансерна допомога вагітним жінкам", затверджених методичною комісією Тернопільської державної медичної академії ім І.Я. Горбачевського в 2002 році.

Під час роботи на циклі "Акушерство та гінекологія" кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини кожен субординатор вивчає всі особливості подання амбулаторної медичної допомоги вагітним жінкам. Тривалість циклу (один тиждень) вимагає обирати для курації саме тих вагітних, стосовно яких є ситуаційна можливість проводити водночас і реєстрацію, і диференціювання. Вагітні, в яких вже при першому візиті знайдено достатньо підстав для зарахування до певної групи ризику, надалі спостерігаються відповідно до плану, типовому для даної групи. Обґрунтувати складений план ведення вагітної, визначити індивідуальні особливості тактики спостереження конкретної людини – це відповідальне завдання, що має відношення до головних принципових положень диспансерного методу. Наголос робиться на розумінні диспансеризації саме як методу, з чітко визначеними послідовними професійними діями, стосовно яких повинні напрацьовуватися навички. Побудоване на прикладі окремого пацієнта сприйняття принципів диспансеризації стає більш предметним, спрощується. Робота з вагітними ґрунтується на значному інформативному матеріалі, який поділяється на дві головні групи. Перше: інформація, яку лікар отримує від пацієнта, з'ясовується, аналізується та фіксується у відповідних, чітко визначених розділах медичної карти. На підставі цієї інформації обґрунтовується діагноз, визначається диспансерна група спостереження тощо. Друга, не менш відповідальна частина належить інформації, яку лікар повинен вчасно донести до кожної жінки. У відповідності до законодавства України, лікар зобов'язаний розтлумачувати великий перелік вказівок та вимог стосовно обсягу обстеження, передбачених профілактичних чи лікувальних заходів, залучення консультантів. Крім того, роз'ясненню підлягає сутність дієти, раціонального працевлаштування, гігієнічного режиму, флюорографічного обстеження рідних, залучення чоловіка до донорства тощо. За своїм змістом, перший візит вагітної до гінеколога відповідає першому, індивідуальному заняттю з психопрофілактики і потребує до 30-35 хвилин робочого часу. На підставі висновків анкетно-тестового дослідження стресового фактора, наступну роботу з вагітною слід вважати дійсно індивідуальною. Субординатор отримує можливість оцінити переваги розробленого додаткового механізму засвоєння змісту щоденних професійних обов'язків сімейного лікаря. Він, як і дільничний лікар, використовує бланк анкетно-тестового дослідження стресового фактора, бланки пам'ятки вагітної та згоди-заяви щодо подання медичної допомоги. Природно, що ситуаційні особливості кожного випадку складають тему для обговорення під час захисту індивідуальної карти вагітної та породіллі, а власне захист навчальної облікової форми № 111 набуває значення додаткової форми контролю рівня професійних дій лікаря на етапах диспансеризації

вагітних. Завдяки додатковим, уточнюючим графам, що було внесено до титульної сторінки навчального варіанту форми № 25, можна попередити втрати певної частини важливої анамнестичної інформації, якої припускаються деякі практичні лікарі.

Засвоєння навичок ведення облікової медичної документації має особливе значення в світлі нового кримінального кодексу України (вересень 2001 р.). Неуважно зібраний анамнез; поверхневе, недбале обстеження; застосування іншого лікарського препарату замість необхідного; несумлінне ведення медичної документації – все це, згідно з новим кримінальним кодексом кваліфікується як неналежне чи недбале виконання своїх обов'язків. Залежно від ймовірних наслідків, дії лікаря, лікарська думка (або її "відсутність"), зареєстровані власноруч зробленими записами в індивідуальній карті вагітної, можуть розглядатися за статтею 140, як професійні правопорушення. На випадок тяжких наслідків для хворого, мірою покарання є позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 5-ти років або позбавлення волі на строк до 2-х років. Безперечно, знання існуючих законів України щодо подання медичної допомоги відіграє певну психологічну та виховну роль. Проте, зараз не можна разраховувати на те, що лікарі залучатимуть студентів для оформлення медичної документації: під час роботи на прийомі всі записи в документах практичні лікарі здійснюють власноруч. Водночас, ми отримуємо підстави ще раз сказати про актуальність проведеної роботи.

Висновки. 1. Введення на циклі акушерства та гінекології кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини особливої форми курації, з написанням та наступним захистом навчальних варіантів медичних облікових документів є новим, ефективним фактором оптимізації навчального процесу в амбулаторних умовах.

2. Кожному студенту надається можливість залучитися до практичної індивідуальної роботи з пацієнтами та звітувати про неї принципово вищою – професійною формою обліку.

3. Зразки навчального варіанту індивідуальної карти вагітної та породіллі (форма № 111) та розробки кафедри щодо удосконалення диспансерної допомоги вагітним жінкам є додатковим методичним матеріалом для засвоєння даної теми.

4. Впроваджена методика не тільки забезпечує викладачів наочним способом доведення принципів диспансерної допомоги, але й має значення додаткової об'єктивної форми контролю рівня професійних дій майбутнього лікаря.

Література

1. Гощинський В.Б., Воронцов О.О., Михайлечко Н.В., Шундіков Д.В. Диспансерний метод надання медичної допомоги вагітним жінкам, що мають підвищений ризик // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Випуск 5. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 366-371.

2. Воронцов О.О., Михайлечко Н.В., Васільєв М.М. та ін. Анкетно-тестовий метод дослідження стресового фактора у вагітних жінок // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 97-101.

3. Воронцов О.О., Васільєв М.М. Згода-заява щодо подання медичної допомоги жіночими консультаціями // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №1. – С. 76-77.

4. Воронцов О.О., Архіпова Н.О., Павліковська В.В. та ін. Удосконалення психопрофілактичної роботи з вагітними жінками – вимога часу // Вісник наукових досліджень (Додаток). – 2002. – № 2. – С. 69-70.

УДК 371.388: 616 – 085: (- 057. 875)

ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ

Т.О. Перцева, І.В. Тищенко, К.Є. Богацька, Л.І. Конопкіна, О.Г. Черкасова, О.О. Бондарева

Дніпропетровська державна медична академія

PRACTICAL WORK AS AN IMPORTANT COMPONENT OF THE DOCTOR'S TRAINING

T.O. Pertseva, I.V. Tyschenko, K.Y. Bogatska, L.I. Konopkina, O.G. Cherkasova, O.O. Bondareva

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті розглянуто етапи практичної підготовки студентів та мета виробничої практики на IV курсі; висвітлено важливість самостійної роботи майбутніх лікарів; обговорено різні аспекти практичної підготовки студентів-медиків та підкреслено значення підвищення її якості; наведено досвід організації проходження практики у Дніпропетровській державній медичній академії, зокрема, на кафедрі факультетської терапії та ендокринології.

In this article the stages of practical students' training and the aim of practice during the fourth year are reviewed; the importance of independent work of the future doctors is elucidated; various aspects of practical education of medical students are discussed and significance of increase of its quality is underlined; experience of the organization of practice in Dnipropetrovsk State Medical Academy, in particular, at the chair of faculty therapy and endocrinology is given.

Вступ. Сучасна вища школа відіграє важливу роль у житті будь-якої держави, тому що вона здійснює підготовку фахівців високого класу для всіх її структур і галузей. Важливим завданням та невід'ємною частиною роботи будь-якого ВНЗ є постійне удосконалення методів і форм навчання. Підвищення якості професійної підготовки відіграє особливу роль у формуванні й вихованні висококваліфікованих медичних кадрів – майбутніх лікарів [1].

Відповідно до вимог готувати високоосвічених фахівців, що володіють не тільки глибокими теоретичними знаннями, але і практичними навичками в достатньому обсязі, підвищуються значення й роль практичної роботи студентів.

Основна частина. Як свідчить аналіз літератури [1, 2] і педагогічний досвід, у цій проблемі є низка невирішених завдань, що зумовлено насамперед неоднозначністю підходів до їх розв'язання. Мета статті – дати цілісний виклад змісту і організації практичної підготовки студентів у Дніпропетровській медичній академії, зокрема на прикладі виробничої практики після восьмого семестру. Першим етапом засвоєння практичних навичок є теоретична підготовка студентів, їх ознайомлення з методикою збору інформації, обстеження хворого, проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, розробка стратегії й тактики лікування, засвоєння принципів деонтології та медичної етики. Цей важливий і масштабний етап попередньо відпрацьовується на теоретичних і клінічних кафедрах на молодших курсах, а на старших курсах придбані знання та уміння закріплюються і вдосконалюються під час практичних занять у клініці біля ліжка хворого.

На другому етапі в сучасних умовах навчання подальше засвоєння ряду практичних навичок здійснюється шляхом безпосереднього виконання студентами діагностичних та лікувальних маніпуляцій на манекенах і муляжах. Це стосується, насамперед, засвоєння методики й відпрацювання техніки виконання ін'єкцій та інфузій, абдоміноцентезу та плевральної пункції, ведення пологів, катетеризації сечового міхура та інше. Також студенти навчаються правилам роботи з навчальною, діагностичною та лікувальною апаратурою у спеціально обладнаних кабінетах, знайомляться з інструкціями щодо техніки безпеки стосовно роботи з апаратурою.

Третім етапом засвоєння навичок лікування є самостійна робота студентів під керівництвом викладача або практичного лікаря. На цьому етапі

© Т.О. Перцева, І.В. Тищенко, К.Є. Богацька та ін., 2003

студенти наочно підтверджують свою здатність виконувати роботу на підставі придбаних знань, понять, схем, відпрацьованих методичних та технічних прийомів. Самостійна робота студентів починається ще під час практичних занять протягом семестру, коли здійснюються тематичний огляд хворих, аналіз клінічних ситуацій, курація хворих. Протягом виробничої практики студенти працюють самостійно з найбільшою повнотою, відповідальністю і зацікавленістю.

Виробнича практика після завершення весняної сесії – це невід'ємна частина навчального процесу. Вона є важливою і відповідальною ланкою в теоретичній і практичній підготовці студентів у системі вищої медичної освіти.

Метою виробничої практики студентів медичного, педіатричного і медико-профілактичного факультетів після восьмого семестру (IV курс) є [2, 3]:

– закріплення знань, отриманих при вивченні основних клінічних і теоретичних дисциплін;

– подальше удосконалення методики самостійної роботи з хворими й клінічного мислення;

– закріплення й удосконалення практичних навичок, набутих під час навчання протягом навчального року, доведення їх до рівня професіоналізму;

– ознайомлення з організацією лікувальної справи та умовами роботи лікаря у стаціонарних відділеннях лікарень;

– засвоєння навичок оформлення й ведення основної медичної документації;

– удосконалення знань з соціальної гігієни, протиепідемічної діяльності та організації охорони здоров'я;

– засвоєння правил медичної етики та деонтології.

Під час практики після четвертого курсу студенти виконують обов'язки помічника лікаря, працюючи у відділеннях терапевтичного, хірургічного, педіатричного профілів та у пологовому будинку.

Загалом організація практики в Дніпропетровській державній медичній академії (ДДМА) передбачає наступне [3]. На початку кожного циклу на загальних зборах керівник практики знайомить студентів із завданнями практики, проводить інструктаж з дотримання правил техніки безпеки, з організації роботи студентів у відділеннях лікарень, із ведення документації і розподіляє студентів по клінічних базах. Для клінічних баз практики виділяються великі, добре обладнані відділення лікарень, де працюють досвідчені, висококваліфіковані фахівці.

З циклу "Терапія" студенти проходять практику не тільки в загальнотерапевтичних, але й у спеціалізованих відділеннях терапевтичного профілю: пульмонологічному, кардіологічному, гастроентерологічному, ревматологічному, ендокринологічному, алергологічному тощо. Працюючи в закріпленому відділенні, студенти обов'язково оглядають хворих у інших терапевтичних відділеннях клініки. Це дає можливість майбутнім лікарям ознайомитися з широким колом внутрішньої патології.

Одночасно на клінічній базі при наявності 2-3 профільних відділень працюють не більше 15-25 студентів. Це дозволяє кожному із них вести окрему палату на 5-8 хворих і брати участь в обходах завідувача відділення, не порушуючи санітарно-гігієнічного режиму, роботи колективу відділення. Також створюються умови для адекватного керівництва роботою студентів з боку викладача ВНЗ і базового керівника.

Під час виробничої практики студент має можливість повною мірою закріпити лікарські навички, придбані на практичних заняттях протягом навчального року. В реальних умовах застосовуються та удосконалюються вивчені методичні прийоми, схеми діагностичного пошуку, лікувальні алгоритми. Протягом робочого дня під час циклу практики студенти мають можливість також попрацювати в маніпуляційних кабінетах, відділеннях функціональної, ультразвукової і рентгенологічної діагностики, ознайомитися з роботою фізіотерапевтичного відділення, оформити медичну й особисту звітну документацію. Цілеспрямована самостійна робота протягом навіть нетривалого циклу (10-12 днів) сприяє формуванню клінічного мислення, нагромадженню безцінного практичного досвіду, розвитку лікарської інтуїції.

Програма виробничої практики в ДДМА передбачає виділення практичних навичок для обов'язкового засвоєння та для ознайомлення.

Навички для засвоєння:

– опитування й об'єктивний огляд пацієнтів з постановкою клінічного діагнозу;

– оформлення лікарняних історій хвороб;

– чергування у відділенні (надання лікарської допомоги при ургентних станах у клініці внутрішніх хвороб);

– аналіз і оцінка електрокардіограм;

– аналіз і оцінка рентгенограм;

– аналіз даних спірометричних досліджень;

– аналіз і оцінка результатів лабораторних досліджень, у тому числі загальноклінічного й біохімічного досліджень крові, цукрової кривої крові;

– ознайомлення з роботою фізіотерапевтичного відділення, освоєння показань і протипоказань для фізіотерапевтичного лікування;

– проведення санітарно-просвітньої роботи серед пацієнтів.

З допомогою таких навичок студенти здобувають теоретичну й практичну підготовку протягом навчального року на практичних і семінарських заняттях, працюючи у складі "палатної команди", а за період літньої практики, як правило, навички закріплюються й удосконалюються.

Для засвоєння цих навичок і умінь на кафедрі факультетської терапії та ендокринології ДДМА для студентів IV курсу сформовані комплекти типових та контрольних електрокардіограм і рентгенограм щодо основних захворювань серцево-судинної й дихальної систем, набори спірограм та лабораторних аналізів. Студенти мають можливість ознайомитися з методикою проведення спірометричного дослідження в умовах регіонального лікувально-діагностичного кабінету "Пульміс", навчитися методиці електрокардіографічного дослідження з використанням ЕКГ-апаратів кафедри. Спеціальний кабінет обладнано манекенами й муляжами для оволодіння рядом сестринських і лікарських маніпуляцій (внутрішньовенні ін'єкції і краплинні інфузії, катетеризація сечового міхура).

Навички для ознайомлення:

– участь у проведенні та аналіз даних ряду досліджень (ехокардіографія, ультразвукове дослідження внутрішніх органів, бронхоскопія, гастроскопія, дуоденальне зондування);

– участь у проведенні абдоміноцентезу і плевральної пункції;

– ознайомлення з правилами оформлення листків непрацездатності.

Такі навички в навчальному році засвоюються частіше теоретично, а під час проходження практики студенти набувають їх як асистенти палатних лікарів і лікарів-фахівців.

За результатами виконання програми виробничої практики, крім оформлення щоденника, студенти складають підсумковий цифровий звіт. Одним із звітних документів для керівників практики у ДДМА є спеціально розроблена "Матриця індивідуального обліку засвоєння практичних навичок". До неї занесено перелік основних навичок, якими повинні оволодіти студенти протягом практики на відповідному курсі. Аналіз цієї матриці дозволяє з'ясувати ефективність та якість індивідуального засвоєння тієї чи іншої практичної навички на кожній клінічній базі, зробити певні висновки щодо подальшого ретельного відпрацювання навичок протягом навчального року та під час наступної практики.

Треба підкреслити, що на IV курсі студенти одержують можливість самостійно спілкуватися з хворими, їх родичами, старшими колегами, середнім і молодшим медперсоналом у ролі лікаря, певною мірою відповідального за лікувально-діагностичний процес. При цьому відпрацьовуються деонтологічні та етичні навички роботи лікаря, обмірковуються ситуації "лікар – хворий", "лікар – родичі хворого", стосунки між колегами, поняття "ятрогенні захворювання". Ці питання, поряд із лікувально-діагностичними, обговорюються на студентських конференціях, що обов'язково проводяться під час практики.

Для кращого засвоєння студентами навичок з лікувальної роботи на кафедрі факультетської терапії та ендокринології ДДМА оформлено стенди з алгоритмами з надання невідкладної допомоги при основних терапевтичних ургентних станах (напади ядухи при бронхіальній та серцевій астмі, набряк легень, порушення серцевого ритму, стенокардія, гострий інфаркт міокарда, гіпертензивна криза, колапс, ниркова колька), складено комплекти інструкцій по застосуванню медикаментів при поширених захворюваннях внутрішніх органів, комплекти основних пристроїв, що застосовуються у пульмонології для проведення інгаляційної терапії.

Під час літньої практики, здійснюючи детальний розбір особливостей застосування медикаментів у конкретного хворого, студенти IV курсу закріплюють початкові практичні навички з клінічної фармакології. Працюючи у лікарні повний робочий день, безпосередньо займаючись курацією хворих, студент має змогу спостерігати клінічні ефекти медикаментів при однакових захворюваннях у різних пацієнтів. Участь у клінічних обходах завідуючого відділенням, обговорення клінічних випадків дозволяє проводити порівняльний аналіз застосування різних препаратів однієї фармакологічної групи. Важливо підтримувати у студента зацікавленість своєю роботою, спрямовувати його діяльність на постійне засвоєння нової інформації. Допомогти в цьому можуть знайомство з анотаціями на лікарські засоби, з результатами багатоцентрових досліджень застосування медикаментів, з журнальними статтями щодо лікування новими препаратами, участь студентів у клінічних конференціях, виконання навчально-дослідної роботи.

Таким чином, завдання студента – під час практичної роботи підвищити свій фаховий рівень шляхом поповнення теоретичних знань, закріплення практичних навичок та удосконалення їх до рівня можливості самостійного виконання або виконання під керівництвом викладача.

Завдання викладача, керівника практики – не тільки навчити студентів дотримуватися певних правил, інструкцій щодо діагностичного та лікувального процесу, а ще й розвинути здібності сприймати в цілому клінічну ситуацію конкретного пацієнта, націлити майбутніх лікарів на вдумливу та творчу роботу біля ліжка хворого, навчити бути практично корисним хворому.

Висновки. 1. Навчання студентів навичкам виконання лікарських робіт, навичці лікування – це складний і тривалий процес. Формування навичок багато в чому залежить від інтеграції діяльності багатьох кафедральних колективів, від співдружньої роботи ВНЗ і закладів практичної медицини, від особистої відповідальності та зацікавленості як викладачів, так і студентів.

2. Проходження практики у відділеннях різного профілю є хорошою основою для підготовки сімейних лікарів, для вибору шляху подальшої лікарської спеціалізації. Практична робота, особливо самостійна, дозволяє систематизувати теоретичні знання.

3. Виховання й формування справжніх лікарів – головна мета і головний підсумок діяльності викладачів вищої школи. Закріплення й удосконалення практичних навичок студентів, як і опанування ними глибоких, міцних теоретичних знань, повинно стати показником високої ефективності роботи вищих медичних навчальних закладів.

Література

1. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – М.: Медицина, 1989. – 176 с.

2. Сыченников И.А., Голованов Ю.Н., Мазурин А.В. и др.Учебное пособие по производственной практике. – М.: Медицина, 1981. – 256 с.

3. Дзяк Г.В., Воронин К.В., Пономаренко А.П. и др. Методические рекомендации по выездной врачебной практике студентов V курса по циклам терапии, хирургии и акушерства. – Днепропетровск, 1990. – 38 с.

УДК 37.015.3

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА САМОРЕАЛІЗАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ВИКЛАДАЧА І СТУДЕНТА В НАВЧАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

М.Я. Бабич

Бориславське медичне училище

PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL SELF-REALIZATION OF THE PERSONALITIES OF A TEACHER AND A STUDENT IN THE PROCESS OF EDUCATION

M.Ya. Babych

Boryslav Medical School

У зв'язку з модернізацією освіти в Україні повинен мати нові якості викладач. Він повинен бути підготовлений до нової професійної ролі, має бути людиною, що супроводжує процес самопізнання і саморозвитку студента, скеровує його відповідно до конкретних задатків кожного студента.

Ще одна важлива ділянка роботи викладача – готовність його до цілісного бачення студента, викладаючи конкретний предмет, готовність поєднувати навчальний і виховний процес. Це єдина діяльність щодо сприяння формування особистості. Студент є центральною постаттю вищого навчального закладу. Викладач не повинен нав'язувати йому власну волю, а створювати можливості для вияву самостійності, самоорганізації, творчої активності.

Звідси акцент на формуванні самодостатньої людини, на переході від авторитарної до толерантної педагогіки, відхід від приниження особистості.

Because of the modernization of the system of education in Ukraine a teacher should acquire new qualities.

He should be prepared for a new professional role, he should be a person who conducts the process of self-cognition and self-development of students according to individual abilities of each of them.

One more important field of the teacher's work is his readines to consider a student as a personality in the whole process of education. The most important role of a teacher is the help in formation of personality of the student. The student is the central figure of the higher educational institution. A teacher should not impose his own will upon a student. He should create possibilities for students to display their independence, self-organization and creativity. The accent should be put on the development of a harmonious personality, on the transition from authoritarian to tolerant pedagogics and a student should not be humiliated.

Вступ. Розбудова державності зумовила нові тенденції в розвитку освіти, потреба суспільства у творчих, діяльних, обдарованих, інтелектуально розвинених громадянах, оновлення національної свідомості, відродження духовності – викликали необхідність створити умови для розкриття здібностей дітей, таланту, розвитку особистості [1].

Розвиток творчої особистості потребує психологізації, еврилогізації навчальної діяльності та поведінки студентів. Психологізація виявляється у цілеспрямованій орієнтації освітньої моделі навчального закладу на всі вияви особистості студентів, у використанні засобів наукової та практичної психології. Основні психолого-педагогічні умови, які сприяють творчій діяльності студентів, самореалізації їхньої особистості у навчально-виховному процесі – це створення творчої атмосфери в колективі, атмосфери співдружності, співтворчості, співпраці. У розвитку творчих можливостей студентів велике значення має випереджальний характер навчання й виховання. Його обґрунтував відомий психолог Л. Виготський і пояснив так: "Лише те навчання є добрим, яке передує розвиткові дитини, тобто викликає дитину до життя, пробуджує та приводить у дію низку внутрішніх процесів розвитку".

Отже, організація навчально-виховного процесу має бути спрямована не на максимальне навантаження студентів навчальним матеріалом, а на розвиток їхніх здібностей. Педагогічний процес має бути організований так, щоб викликати в студентів позитивні емоції і сприяти їхньому повноцінному психічному й фізичному розвиткові. Для цього необхідна гнучка організація навчального процесу з урахуванням взаємодії методів і форм навчання. Метою даної роботи є висвітлення власного досвіду з оптимізації побудови навчального процесу за максимального сприяння самореалізації особистості студента та викладача.

© М.Я. Бабич, 2003

Основна частина. Самореалізація особистості – досить поширений у сучасній соціальній філософії термін. Такого статусу він набув зовсім недавно, а його вживаність у науковому апараті налічує лише кілька десятків років. Серйозні дослідження феномена самореалізації особистості започатковані у зарубіжній філософії та психології приблизно в 60-х роках минулого століття. У вітчизняному гуманітарному знанні ця проблема актуалізувалася у 80-х роках XX століття. Незважаючи на досить молодий вік існування теорії, самореалізація особистості є сьогодні однією з провідних потреб існування сучасної людини [1].

Потреба самореалізації – базова потреба особистості. Як така, вона має характер полівалентності, тобто може задовольнятися практично у будь-якій сфері життя людини. Такий процес реалізації можливостей особистості слід розглядати як процес багатоплановий, різнопрофільний, з різними ступенями свого розгортання. Він неможливий без самопізнання та самооцінки. Питання пошуку власної ідентичності в процесі самореалізації – ключовий момент, на якому базується життєвий шлях людини. Самореалізація особистості передбачає її свободу, наявність вибору та відповідальності. Нарешті, самореалізація особистості виявляється як розгортання індивідуальної конкретної особистості. Один із дослідників цієї теми у сучасній вітчизняній філософії В. Муляр у своїй науковій монографії стверджує, що самореалізація особистості виступає як вільне розкриття індивідуальності в процесі її багатогранної діяльності, як упредметнення можливостей особистості в процесі вільної діяльності – самодіяльності, здійснюваній в індивідуальній формі. Самореалізація – це самодіяльність особистості, спрямована на втілення своєї індивідуальності.

Джерела, що сприяють становленню самоорганізованої особистості викладача містяться як у сфері суб'єктивного, так і поза нею. Зовнішнє соціальне середовище впливає на розвиток здібностей до самоорганізації через потребово-мотиваційну сферу особистості. Тому під самоорганізацією особистості викладача ми розуміємо його здатність, що має інтелектуально-вольову спрямованість та розвивається у діяльності [2].

Самореалізація особистості складна частина людського буття: це водночас і мета, і спосіб, і процес здійснення, і результат.

Самореалізація не є швидкоплинною дією, що призводить особистість до завершеності і повної досконалості і приносить їй відчуття самозаспокоєння. Самореалізація – це безперервний процес пошуку сенсу, цінностей, можливостей втілення того, що може зробити кожна людина, якщо вона навчає і виховує інших.

Загальне поняття "самореалізація" (конструктивна чи деструктивна) конкретизується через такі поняття:

– *самовираження* – активність, що спрямована на самореалізацію, але вона не опредмечена і носить лише демонстративний характер (перший рівень соціальної активності особистості);

– *самоствердження* – активність, спрямована на самореалізацію, але мотивом тут виступає прагнення одержати визнання з боку інших (соціальної групи) "тут-і-тепер" (другий рівень соціальної активності особистості). Позбавлення можливості визнання "тут-і-тепер" веде до припинення активності, спрямованої на самоствердження;

– *самоактуалізація* – активність, спрямована на збагачення їх сил з тим, щоб у майбутньому мати змогу самореалізуватися на більш високому рівні (третій рівень соціальної активності особистості). Тут ми вже маємо справу з духовно-катарсичною діяльністю, яка спрямована на себе, діяльність саморозвитку.

Три види активності – сходинки самореалізації особистості, які щільно пов'язані із самопізнанням, самооцінкою, самовизначенням, самоактуалізацією. Останні виступають когнітивним підгрунттям рівнів самореалізації особистості в окремих видах діяльності, поведінці та вчинках [3].

"Який шлях веде до справжньої людини, яка таїться в нас?" – над цим запитанням розміркував мандрівний український філософ Г. Сковорода. І наприкінці життя дійшов висновку: "пізнай себе", "слухай себе", "заглянь в самого себе".

Викладач (учитель) – дзеркало суспільства, і кожний час висуває до нього свої вимоги. Всі процеси, що відбуваються в суспільстві, мають безпосереднє відношення до педагога. Необхідність докорінної перебудови вищої школи сучасної України, а разом з тим діяльності викладача, визначається повним соціальним замовленням. Нині здійснюється соціальна функція вищої школи, зростає необхідність у посиленні ефективності навчально-виховного процесу.

До викладача вищої школи суспільство ставить ряд суттєвих вимог. У діяльності викладача немає дрібниць, у ній все важливе, але особистість викладача важить найбільше.

У системі поглядів К. Роджерса на навчання робота викладача порівнюється з роботою психотерапевта, який не формує людину, намагаючись

виділити її у форму, що була задумана раніше, а допомагає їй знайти у собі те позитивне, що в ній вже є, але перекручене, забуте, сховане [4].

Характерними для концепції навчання К. Роджерса є те, що основне в ній учень, його психіка, розвиток його особистості, тобто за своєю суттю вона гуманістична. Крім того, розробляючи цю концепцію, Роджерс використовує величезний практичний досвід роботи психотерапевта, який поєднується з педагогічним досвідом, що є дуже цінним.

Саме тому вона має великий практичний і теоретичний інтерес для широкого кола вітчизняних освітянських працівників, які вирішують складні завдання реформування національної освіти.

Самоствердження, самореалізація і самоорганізація майбутнього медичного фахівця, будучи найважливішими компонентами саморозвитку особистості, стали основними напрямками роботи педагогічного колективу училища.

Працюючи над проблемою самореалізації особистості викладача та студента у навчальній діяльності, педагогічний колектив училища окреслив контури динамічної моделі творчого викладача, який зможе реалізуватися як фахівець та особистість.

Створились умови для самоактуалізації особистості викладача. Насамперед – це розкріпачення творчо працюючих викладачів у виборі форм, методів, засобів навчання, зміни критеріїв оцінки результатів роботи викладача, самовдосконалення.

У зв'язку з цим виникає необхідність у диференційованому підході до організації методичної роботи з викладачами, враховуючи їхній досвід і можливості. Великого значення надають викладачі самоорганізації особистості студента. Адже, як зазначалося вище, саме самоорганізація є рушійною силою самореалізації. Людина не в змозі реалізувати навіть найблагородніші свої цілі, якщо не має елементарних навичок психічної саморегуляції; не може організувати режим дня й загалом життя; не вміє цілеспрямовано й поступово рухатися до мети; не має наполегливості, тактики тимчасового успіху, а відтак нової спроби самореалізації через інші види діяльності; не знає, як підготуватися до тієї чи іншої діяльності; як правильно працювати чи спілкуватися. Всі ці якості не формуються відразу. Проте у той проміжок часу, що складає відрізок від початку навчання в училищі до його завершення, студент має змогу освоїти цю складну сферу.

Суть роботи зводиться до того, щоб викладач усебічно вивчив своїх вихованців, відкрив у кожному з них особистість з притаманними лише їй здібностями, захопив їх ідеєю саморозвитку і спрямував на шлях раціональної самоорганізації.

Як зазначала Софія Русова, "нова школа ставить собі за головну мету – збудити, дати виявитися самостійним творчим силам дитини... Мета виховання – сформувати людину з широким розумінням своїх громадських обов'язків, з незалежним, високо розвинутим розумом, людину, яка ніде, ні за яких обставин не загине – ані морально, ані фізично – і реалізує в життя свою незалежну думку" [5].

Там, де панує дух творчості і поставлена конкретна мета перед викладачами і студентами у самореалізації особистості, буде і успіх.

Викладач повинен бути завжди в центрі уваги своїх вихованців. Він має не тільки забезпечувати процес розвитку особистості студента, але і стає суб'єктом розвитку своїх особистісних і професійних якостей, повинен сам постійно самовдосконалюватися.

Щаблем професійного росту та вдосконалення викладача є педагогічна майстерність.

Компоненти педагогічної майстерності викладача:

1. Теоретичні знання – це ті, що педагог здобув у вищому навчальному закладі і знання, отримані в результаті самоосвіти. Але ми ніколи не будемо мати суспільства, що постійно навчається, якщо постійно не буде навчатися викладач (учитель).

2. Методична майстерність. Говорячи про методику треба мати на увазі, чого і як навчати.

3. Мовна культура. Охоплює багато інтонацій, темп мови, гумор.

4. Педагогічні здібності. Вміння чітко поставити завдання перед собою і студентами, довести до них кінцеву мету, вміння контактувати з аудиторією.

5. Особисті якості викладача. Тільки особистість може виховати особистість.

6. Педагогічний такт. Уміння створити такий психолого-педагогічний мікроклімат, коли протягом всього заняття забезпечується атмосфера ділового, зацікавленого співробітництва, уміння зрозуміти їх психологічний стан і виявити вплив на них.

7. Педагогічний оптимізм. Уміння бачити в кожному вихованцеві і майбутню особистість (медика).

8. Педагогічна техніка. Культура зовнішнього вигляду (уміння сидіти, стояти, ходити по аудиторії, виявляти упевненість, спокій, доброзичливість). Це постава, одяг, зачіска, міміка, емоційна виразність, уміння слухати, ставити запитання, розуміти іншого.

9. Педагогічна гордість. Щире бажання так викласти знання, щоб студент перевершив свого викладача.

Щоб закріпити прорив до нової гуманістичної, по-справжньому національної школи, державі, суспільству треба плекати особистість того, хто навчає.

Якою ж вона має бути ця особистість? Як вчити?

Гуманно і ефективно. Треба орієнтувати студентів на навчання, яке розвиває, на ті знання, які формують особистість. Педагог мусить надати спілкуванню привабливості в очах вихованця і дати зрозуміти, що розглядає його як рівного собі, розвиває ідеї гуманізму, гідності людини [5].

Без організації активних дій студента неможливо сформувати майбутнього медика.

Особливим завданням викладача повинно бути пробудження у студентів інтересу до кожного заняття. Інтерес повинен бути підкріплений зусиллями волі. Стійкості інтересу надають емоції: завдання від одержаних знань, радість здолання труднощів [6].

Критерії формування особистості студента

Ще й сьогодні багато викладачів не відійшли від досвіду авторитарного спілкування, тому інколи не можуть створити позитивні мотиви навчання, не в змозі стати старшим другом своїх підлеглих, надією і опорою.

Ось деякі рекомендації для тих, хто навчає і які допомагають успіху.

1. Треба навчати студентів методів психологічного самопрограмування, щоб вони могли вийти з будь-якої кризової ситуації.

2. Перш за все – бути активними. Цього можна досягти на заняттях, на виховних позакласних заходах при створенні проблемних ситуацій, які розвивають у студентів логічне мислення, при розв'язуванні клініко-ситуаційних завдань.

3. На особистість студента позитивно впливає єдиний колектив студентів-однодумців, їх згуртованість, бо вони мають спільну мету: добре навчатися і йти в ногу з життям.

Психологія єдиного колективу змінюється на психологію самостійної, вільної самореалізації і почуття власної гідності, честі та відповідальності.

4. Треба виховувати у студентів відповідальність більше покладатися на себе, щоб молоді люди менше вимагали від батьків, від сім'ї , від інших людей, а вчитись самостійно виходити з життєвих ситуацій.

5. Кожна молода людина в ідеалі має ставити найвищі вимоги до себе за чесність, працьовитість, а не за марку автомобіля, чи новий костюм. Не варто заздрити іншим.

6. Вчити студентів сподіватися на краще, але і готуватися до гіршого. Ця життєва позиція допомагає людині домагатися успіхів і гідно переносити усякі невдачі. Якщо при проведенні внутрішньосудинної ін'єкції сталася невдача: медсестра не зуміла ввести голку у вену, то треба заспокоїтися і знайти спосіб як зробити цю маніпуляцію.

7. Не слід чекати якогось лиха, завчасно плакати і бути весь час неспокійним, а виробляти в себе позитивні емоції. Якщо поруч з кліткою папуги поставити кота, папуга ніколи не буде здоровою.

8. Треба цінувати і розвивати таланти у кожної особистості. Часто ми не шукаємо їх, не викохуємо. Нині порядній людині важко пробитися, піднятися на вищий життєвий щабель. Хоча ніхто так, як талановита людина, не зможе врятувати світ від жорстокості, бідності. Чим більше людина піднімається на вершину моральності, тим менше людей залишиться унизу, котрі потребують допомоги [7].

9. Це створення позитивних мотивів навчання, виховання розумової активності й самостійності в процесі засвоєння знань; застосування набутих знань на практиці через систему диференційованих вправ.

10. Психолого-педагогічна діяльність з студентами повинна бути спрямована на набуття кожним студентом загальних, ключових, базових, фундаментальних знань і навичок, які отримує студент в освітньому закладі.

Через впливи – педагогічний, соціальний – іде становлення особистості. Але, попри це, відбувається її саморозвиток. Потенційні можливості людини – величезні. Педагогічна ідеологія від командно-адміністративної має перейти до особистісно-розвивальної. Тільки тоді через навчальні дисципліни студент реалізує себе, свої здібності [8].

Джерелом розвитку студента є властиві йому внутрішні суперечності. Тут важливе поєднання навчання з продуктивною працею, формування трудової культури. Нам слід розвивати самостійність студента, особливо вона актуальна на сучасному етапі формування особистості.

Вищепоказані сутнісні прояви самореалізації особистості неабияким чином стосуються формування студента як особистості, його навчання і виховання у вищій школі. В системі вищої освіти має бути створена атмосфера, в якій студент зможе актуалізувати власні потреби, виділити серед них самореалізацію як домінуючий мотив свого перебування в стінах освітнього закладу. Атмосфера творчості

дозволить йому усвідомити себе як особистість, усвідомити свою значущість для суспільства. Однак основне в контексті нашої теми полягає в тому, що самореалізація особистості студента неможлива без розкриття його індивідуальності. Звідси – важливість індивідуальних форм навчання і виховання. Сьогодні виховання не матиме очікуваного ефекту, якщо воно буде розраховане на так званого усередненого вихованця.

Висновки. 1. За останні роки відбулося значне розширення й ускладнення функцій педагогічної праці викладача. Вона охоплює тепер навчальну, виховну, розвивальну, культурно-просвітницьку, соціально-педагогічну, інноваційну, дослідницьку та інші функції. Для викладача мають бути притаманні не лише професійні, а й особисті якості, які необхідні для педагогічної діяльності.

2. Сьогодні викладач повинен бути готовий до сучасної соціальної ролі, здатним бути ефективним в національному і глобальному демократичному просторі, бути готовим до переходу від авторитарної до толерантної педагогіки.

3. Через зміну парадигми у стосунках викладача і студента, і взагалі у ставленні до людини в суспільстві потрібно розірвати ланцюг неповаги до особистості, який сковує нашу державу в розвитку освіти. Потрібно, щоб кожний викладач усвідомив, що освіта і наука, знання є стрижнем будь-якої діяльності: і людини конкретної, і суспільства в цілому.

Література

1. Журавський В.С. Вища освіта як фактор державотворення і культури в Україні. – К.: Видавничий Дім «Ін Юрс», 2003. – С. 169-170.

2. Краснощок І. Науково-дослідна діяльність як фактор формування соціальної самореалізації майбутнього вчителя // Рідна школа. –2002. – № 6 (869). – С. 17.

3. Киричук О. Розвиток і самореалізація особистості в умовах освітнього закладу// Рідна школа. – 2002. – № 5 (868). – С. 29.

4. Колошин В.Ф., Безсонюк О.А. Від авторитарності до співробітництва і толерантності // Педагогіка толерантності. – 2001.– № 2 (16). – С. 10.

5. Тур Р. Психологічне забезпечення навчально-виховного процессу в ліцеї // Психолог. – 2003. – № 8 (56). – С. 3.

6. Бондаренко Л., Кузнєцова В. Педагогічна підтримка як умова саморозвитку і самореалізації особистості школяра // Директор школи. – 2003. – № 3(243) – С. 6.

7. Кулагіна І., Фрідман Л. Навчання як психолого-педагогічна проблема // Завуч. – 2000. – № 17-18 (59-60). – С. 10.

8. Костін В. Імідж педагога в умовах освіти // Психолог. – 2002. – № 16. – С. 12.

УДК 615 (075.5)

10-РІЧНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В ІНТЕРНАТУРІ

О.І. Дядик, А.Е. Багрій, В.Б. Гнилицька, М.В. Хоменко, А.Л. Христуленко, І.І. Здиховська, Л.Є. Оборнєв, В.С. Гольдіс, В.О. Гайдуков, О.М. Агібалов, І.В. Мухін, О.В. Щукіна

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

10-YEARS EXPERIENCE IN POSTGRADUADE EDUCATION OF THERAPEUTISTS IN INTERNATURE

O.I. Diadyk, A.E. Bagriy, V.B. Gnylytska, M.V. Khomenko, A.L. Khrystulenko, I.I. Zdykhovska, L.Y. Oborniev, V.S. Goldis, V.O. Gaydukov, O.M. Agibalov, I.V. Mukhin O.V. Schukina

Donetsk State Medical University by M. Horky

В роботі представлено узагальнення 10-річного досвіду організації навчального процесу на етапах очної та заочної інтернатури, надано характеристику різних форм навчання, а також аналіз результатів анкетування лікарів щодо оцінки якості підготовки з терапії, наведено пропозиції щодо удосконалення системи до- та післядипломної підготовки з внутрішніх хвороб.

This article is devoted to experience in organizing of therapeutists postgraduate training. Special attention should be paid to the detailed teaching of educated persons in modern aspects of diagnostics, treatment and prevention in internal medicine based on in-patient as well as out-patient basis. This article summarize contemporary approaches of in-hospital postgraduate training; important aspects of auto-rating of trained persons and perspectives in development of system graduate and postgraduate education are also discussed.

Вступ. Основною метою інтернатури як завершального етапу навчання фахівців у медичному закладі є поглиблення теоретичних знань, формування й удосконалювання практичних навичок, підготовка молодих фахівців до самостійної професійної діяльності [1, 2]. Ми дотримуємось прийнятої в нашій країні і країнах Європи методики навчання лікарів-інтернів, що включає два стратегічних напрямки – поглиблення і закріплення теоретичних знань, а також удосконалення практичних навичок у процесі лікувальної роботи в умовах стаціонару і поліклініки [3-5].

Основна частина. Відповідно до державної програми, річна інтернатура з терапії складається із заочного 6-місячного і очного 5-місячного циклів навчання.

Під час заочного циклу лікарі-інтерни працюють у міських і центральних районних лікарнях, зареєстрованих як бази заочної інтернатури. У Донецькій області розташовані 44 бази стажування лікарів-інтернів (терапевтів), які контролюються кафедрою терапії факультету післядипломної освіти (ФПО). На базі заочної інтернатури професійна підготовка лікарів-інтернів здійснюється в процесі самостійної курації хворих у стаціонарі, щомісячних чергувань у відділенні під керівництвом відповідального чергового лікаря, виконання різноманітних діагностичних і лікувальних маніпуляцій, передбачених Положенням про інтернатуру, де регламентується порядок роботи на поліклінічному прийомі і затверджений перелік необхідних навичок. Контроль діяльності інтернів на кожній клінічній базі здійснюється лікарем вищої кваліфікації, який має великий стаж практичної роботи зі спеціальності, кандидатура якого затверджується Управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації за узгодженням з відділом інтернатури. На початку кожного навчального року відділ інтернатури ВНЗ разом з профільною кафедрою проведять семінар для керівників заочної інтернатури, на якому обговорюються питання удосконалення якості навчання, надається тематика рефератів і список необхідних документів, уточнюються вимоги до лікаря-фахівця.

Очне навчання на кафедрі терапії післядипломної освіти включає теоретичні семінари, клінічні розгляди і курацію хворих під керівництвом викладача в загальнотерапевтичних і спеціалізованих

© О.І. Дядик, А.Е. Багрій, В.Б. Гнилицька та ін., 2003

(кардіологічному, ревматологічному, нефрологічному, гастроентерологічному, гематологічному) відділеннях на клінічних базах кафедри. Також лікарям-інтернам (терапевтам) пропонуються лекційний курс, клінічні конференції, самостійна підготовка, керована методичними вказівками.

Теоретичні семінари і практичні заняття організовуються за цикловим принципом, основними пропонуються цикли з кардіології, ревматології, пульмонології, гастроентерології, нефрології, гематології, ендокринології і невідкладних станів у клініці внутрішніх хвороб. Знайомство з сучасними функціональними методами дослідження проводиться під керівництвом висококваліфікованих фахівців на базі обласного діагностичного центру.

Особлива увага надається удосконаленню у лікарів-інтернів навичок фізикального обстеження хворого, які необхідні у процесі діагностики захворювання [6, 7]. Під час курації всі етапи обстеження пацієнта відпрацьовуються при безпосередньому контролі викладача, що дозволяє домогтися найточнішого виконання всіх етапів пальпації, перкусії, аускультації. Після огляду тематичних хворих інтерни формулюють попередній діагноз і обґрунтовують план додаткового обстеження, лікувальну тактику, заходи щодо профілактики, визначають прогноз, а також вирішують питання медико-соціальної експертизи. Особливе значення надається висвітленню питань спадкоємності роботи поліклініки і стаціонару, освоєнню принципів тривалого спостереження і лікування пацієнта під наглядом дільничного терапевта, показань до екстреної і планової госпіталізації пацієнтів, питань раціонального харчування, режиму фізичної активності залежно від професії і віку пацієнта. Поряд із обговоренням загальноклінічних і біохімічних аналізів крові і сечі, рентгенограм органів грудної клітки, травного тракту, нирок особлива увага приділяється також інтерпретації електрокардіограм, фонокардіограм, результатів трансторакальної ехокардіографії, визначенню показань до тестів толерантності до фізичного навантаження (велоергометрія), електрофізіологічного дослідження серця, трансезофагеальної і стресової ехокардіографії, функціональних методів дослідження травних шляхів та сечової системи.

Лекційний матеріал ґрунтується на міжнародних рекомендаціях щодо найактуальніших питань внутрішньої медицини. У зв'язку з невеликою кількістю лекцій, передбачених робочою програмою, викладачами базової кафедри терапії ФПО за підтримки міського й обласного управління охорони здоров'я щорічно проводяться науково-практичні конференції з проблем кардіології, гастроентерології, нефрології, пульмонології за участю провідних фахівців відповідного профілю.

Самостійна підготовка лікарів-інтернів передбачає обов'язкове ознайомлення з інструктивно-методичними матеріалами до семінарських і практичних занять, які містять ситуаційні задачі, тестові завдання для перевірки рівня знань. Крім того, на кафедрі розробляються комп'ютерні навчальні програми для дистанційного керування позааудиторною підготовкою, створюються навчальні кінофільми, комп'ютерні атласи та ін. Для позааудиторної підготовки лікарям-інтернам поряд з базисними навчальними посібниками пропонується додатковий перелік літератури, монографій, рекомендацій кафедри, затверджених республіканським й обласним управліннями МОЗ України, що відбивають сучасні підходи до вирішення найважливіших питань клінічної медицини і сприяють засвоєнню та систематизації отриманих знань.

Після закінчення річної інтернатури ступінь підготовки лікарів до самостійної діяльності визначає атестація, перший етап якої включає відповідь на 150 з 3,5 тисяч тестових завдань, затверджених МОЗ України (1998 р.) за загальноприйнятою оцінкою; другий етап передбачає оцінку практичних навичок з фізикального обстеження хворого, трактування загальноклінічних і біохімічних аналізів крові, сечі, електрокардіограм, рентгенограм, протоколів ультразвукового і ехокардіографічного досліджень, уміння сформулювати попередній та обґрунтувати остаточний діагноз, скласти план діагностичних заходів, призначити лікувальну програму; третій етап складається з письмового контролю теоретичних знань з діагностики та надання екстреної допомоги при життєнебезпечних станах, принципів фармакотерапії основних захворювань внутрішніх органів, після чого атестаційна комісія може запропнувати додаткову співбесіду за окремими розділами програми.

Щороку після атестації лікарям-інтернам пропонується анонімне анкетування з питань організації навчального і оцінки результатів навчання на профільній кафедрі (тобто, характеристики лекційного курсу, методики і якості проведення практичних занять, можливостей самостійної роботи, методів контролю знань і умінь, використовуваних на кафедрі, вимог кафедри до підготовки лікарів, характеристики організації навчання на суміжних циклах і в заочній інтернатурі тощо).

За результатами анкетування 2001-2002 рр., більшість інтернів були знайомі з програмою навчання в інтернатурі і з переліком необхідних практичних навичок (99-100 %), про кваліфікаційну характеристику знали лише 66-81 % інтернів. Заочному етапу навчання більшість лікарів-інтернів (79-80 %) дала позитивну характеристику, 9-11 % опитуваних були ним незадоволені, причинами чого вважали недостатню самостійність (7-17 % опитаних), надлишок самостійності (25-41 %), недостатнє забезпечення баз стажування медичною літературою і слабку матеріальну базу лікувальних установ (17-28 % інтернів).

Якістю лекційного курсу та практичних занять в очній інтернатурі була задоволена більшість інтернів (69-89 %), незадоволеними залишилося 5-15 %, причини чого визначити однозначно було неможливо (38-43 % з "незадоволених" інтернів відзначили недостатню кількість часу, який відводиться на роботу з хворими, 26-28 %, навпаки, вказували на надлишок часу, відведеного для самостійної курації). Близько 25 % опитаних відзначили недостатнє забезпечення баз навчання навчальними посібниками та медичним устаткуванням.

Тільки 44-47 % лікарів-інтернів були упевнені, що повною мірою придбали всі передбачені програмою практичні навички, 52-57 % вважали, що практичні навички ними освоєні недостатньо (внаслідок замалого терміну навчання в очній інтернатурі), 32-35 % відзначали недостатню кількість часу для засвоєння практичних умінь. Разом з тим, 75-78 % опитаних вважали себе цілком готовими до самостійної роботи, пояснюючи це високою якістю викладання на кафедрі в цілому (26-28 % опитаних), заслугою окремих викладачів (29-30 %), якісним навчанням на базах заочного стажування (30-35 %), а також особистою зацікавленістю (8-11 %).

Цікавим було те, що кількості лікарів, які вважають себе підготовленими до самостійної роботи, відповідає відсоток опитаних, котрі воліли навчатися в інтернатурі з терапії – 76-80 %. Продовжити своє післядипломне навчання хотіли б 40-50 % інтернів, одержати вищу кваліфікацію за обраною спеціальністю – 58-73 %. Наявність 8-9 % лікарів-інтернів, котрі не прагнули оволодіти необхідними навичками, частково пояснює недостатньо високі результати атестації, певну кількість незадоволених якістю навчання, і суперечливість причин незадоволеності, за даними анкетування.

Тільки 42-49 % лікарів-інтернів вважають, що знань, отриманих під час студентського курсу, не вистачає для навчання в інтернатурі, основною причиною чого вважають недостатньо високий рівень викладання терапії на переддипломному етапі (49-51 % інтернів). Поліпшенню якості переддипломної підготовки сприяло б, на думку інтернів, збільшення обсягу викладу клінічних дисциплін (24 %), більш жорсткий контроль знань-умінь з боку викладача (14 %), надання більшої самостійності при оволодінні практичними навичками (8 %).

Висновки. На підставі власного 10-річного досвіду викладання і результатів анкетування лікарів-інтернів можна визначити наступні стратегічні підходи щодо поліпшення якості організації та умов навчання в інтернатурі з терапії:

1. Перегляд навчальних планів і програм ВНЗ з клінічних дисциплін, (зокрема внутрішніх хвороб) зі створенням наскрізної програми цілей навчання для поліпшення зв'зку між етапами переддипломної і післядипломної підготовки за вказаним профілем. Необхідно більше уваги приділяти засвоєнню практичних навичок на переддипломному етапі при суворому контролі цього процесу з боку викладачів.

2. Зважаючи на те, що післядипломна підготовка є основним етапом формування лікаря-фахівця, інтернатура з терапії повинна продовжуватися не менше 2-х років, з них протягом 1 року – очна, а також треба підсилити інтеграцію між очним і заочним циклами навчання.

Разом з тим, ми розуміємо, що низька оплата праці терапевта, недостатнє матеріально-технічне обладнання медичних установ, включаючи клінічні бази стажування фахівців, також є важливими причинами незадовільної якості підготовки лікарів, недостатньої зацікавленості в підвищенні лікарської кваліфікації, що вимагає проведення відповідних соціальних програм.

Література

1. Галкин В.А., Александрова Н.А., Брагина Г.И. и др. Профилактическая кардиология // Терапевт. арх. – 2001. – № 1. – С. 58-58.

2. Бобирьов В.М., Петрова Т.А., Почерняєва В.Ф. та ін. Формування практичних умінь і навичок з професійної підготовки у лікарів-інтернів // Зб. наук.-метод. праць. – К., 2001. – Кн.1. – С.64-67.

3. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Гаріна М.Г. та ін. Методологія та реалізація системи управління якістю медичної освіти. – Донецьк, 2001. – 213 с.

4. Green M.L. Graduate medical training in clinical epidemiology, critical appraisal, and evidence-based medicine: a critical review of curricula // Acad. Med. – 1999. – Vol. 74, N6. – P. 686-694.

5. Jones R., Oswald N. A continuous curriculum for general practice? Proposals for undergraduate-postgraduate collaboration // Brit. J. Gener. Pract. – 2001. – Vol.51, N463. – P. 135-137.

6. Hilton S., Carter Y.H. Academic careers in general practice and primary care // Med. Educ. – 2000. – Vol.34, N11. – P. 10-15.

7. Ragavan S., Schneider H., Kloeck W.G. Basic resuscitation knowledge and skills of full-time medical practitioners at public hospitals in northern province // S. Afr. Med. J.– 2000. – Vol.90, N5. – P. 504-508.

УДК 612.14.05

ПОЗААУДИТОРНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ "ПСИХІАТРІЯ"

І.С. Вітенко, В.С. Бітенський, Е.В. Мельник, В.А. Пахмурний, Т.М. Чернова, К.В. Аймедов

Одеський державний медичний університет

EXTRACURRICULAR FORM OF POSTGRADUATE EDUCATION IN PSYCHIATRY

I.S. Vitenko, V.S. Bitensky, E.V. Melnyk, V.A. Pakhmurny, T.M. Chernova, K.V. Aimedov

Odesa State Medical University

У статті обгрунтовується необхідність і подається напрямок удосконалення навчання лікарів-інтернів за допомогою позааудиторних методів. Переваги запропонованого методу доводяться за допомогою дво-річного дослідження спеціально розробленими анкетою та опитувальником ефективності сприйняття і виживання знань з психіатрії у лікарів-інтернів.

The necessity of perfection the postgraduate medical education is substantiated. The new method of using the extracurricular form is proposed. Advantages of new methods are proved by two-years investigation of postgraduate specialists by means of specially created tests for determination of adoption and survival of new knowledge in psychiatry.

Вступ. Процес вдосконалення навчання лікарів залишається актуальним і проводиться у різних напрямках. На необхідності гуманізації процесу підготовки майбутніх лікарів, виховання у них таких якостей як людяність, доброзичливість, привітність, вміння керувати своєю поведінкою незалежно від власного психологічного стану, терпіння і цілеспрямованість наполягають В.Й. Кресюн та співавтори [1]. Про виховну роль фахового музею, створеного за ініціативи кафедри, йдеться в роботі М.Л. Аряєва та співавторів [2]. Г.Т. Сонник із співавторами [3] наводить власний досвід використання комп'ютеризованих програм, зокрема, психодіагностичних для підвищення якості підготовки лікарів-інтернів з психіатрії. Л.М. Юр'єва та співавтори [4] пропонують для аналізу результатів, отриманих лікарями-інтернами під час навчання, та формулювання висновків щодо покращення організації та проведення навчального процесу створити фокусні групи, які безумовно сприятимуть його демократизації. Низка досліджень останніх років присвячена ролі та завданням студентського наукового товариства. Підкреслено значення залучення студентів до самостійної роботи в позанавчальний час та стимулюючий вплив на їхню мотивацію до опанування фахом студентського наукового гуртка, який, на думку авторів, має бути "масовою організацією", орієнтованою насамперед на тих, хто прагне стати практичним лікарем [5].

Серед недоліків очно-заочної форми інтернатури А.Д. Візир та В.О. Шаврин [6] вказують на

© В.С. Бітенський, Е.В. Мельник, В.А. Пахмурний та ін., 2003

вимушене скорочення тривалості навчання в інтернатурі та погіршення матеріально-технічного стану клінічних баз. Вони, певним чином, усуваються за допомогою запропонованої нами моделі позааудиторного навчання лікарів-інтернів – остання дає змогу "пролонгувати" спілкування майбутнього психіатра з педагогами кафедри і під час заочного циклу.

Програма навчання в інтернатурі за фахом "психіатрія", яка теоретично спирається на МКХ-10 (10 Міжнародна класифікація хвороб), суттєво відрізняється від попередніх її варіантів, що грунтувались на дев'ятій класифікації, відмінній від нової за багатьма параметрами. Складна внутрішня логіка сучасної класифікації психічних та поведінкових розладів та велика кількість її рубрик потребують значного часового ресурсу для засвоєння програми лікарями-інтернами. Тим більше, що внутрішня логіка кластеру "F" МКХ-10 є складною для розуміння учорашніми випускниками медичного ВНЗ, вихованими на парадигмі, в основу якої покладений етіологічний та нозологічний критерії діагностики. Складним можна вважати також взаємозв'язок МКХ-10 з логікою формування основних положень сучасної психіатрії. Характерним прикладом є доля такої самостійної, на наш погляд, нозологічної одиниці як інволюційний психоз, що "розчинився" принаймні в трьох рубриках МКХ-10.

Намагаючись досягти насамперед розуміння лікарем-інтерном складної проблеми співвідношення психічного здоров'я і психічної хвороби, ми дійшли висновку про необхідність розширення діапазону форм навчання, зокрема – ширшого втілення позааудиторних з використанням сучасних навчальних технологій. Характерним є те, що студентський науковий гурток з психіатрії може сприяти не тільки більш глибокому засвоєнню знань, але і особистісному росту тих, хто його відвідує [7]. Про організацію та тематику роботи такого осередку йшлося в статті В.С. Бітенського зі співавторами [8].

Основна частина. Метою даного дослідження було обґрунтування ефективності сумісного позааудиторного навчання лікарів-інтернів та студентів, які цікавляться психіатрією, в студентському науковому гуртку. Для її реалізації нами створений об'єднаний науковий гурток, чисельність якого сягала 55 чоловік, в якому працювали спільно лікарі-інтерни та студенти різних курсів. Було вивчено виживання знань у лікарів-інтернів та студентів за результатами спільної роботи в науковому гуртку протягом одного року.

Протягом 1999-2003 років обстежені 2 групи: лікарі-інтерни, які оволодівали психіатрією із застосуванням нової форми позааудиторної роботи протягом останніх двох років, – 28 чоловік (гр.1) та лікарі-інтерни, які проходили навчання за традиційною схемою в два попередні роки. – 32 чоловіка (гр.2). Методи дослідження: застосовувались розроблені нами контрольні тестові опитувальники, що містили основні положення сучасної психіатрії в межах програми інтернатури, але які обов'язково обговорювались на засіданнях гуртка (теоретичні аспекти, питання історії формування тих чи інших концепцій, особливості клініки, патогенезу психічних розладів, психодіагностичні техніки тощо) – вони заповнювались лікарями-інтернами безпосередньо після засідання гуртка (гр.1) або протягом очного циклу навчання (гр.2), а також через тиждень та через 6 місяців. Виживання знань визначалось на підставі динаміки відсотку правильних відповідей. Крім того, лікарі-інтерни, які навчалися протягом 2001/2002 та 2002/2003 навчальних років, та студенти-гуртківці заповнювали спеціально розроблену анкету, що відбивала суб'єктивне сприйняття тими та іншими корисності нової форми позааудиторної роботи. Отримані дані оброблялись за допомогою параметричних статистичних методів.

Оцінка ефективності засвоєння навчального матеріалу та виживання знань продемонструвала, що задіяння емоційно забарвлених компонентів навчання, використання різних модальностей сприйняття інформації (тематично-психіатрично та психоаналітично-ангажовані відеофільми з наступним їх обговоренням, комп'ютерні демонстрації заздалегідь підготовлених доповідей, клінічні розбори спільно з менш підготовленими студентами-медиками, під час яких лікарі-інтерни мали змогу переглянути та віддзеркалити етапи формування у них клінічного мислення, заняття в музеї лікарні, екскурсії тощо), а також високий емоційний настрій, що створювався у процесі використання нових форм позааудиторної роботи, дозволили більш, ніж в 2 рази збільшити кількість правильних відповідей при заповненні тестових опитувальників як безпосередньо після засідання гуртка (82,1 % в першій групі та 40,6 % в другій групі – $p<0,05$), так і через триваліші проміжки часу. Особливо наочною є різниця в кількості правильних відповідей через 6 місяців – 50,0 % в першій групі; 21,9 % в другій групі ($p<0,05$). За даними анкети суб'єктивної оцінки 92,9 % студентів та лікарів-інтернів вважали, що найбільш значущою відмінністю спільних засідань гуртка були демократичність взаємостосунків між викладачами, молодими лікарями і студентами та відступлення від рутинної навчальної програми:

кожний з присутніх, як правило, вносить свої пропозиції щодо тематики засідань, їх організації, бере активну участь в підготовці таких зустрічей. Про великий інтерес як студентів, так і лікарів-інтернів до цих позааудиторних занять свідчить і те, що, починаючись в 15^{30} в зимовий час та в 16^{00} влітку та навесні, засідання "затягуються", як правило, до восьмої, а то і до дев'ятої вечора. Робота йде безперервно і тільки змінює форми (доповідь – психологічний тренінг – відеоперегляд – патографічне есе тощо). Гурток працює на засадах відкритої групи; реєстрація учасників носить суто "літописний" характер та нікого ні до чого не зобов'язує.

При підготовці доповідей, виконанні фрагментів наукових досліджень широко використовується колективна форма роботи з призначенням відповідальних виконавців з числа лікарів-інтернів. Це дозволяє виробляти у останніх почуття відповідальності за колектив, вміння працювати з молодшими за рівнем підготовки товаришами по роботі, навички врахування можливостей окремих членів колективу при розподілі завдань, вміння оцінювати ефективність роботи колективу та оперативно реагувати на поточні проблеми та складні ситуації, що виникають в процесі реалізації мети, тобто моделює майбутню діяльність лікаря-інтерна в медичному колективі. Це, на нашу думку, надзвичайно доцільно, тим більше, що програмою вищих медичних навчальних закладів не передбачено отримання знань про закони функціонування малих груп, вміння їх організовувати та керувати ними. Очевидно, що такі знання є необхідними не тільки для керівників охорони здоров'я, але насамперед для лікарів, які мають очолити дільниці, в тому числі психіатричні та наркологічні, де майбутні фахівці мають стати саме такими керівниками малих груп. Ми віддаєм належне і виховному аспектові діяльності об'єднаного гуртка, оскільки більшість тем висвітлюється в історичному контексті, що дає змогу підкреслити значення вітчизняних, зокрема, українських, або діяльність яких була пов'язана з Україною, діячів науки і культури, і таким чином, розвинути у майбутніх лікарів почуття гордості за свою Батьківщину та інтерес до її історичного минулого. Так, одна з лікарів-інтернів, зацікавившись постаттю українського та німецького письменника Леопольда фон Захера Мазоха, підготувала змістовну доповідь про його непросту долю, життєві смаки та переваги, самостійно зробила переклади творів Мазоха з німецької та представила свою роботу спочатку членам гуртка, а згодом надрукувала в часописі "Вісник психічного здоров'я".

При анонімному анкетуванні додатково з'ясовано, що 71,4 % респондентів з числа тих студентів та лікарів-інтернів, які відвідали не менше половини засідань гуртка, відмітили як позитивний момент широке застосування в роботі сучасних інформаційних технологій. Зокрема, доповідачі активно використовують зручні в роботі комп'ютерні програми Microsoft Power Point 97, ACDSee 32, Corel Presentations 9, які надають доповідям особливого емоційного забарвлення та дозволяють підключити додаткові перцепторні канали, що покращує сприйняття матеріалу в цілому, сприяє довшій його ретенції. Це стосується не тільки патографічних есе, але і більш складних для розуміння доповідей, наприклад, присвячених психопатології дитячого віку, зокрема, рубрикам F7-F9 МКХ-10, ілюстрованих низкою цифрових фото, зроблених лікарями-інтернами в дитячому відділенні.

В процесі підготовки до занять широко використовується електронна мережа Internet, в тому числі база даних Medline, які дозволяють оперувати на засіданнях гуртка найновішою фаховою інформацією. Комп'ютер відкриває нові перспективи для опанування основами психодіагностики майбутніми лікарями та лікарями-інтернами, які мають можливість на практиці порівняти тривіальні та комп'ютеризовані версії експериментально-психологічних методик – тестів Люшера, Сонді та ін. Спільний перегляд відеофільмів ("Політ над гніздом зозулі", "Людина дощу", "Шосте відчуття", "Дон Жуан де Марко", "Планета Ка-ПЕКС", "Гри розуму", "Помилка Вольтера", "Сніжний клас", "Тома закохався" та ін.) на засіданнях гуртка дозволяє не тільки розширити світогляд майбутніх психіатрів, але і навчити їх стисло та максимально наближено до психологічно і навіть психопатологічно ангажованих проблем художнього твору передавати зміст побаченого, сприймати психічно хворого не як об'єкт діагностики, але насамперед як людину з її життєвими потребами (нехай преформованими хворобою), в тому числі потребою в соціальних зв'язках, потребою в любові та справедливості. Враховуючи, що характери та поведінка "проблемних" кіногероїв ретельно вивірені з клінічної точки зору (консультантами таких кінофільмів є завжди досвідчені психіатри), ми розглядаємо наші відеоперегляди і як можливість змоделювати "заочний" клінічний розбір на матеріалі побаченого.

На засіданнях об'єднаного (студентів та лікарів-інтернів) гуртка, які постійно відвідують студенти інших ВНЗ міста (психологи, юристи, біологи),

майбутні психіатри оволодівають навичками спілкування з малознайомою для них аудиторією, що безперечно буде корисним для них в подальшій роботі (виступи на лікарських конференціях, медрадах, публічні виступи психогігієнічної спрямованості перед молоддю тощо).

До речі, ми враховуємо той момент, що гурток відвідують і не медики. Зокрема, засідання, присвячене феномену адиктивної поведінки, яке, з одного боку, давало змогу учасникам подивитись на проблему когнітивно з позицій розробленої нашою кафедрою теорії активації мозку, а не взагалі (славнозвісна рутинна пропаганда "шкідливості алкоголю та наркотиків"), а, з іншого боку, було емоційно насиченим (тематичний відеоперегляд художніх фільмів, патографічні нариси про життя Володимира Висоцького, Фреді Меркурі і таке ін.). Ми з активом гуртка небезпідставно розраховували на те, що через студентів інших ВНЗ будемо впливати на формування світоспоглядання (щодо самозберігаючої поведінки) широких верств молодих одеситів. Це ж стосувалось і зустрічі, присвяченій іншому досить поширеному в наш час патерну поведінки – гомосексуальної.

Отже, досвід використання даної моделі спільного позааудиторного навчання студентів та лікарів-інтернів в об'єднаному науковому гуртку, накопичений останніми роками на кафедрі психіатрії Одеського державного медичного університету, свідчить про доцільність використання СНТ і як форми опанування фахом в системі післядипломної підготовки.

Висновки. Таким чином, активне залучення лікарів-інтернів до роботи студентського наукового гуртка дозволило:

1. Значно розширити коло засвоєних майбутнім лікарем-психіатром питань, що мають як безпосередньо практичне відношення до психічного здоров'я та його розладів, так і загальносвітоглядне значення; глибше ознайомитись з історією психіатрії та психології в тісному взаємозв'язку із завданнями повсякденної практики лікаря-психіатра.

2. Удосконалити практичні навички лікарів-інтернів у застосуванні різноманітних технік психодіагностики та психотерапії включно з груповими тренінгами.

3. Отримати навички організації та контролю функціювання малих груп, оскільки лікар будь-якої спеціальності є керівником малої групи, і гурток став для інтернів бездоганним "полігоном", на якому вони мали змогу відпрацювати під керівництвом досвідчених викладачів різні варіанти спільної роботи.

4. Навчити лікарів-інтернів використовувати в повсякденній роботі нові комп'ютерні технології.

5. Розвинути у лікарів-інтернів здібності публічно виступати перед малознайомою аудиторією; планувати та організовувати свій виступ залежно від його мети, завдань та особливостей аудиторії.

6. Сформувати у лікарів-інтернів навички самостійної дослідницької роботи, вміння визначати робочу гіпотезу, планувати дослідження, інтерпретувати отримані дані.

7. Отримати студентами-гуртківцями за виконані разом з лікарями-інтернами самостійні наукові розробки низку престижних нагород на конференціях та конгресах у Львові, Тернополі, Чернівцях, в Києві, Одесі та Дніпропетровську; надрукувати спільно кілька наукових статей у фахових часописах.

Література

1. Кресюн В.Й., Казанов А.Д., Годован В.В., Антоненко П.Б. Гуманітарний аспект виховання майбутнього лікаря // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України. – Чернівці, 2002. – С. 557.

2. Аряєв М.Л., Капліна Л.Є.,Старікова А.А. та ін. Нові форми навчально-методичної роботи в додипломному та післядипломному навчанні // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України. – Чернівці, 2002. – С. 15-16.

3. Юр'єва Л.М., Носов С.Г., Мамчур О.Й., Малишко Т.В. Використання фокусних груп для підвищення якості навчання лікарів-інтернів // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України. – Чернівці, 2002. – С. 385.

4. Бардов В.Г., Бойко М.І., Омельчук С.Т., Пельо І.М. Студентський науковий гурток як організуючий фактор самостійної роботи студентів-медиків в позанавчальний час // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України. – Чернівці, 2002. – С. 606-607.

5. Візир О.Д., Шаврин В.О. Шляхи вдосконалення навчання лікарів-інтернів // Медична освіта. –2000.– №1. – С. 26-27.

6. Бітенський В.С., Пахмурний В.А., Чернова Т.М., Аймедов К.В. Студентський науковий гурток з психіатрії як осередок професійного та особистісного росту // Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України. – Чернівці, 2002. – С. 608.

7. Бітенський В.С., Пахмурний В.А., Міловідова М.Л. та ін. Студентський науковий гурток і викладання психіатрії // Медична освіта. – 2002. – №1. – С.46-48.

УДК 616.233+614.252

ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІСТІВ ПРОБЛЕМАМ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

І.В. Шумлянський, Я.О. Маслій, П.М. Цимбала, В.М. Покоївчук, О.В. Качан, С.Г. Казирід

Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В. Поліщука, м. Рівне

THE EXPERIENCE OF THE ASTHMA-TRAINING COURSES FOR INTERNS IN RIVNE REGION

I.V. Shumlyansky, Y.O. Masliy, P.M. Tsymbala, V.M. Pokoyivchuk, O.V. Kachan, S.G. Kazyrid

Rivne Regional Clinical Diagnostic Center by V. Polischuk, Rivne

У статті розглянуто нові підходи до навчання лікарів загальної практики на базі лікувальних закладів Рівненської області за програмою, розробленою фахівцями області і затвердженою наказом ОУОЗ. Навчання проводилося за 5-денною програмою за типом проблемно-орієнтованого навчання протягом 2001р. В програмі навчання використовувались затверджені в Україні методичні матеріали і всі сучасні міжнародні консенсусні матеріали. Результати проведеного навчання оцінювалися ретроспективно в кінці 2002 р. і визнані позитивними.

The new approaches to the training of general practice physicians on the basis of Rivne oblast' health care institutions were discussed in the article. The training was provided by the new program, which was designed by the oblast' specialists and was ratified by oblast' health care department. The training course was provided by the 5-days program due to problem-oriented studying during 2001. During the training methodical materials, ratified in Ukraine, and all the modern international consensus materials were used. The results were valued retrospectively in the end of the 2002 and were recognized as positive.

Вступ. Процеси глобалізації в науковій сфері створили нові можливості для швидкого впровадження в практику найновітніших розробок і нових технологій. Великі інформаційні потоки, науково-практична інтеграція вимагають вже не довготривалої медичної освіти, а постійного продовження навчання лікарів різних галузей, проведення періодичних семінарів або короткострокових інформаційних курсів з доведенням до слухачів великого обсягу інформації по мірі її накопичення. Кінець XX ст. характеризувався значними досягненнями у розкритті механізмів розвитку бронхіальної астми (БА), появою ефективних методів лікування. БА – одне з найбільш розповсюджених і тяжких алергічних захворювань. Більше 150 млн людей, тобто кожен десятий житель планети, страждає на астму. Її поширеність становить 5-7 % серед дорослих, а серед дітей – до 10 % [1]. В Україні поширеність БА за даними офіційної статистики в десятки разів менша від реальної, призначення препаратів для базисної терапії в 10 р. менше, ніж у Чехії, і в 40 р. менше, ніж у Польщі (дані на 2000 р.) [2]. Тобто, залишається актуальною проблема навчання лікарів сучасним методам діагностики і лікування БА. Необхідність змін в підході до лікування БА зумовила появу наказу МОЗ № 311 від 30.12.99 р., в якому відображені положення вітчизняного консенсусу з БА, використані доказово обгрунтовані світові інформаційні ресурси з цієї проблеми. Наказ МОЗ № 311 від 30.12.99 р. розглядає БА як хронічне запальне захворювання дихальних шляхів і передбачає обов'язкове призначення планової протизапальної терапії. Планова протизапальна терапія (базисна терапія інгаляційними кортикостероїдами) – це нова технологія в пульмонології, яка дозволяє значно зменшити вартість лікування за рахунок зменшення викликів швидкої допомоги та зменшення кількості госпіталізацій.

Основна частина. Проблеми навчання лікарів новим технологіям діагностики і лікування бронхіальної астми не дуже широко висвітлювалися в науковій літературі. У вітчизняній літературі проблеми удосконалення допомоги хворим на бронхіальну астму, в тому числі і навчання лікарів загальної практики, розкриваються в статтях Ю. Фещенко [1], В. Москаленка, Л. Яшиної [2].

© І.В. Шумлянський, Я.О. Маслій, П.М. Цимбала та ін., 2003

В роботах В. Маколкіна і співавторів [3] підтверджується теза про успішність впровадження в клінічну практику нових рекомендацій тільки при умові активної роз'яснювальної роботи із спеціалістами і лікарями загальної практики з доведенням до їхнього відома необхідної інформації про результати досліджень, на яких базуються дані рекомендації. В цій же статті подаються дані про значну перевагу результатів нових методів лікування на основі 10-річного спостереження за хворими. Необхідність навчання лікарів загальної практики сучасним проблемам астмології і різні методи цього навчання подаються в роботах Т. Мартиненко і співавт. [4], Ю. Терещенко і співавт. [5], Л. Сидорової і співавт. [6]. В зарубіжній літературі ці проблеми висвітлюються в роботах J. Grimshau, I. Russel [7], R. Neville et al. [8].

Для ефективного виконання наказу МОЗ № 311 від 30.12.1999 р. на Рівненщині завдяки керівництву медицини області – начальнику управління охорони здоров'я Маслію Я.О., першому заступнику начальника управління Цимбалі П.М. та провідним спеціалістам Качан О.В., Джизі О.Д. для ефективного виконання наказу МОЗ на Рівненщині були заплановані 5-денні інформаційні курси для терапевтів міста і області на базі клініко-консультативного відділення Рівненського обласного клінічного лікувально-діагностичного центру ім. В. Поліщука. Проведення курсів регламентувалось наказом ОУОЗ № 1 від 03.01.2001р., заняття проводилися пульмонологами діагностичного центру (ДЦ), які є членами Української асоціації спеціалістів з проблем БА і були учасниками наради-семінару на базі НДІ фтизіатрії і пульмонології ім.Ф. Яновського з питань діагностики і лікування БА в травні 2000р. [8], мають достатній досвід діагностики та лікування БА. На цих курсах терапевти первинної ланки навчалися своєчасно діагностувати, правильно лікувати і проводити моніторинг контролю за БА. Курси проводилися згідно з графіком протягом 2001р. на базі клініко-консультативного відділення РОКЛДЦ ім.В.Поліщука. Були задіяні всі інформаційні можливості – від використання АРМу (автоматизоване робоче місце) лікаря-пульмонолога і бази даних ДЦ, до можливостей Internet. Заняття проводилися за типом проблемно-орієнтованого навчання. Групи по 6 чоловік займалися в кабінеті пульмонолога ДЦ. Перша частина занять проводилася як семінар-дискусія, друга – практична. В програмі занять розглядалися наступні теми: "Визначення бронхіальної астми, епідеміологія, механізми патогенезу, фактори ризику, клініка", "Діагностика БА, використання спірографів і ПФМ", "Класифікація і ступеневе лікування, базисна терапія та бронхолітичні засоби", "Диференційна діагностика", "Лікування нападів і загострень в амбулаторних умовах". В кінці кожного заняття проводилися тест-контролі. На практичній частині лікарі проводили клінічний розбір хворих, проводили цим хворим дослідження функції зовнішнього дихання, працювали з пікфлуометрами і щоденниками пацієнтів. Всі курсанти завдяки спонсорській допомозі фірми "Глаксо Сміт Кляйн" одержали на руки весь методичний матеріал – накази МОЗ, міжнародні керівництва ("GINA"), проблемні статті провідних вчених України – акад.Фещенко Ю.І., проф. Яшиної Л.О., уніфіковані щоденники пацієнтів з бальною системою оцінки стану пацієнта, таблиці з порівняльними характеристиками препаратів, інструкції по користуванню дозованими аерозолями і т.д. Курси пройшли 150 лікарів міста і області. В кінці 2002 р. проведено аналіз статистичних показників по БА і проаналізовано спектр виписки пільгових рецептів хворим з БА.

Результати: протягом 2-х років значно покращилася діагностика БА (кількість хворих на БА в м.Рівне після проведеного в 2001 році навчання лікарів збільшилася на 22 % , а в 2002 р. збільшилася ще на 24 %, або на 43 % в порівнянні з 2000 р.). Після проведеного навчання лікарів значно змінився спектр виписки рецептів на користь інгаляційних кортикостероїдів, зменшилася виписка неселективних β2-агоністів і малоефективних у дорослих кромонів. Менш оптимістична картина в районах області. Кількість хворих, які отримують базисну терапію, збільшилася в меншій мірі, ніж у обласному центрі, причому між районами відмічаються великі розбіжності (залежно від кількості лікарів, які пройшли навчання, а також залежно від активності цих лікарів).

Висновки. 1. Необхідно продовжити програму навчання лікарів загальної практики з врахуванням досвіду і результатів уже проведеного базисного навчання.

2. Доцільно провести виїздні 1-2-3-денні курси в районах із залученням більшості лікарів. Короткострокові курси можливі і з інших тематик (алгоритми призначення антибактеріальних препаратів, лікування хронічних обструктивних захворювань легень, сучасна діагностика та лікування гастроентерологічних захворювань, застосування антигіпертензивних препаратів тощо).

3. Теми для проведення таких курсів можна визначати після аналізу терапевтичної служби при підготовці до колегій ОУОЗ.

Література

1. Фещенко Ю. Бронхиальная астма – одна из главных проблем современной медицины // Український пульмонологічний журнал, додоток до № 2 (28) 2000: матеріали наради- семінару пульмонологів, терапевтів, педіатрів, алергологів України "Актуальні питання діагностики та лікування бронхіальної астми". – С.15-17.

2. Москаленко В., Яшина Л. Стан і перспективи алергологічної служби в Україні // Астма та алергія. – 2002. – № 1. – С. 5-7.

3. Маколкин В., Овчаренко С., Шеянов М. Течение и отдаленные исходы бронхиальной астмы: результаты десятилетнего наблюдения // Новые Санкт-Петербургские ведомости. – 2000. – № 3. – С. 36-42.

4. Мартыненко Т., Скалозуб Е., Рыбальченко О. Опыт образовательной работы пульмонологического центра среди терапевтов Алтайского края // Двенадцатый национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник-резюме. – Москва. – 2002. – 184 с.

5. Терещенко Ю., Тесленко Л., Демко И. и др. Образовательная программа по бронхиальной астме для врачей первичного звена // Двенадцатый национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник-резюме. Москва. – 2002. – 186 с.

6. Сидорова Л., Логвинєнко А., Логвиненко Н. и др. Формы непрерывного постдипломного обучения врачей по пульмонологии // Одиннадцатый национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сборник-резюме. – Москва. – 2001. – 166 с.

7. J. Grimshaw, I. Russell. Effekt of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluation. // Lancet. – 1993. – 342. – P. 1317-1322.

8. R. Neville, G. Hoskins, B. Smith et al. Observatios on the structure, process and clinical outcomes of asthma care in general practice // Br J Gen Pract. – 1996. – 46. – P. 583-587.

9. Український пульмонологічний журнал, додаток до № 2 (28) 2000: матеріали наради-семінару пульмонологів, терапевтів, педіатрів, алергологів України "Актуальні питання діагностики та лікування бронхіальної астми".

10. Фещенко Ю. Основные принципы современного лечения бронхиальной астмы // Український пульмонологічний журнал, додаток до № 2 (28) 2000: матеріали наради-семінару пульмонологів, терапевтів, педіатрів, алергологів України "Актуальні питання діагностики та лікування бронхіальної астми". – С. 22-24.

11. Яшина Л. Клинико-функциональная диагностика бронхиальной астмы // Український пульмонологічний журнал, додаток до № 2 (28) 2000: матеріали наради-семінару пульмонологів, терапевтів, педіатрів, алергологів України "Актуальні питання діагностики та лікування бронхіальної астми". – С. 16-19.

УДК 615:378.147

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДІВ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ З ФАРМАКОЛОГІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ

С.М. Калугіна, І.Г. Купновицька

Івано-Франківська державна медична академія

FEATURES OF A QUALITY MONITORING OF KNOWLEDGE IN PHARMACOLOGY OF STUDENTS IN THE IVANO-FRANKIVSK STATE MEDICAL ACADEMY

S.M. Kalugina, I.G. Kupnovytska

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

У статті висвітлено особливості методичних підходів до проведення контролю за засвоєнням та якістю знань студентів з фармакології в Івано-Франківській державній медичній академії.

The article reviews the peculiarities of methodical approaches to procedure of control of mastering and quality of students' knowledge in pharmacology in Ivano-Frankivsk State Medical Academy.

Вступ. Сучасний арсенал лікарських препаратів налічує величезну кількість найменувань, тому проблема успішного оволодіння майбутніми фахівцями знаннями з фармакології є особливо актуальною [1].

При вивченні фармакології у студентів виникає ряд труднощів суб'єктивного та об'єктивного плану, які пов'язані з специфічними особливостями самого предмета [2]. Суб'єктивні труднощі полягають в тому, що ряд студентів мають низький вихідний рівень підготовки з загальнотеоретичних дисциплін. Об'єктивні труднощі вивчення фармакології визначаються тим, що студенти повинні освоїти великий об'єм навчального матеріалу, осмислити його шляхом побудови логічних взаємозв'язків, пізнати і вміти пояснити механізми дії близько 300 лікарських засобів. Окрім того, студенти повинні оволодіти практичними навичками – навчитись грамотно виписувати рецепти [3].

Основна частина. Рівень підготовки та ступінь засвоєння матеріалу кожним окремо взятим студентом різний і залежить від багатьох факторів: соціально-економічних умов, рівня інтелектуального розвитку, психологічних особливостей особистості [4]. Для оцінки рівня засвоєння студентами матеріалу та сформованості вмінь і навичок необхідно проводити контроль [5]. Метою даної роботи є узагальнення досвіду контролю знань студентів під час вивчення фармакології в Івано-Франківській державній медичній академії з відображенням позитивних моментів і проблем даного процесу для збільшення ступення засвоєння знань та формування практичних навичок, необхідних майбутньому фахівцеві.

Наша кафедра покладає на контроль не тільки навчаючі та керуючі, але й виховні функції. На нашу думку, контроль рівня знань стимулює пізнавальну активність студентів, виявляє недоліки в навчальній діяльності, прогалини в знаннях студентів і дає можливість намітити шляхи їх подолання. Окрім того, він позитивно впливає на розвиток пам'яті та мислення, виховання волі, звички до систематичної праці. Підвищуючи відповідальність за роботу, що виконується, за серйозну підготовку до виконання обов'язків лікаря, контроль сприяє формуванню у студентів активної життєвої позиції, виробленню високих моральних якостей, розвиває потребу в набутті професійних знань та навичок, тобто сприяє підготовці висококваліфікованих спеціалістів.

Викладачі кафедри при проведенні вихідного, поточного та заключного контролю використовують: усне опитування, письмовий контроль за індивідуальними завданнями, тестову та графічну перевірку знань, розв'язання ситуаційних задач, іспит.

Усне опитування проводиться у вигляді постановки запитань з урахуванням теми і специфіки заняття згідно з методичними вказівками, які розроблені колективом кафедри. Запитання формуються логічні,

© С.М. Калугіна, І.Г. Купновицька, 2003

цілеспрямовані, чіткі і зрозумілі, звичайними у власному їх стилі або у вигляді проблеми чи задачі. Наприклад, при вивченні теми "Загальна фармакологія" звичайним запитанням буде "Які види дії ліків розрізняють?", а запитанням у вигляді проблеми буде "Чи можливо, щоб ефект дії ліків був одночасно прямим і непрямим". Як показує наш досвід, позитивним в усному опитуванні є його гнучкість, а недоліком те, що опитування займає багато часу і при цьому не зберігаються результати перевірки.

Широко використовується комбінована форма контролю. Особливістю цієї форми є одночасний виклик викладачем для відповіді декількох студентів, один з яких відповідає усно, а 2-3 студенти виписують рецепти на дошці. Перевага комбінованого контролю полягає в тому, що він дозволяє ґрунтовно перевірити рівень знань всіх присутніх студентів при невеликій затраті часу. Однак, така форма контролю вимагає від викладача добрих навиків розподілу уваги.

Письмовий контроль здійснюється за індивідуальними завданнями, які отримує кожний студент. Сюди включається виписування 4-5 рецептів, графічна перевірка знань (студент повинен скласти узагальнену наочну модель, яка буде відображати певні відношення, взаємозв'язки між окремими групами лікарських препаратів, що вивчаються на занятті), розв'язання ситуаційної задачі. Хоча при цьому виді контролю результати перевірки зберігаються у зошитах, негативним моментом є те, що треба витрачати багато часу на перевірку письмових робіт кожного студента.

Колективом кафедри проведена велика науково-методична робота з розробки тестових завдань до кожної теми. Головна відмінність тестування від інших методів контролю полягає в тому, що крім запитання тест містить і еталон відповіді. Відповідь студента обов'язково фіксується у вигляді письмової роботи. Пропонуються тести 3-х типів: тести з багаточисленними відповідями "так-ні", тести з добором пари "запитання-відповідь", тести з однією правильною відповіддю. Порівнюючи отриману відповідь з еталоном, виявляємо, які операції студент виконав правильно, що дозволяє об'єктивно оцінити якість засвоєння вивченого матеріалу. У зв'язку з цим до формування завдань і еталонів тестів ставимо вищі вимоги, ніж при усній відповіді. Дійсно, якщо при усній відповіді викладач нечітко сформулює запитання, то студент може попросити роз'яснень. Якщо студент при відповіді плутається, то можна перепитати його, підвести до правильного формулювання. Все це неможливо при проведенні тестового контролю, коли запитання та відповідь попередньо зафіксовані і ніяким змінам в ході контролю підлягати не можуть.

Враховуючи такі переваги методу тестування, як скорочення часу на перевірку, об'єктивність оцінки знань, однакові вимоги до всіх студентів, можливість статистичної обробки отриманих результатів, вважаємо за необхідне ширше використовувати тести в органічному поєднанні з традиційними методами контролю.

Заключний контроль якості та ефективності підготовки студентів проводиться у вигляді іспиту. Першим етапом його є визначення якості оволодіння практичними навичками. Для цього кожний студент отримує індивідуальне завдання з переліком лікарських препаратів в твердих, рідких та м'яких лікарських формах для пацієнтів різного віку. Студенту необхідно грамотно виписати 7 рецептів із вказівкою правильної дози та способу застосування лікарського засобу. Результат перевірки написаних рецептів враховується екзаменатором при виставленні загальної оцінки, до якої також входить результат визначення рівня теоретичних знань з основних розділів фармакології.

За суттю, іспит можна розглядати як поточний контроль на заключному етапі навчання. Викладач, за нашим переконанням, і на іспиті повинен навчати і виховувати студента, а не просто констатувати рівень його знань та виставляти оцінку.

Заключний контроль має велике значення для корекції педагогічного процесу у наступному навчальному році та для студентів у процесі подальшого навчання у вищому медичному навчальному закладі.

Висновки. 1. Контроль якості й ефективності підготовки студентів – це допомога викладачу і студенту, а не самоціль.

2. Аналіз отриманих в процесі вихідного, поточного та заключного контролю даних про рівень знань студентів сприяє досягненню основної мети навчального процесу – підвищенню якісного засвоєння запланованого об'єму знань усіма студентами.

До перспектив подальшого вдосконалення методів контролю знань студентів з фармакології ми відносимо впровадження комп'ютерної форми тестового контролю.

Література

1. Вороненко Ю.В. Реформа охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – №1. – С. 6-11.

2. Косуба Р.Б., Заморський І.І., Петрюк А.Є. та ін. Методичні підходи викладання фармакології іноземним студентам // Медична освіта. – 2002. – №4. – С. 30-31.

3. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять у медичних вузах: Методичний посібник. – К., 2001. – 664 с.

4. Галузинський В.М., Євнух М.Б. Основи педагогіки та психології вищої школи в Україні. Навчальний посібник / Київ: ІНТЕЛ, 1995. – 166 с.

5. Ватченко А.О., Тимофєєв М.М., Сакович В.М., Цикова Т.Д. Про форми контролю знань студентів // Матеріали доповідей науково-методичної конференції "Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України", Тернопіль, 29 вересня – 1 жовтня 1999. – Київ–Тернопіль. – 1999. – С. 183-184.

УДК 159.9:614.254.3

ВІТЕНКО І.С. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. – Харків: Золоті сторінки, 2002. – 387 с.

На сьогодні питання психологічної підготовки лікаря залишаються далеко невирішеною проблемою. В процесі навчання студентів та післядипломної освіти лікарів мало уваги приділяється психічному компоненту захворювань і йде переоцінка соматичного, "тілесного". Особливого значення цей факт набуває в діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря, адже біля 70 % хворих звертаються до цієї категорії лікарів зі скаргами соматичного характеру, які не мають об'єктивного підтвердження.

Разом з тим, професійна діяльність лікаря не може бути відокремленою від його особистісних якостей, моральних установок, знання психології людини, психологічних аспектів спілкування. А тому підготовка сучасного лікаря вимагає якісно вищої медико-психологічної освіти.

Цій актуальній проблемі і присвячена монографія відомого вченого та організатора охорони здоров'я професора І.С. Вітенка. Монографія складається із вступу, дев'яти розділів, висновків, списку використаної та цитованої літератури, трьох додатків, включає 387 сторінок.

Наскрізним мотивом монографії є розгляд хвороби як медико-психологічної проблеми та співвідношення об'єктивного і суб'єктивного у формуванні автопластичної картини хвороби.

В першому розділі автор розкриває психологічні проблеми в професійній діяльності та підготовці лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Особлива увага приділена типології особистості та ролі клінічного мислення в лікарській діяльності.

Практичний інтерес викликає розділ другий, в якому висвітлені взаємовпливи хвороби і психіки, при чому автор розглядає зміни функціонування кожної сфери психіки під час хвороби та вплив цих змін на подальший перебіг захворювання.

Значна частина монографії присвячена психосоматичним проблемам в медицині взагалі, і в діяльності сімейного лікаря, зокрема. Чітко сформульована психосоматична модель виникнення захворювання та роль стресу, тривоги, депресії в розвитку хвороби.

В монографії знайшли своє відображення суїцидальна поведінка та наркотична залежність, котрі займають вагоме місце в структурі психічної патології у зв'язку з суттєвим сучасним патоморфозом психічних та поведінкових розладів.

Окремо розглядаються питання сім'ї, як основної складової сімейної медицини, психопрофілактики, психогігієни та психотерапії, як важливі складові лікувально-профілактичної роботи сімейного лікаря, та соціально-психологічні особливості спілкування, які включають міжособистісні стосунки у медичних колективах, системах "пацієнт – лікар", "родичі хворого – лікар". Окреслена роль сімейної медицини в Україні та обґрунтована методологія і зміст підготовки лікаря-психолога. Слід зазначити, що подані в монографії рекомендації, профілактичні заходи, експериментально-психологічні методики, методи психотерапії, психокорекції, програми заходів втручання з метою корекції фізіологічних параметрів при соматичних захворюваннях дозволяють підвищити ефективність процесу вивчення як теоретичних питань, так і окремих психологічних методик.

Позитивним також є те, що окремо у додатках наведена професіограма лікаря загальної практики.

Монографія професора І.С. Вітенка користується популярністю серед науковців-лікарів, психологів, що займаються проблемами психосоматичної медицини, клінічної психології, сімейної та соціальної медицини, організації охорони здоров'я і підготовки медичних кадрів. Вона є цінним практичним керівництвом для лікарів-інтернів, психологів, психотерапевтів. Виклад матеріалу систематичний та чіткий, легко і з цікавістю сприймається, тому без сумніву вона буде корисна для практичних лікарів різних спеціальностей, сприятиме підвищенню їх професійного рівня, кваліфікації.

Враховуючи те, що монографія всебічно відображає комплексний підхід до лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря і є фундаментальним медико-психологічним керівництвом, вважаю за необхідне відзначити її серед українських медичних видань.

Завідувач кафедри терапії фікультету післядипломної освіти Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського доктор медичних наук, професор Є.М. Стародуб

УДК 616-092(477.74-25)(091)

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ В ОДЕСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА І КЛІНІЧНА ПАТОФІЗІОЛОГІЯ)

І.П. Гуркалова, Р.Ф. Макулькін, А.І. Гоженко, Л.В. Герасимова

Одеський державний медичний університет

HISTORICAL ASPECTS OF PATHOPHYSIOLOGY DEVELOPMENT IN ODESA STATE MEDICAL UNIVERSITY (EXPERIMENTAL AND CLINICAL PATHOPHYSIOLOGY)

I.P. Gurkalova, R.F. Makulkin, A.I. Gozhenko, L.V. Gerasymova

Odesa State Medical University

Одеський державний медичний університет і кафедра патофізіології протягом 100-річного періоду свого існування як лідер реформування медичної освіти, упровадження передового досвіду навчання з використанням сучасних медичних технологій, приносить славу Україні і вносить чималий внесок в світову медичну науку. В статті розвивається ідея авторів про необхідність на сучасному етапі патофізіологічних досліджень ширше використовувати не тільки експерименти на тваринах, але й проводити клінічні спостереження з використанням сучасних технологій (комп'ютерна томографія, радіоізотопні методики, УЗД та ін.). Це дозволить глибше вивчити патогенез поліорганної та полісистемної патології, яка має сьогодні широке розповсюдження.

Odessa state medical university and pathophysiology department for while 100-years brought glory to Ukraine and world medical science as a leader in reformation of medical education, advanced studies and using of modern medical technologies. In the present article the authors develop the idea concerning possibility and necessity not only of experimental investigations on animals at pathophysiological researches but also wide introduction of clinical investigation using modern medical technologies (computer tomography, radioisotope methods, ultrasound diagnostic etc.) Nowadays the results of this conception may be used for deeper understanding of pathogenesis of such difficult wide-spread pathology as multiple organ dysfunction syndromes and other polysystemic pathology.

Вже більше 100 років кафедра патологічної фізіології Одеського (Новоросійського) медичного університету є одним з провідних науково-педагогічних патофізіологічних колективів України. Її історичний шлях розвитку відображає як загальні закономірності розвитку патологічної фізіології, так і властиві цій кафедрі особливості.

Історія розвитку патофізіології в Одеському (Новоросійському) медичному університеті дає можливість продемонструвати як час змінює характер наукових досліджень і педагогічного процесу, змінюючи акценти з системного рівня вивчення механізмів розвитку патології на клітинний, молекулярний, органний і навпаки. В даний час бурхливий розвиток клінічних дисциплін, вдосконалення лабораторної і функціональної діагностики ставлять перед патологічною фізіологією, як базисною теоретичною дисципліною, яка є введенням в клінічну медицину, нові завдання вивчення структури, функції, нарешті, метаболічних процесів всіх органів і систем, а, зрештою, і патогенезу хвороби у кожному окремому випадку. Сучасна клінічна діагностична база у багатьох випадках відповідає або навіть перевершує можливості експериментального методу дослідження, а використовування нових технологій: комп'ютерна і ЯМР томографія, визначення кровообігу в різних судинах і в різних органах (радіоізотопні методики, методи УЗД, допплерографія) дають змогу не тільки діагностувати патологію, але і виявити глибокі патофізіологічні зміни, що лежать в основі патогенезу того або іншого захворювання.

Оскільки організм, як відомо, хворіє в цілому, важливо виявити патогенез поліорганної патології (серцево-судинні хвороби, патологія зовнішнього

© І.П. Гуркалова, Р.Ф. Макулькін, А.І. Гоженко та ін., 2003

дихання, патологія нирок, хвороби крові), що мають єдиний взаємопо'язаний механізм. Такі дослідження можливі тільки у людини.

Методи інструментального дослідження можуть забезпечити вивчення поліорганного і полісистемного патогенезу, що істотно відрізняється від патофізіології окремих органів і систем; з'ясувати патогенетичні механізми у кожному окремому випадку за допомогою функціональних і лабораторних досліджень, обгрунтувати патогенетичну терапію і розробити правильну тактику лікування. Одеська кафедра патофізіології (нині кафедра загальної і клінічної патофізіології) в цьому значенні є класичним зразком такого розуміння і підходу в розвитку науково-дослідної думки протягом всього 100-річного періоду свого існування.

Так, організатор медичного факультету Одеського (в 1900 р. Новоросійського) університету і перший завідуючий кафедрою загальної патології професор Підвисоцький В.В., добре відомий в наукових колах Росії і за її межами своїми глибокими і оригінальними дослідженнями з найбільш актуальних проблем медичної науки того періоду (етіології і патогенезу новоутворень, патогенезу інфекційних захворювань, бактеріології, проблем імунітету, фагоцитозу, ендокринології та ін.), використовував різні методи дослідження: експериментально-морфологічні та фізіологічні, порівняльно-патологічні, бактеріологічні та імунологічні. Від вивчення "особливих захисних речовин", що містяться в сироватці крові, Підвисоцький переходить до вивчення роботи залоз внутрішньої секреції і під його керівництвом Маньковський О.Ф. і Богомолець О.О. проводять дослідження з вивчення структури надниркових залоз, що заклали основи вітчизняної ендокринології. Результати досліджень, які проводилися В.В. Підвисоцьким в Одесі, були узагальнені в нових додаткових главах його всесвітньо відомого керівництва з загальної патології "Основи загальної патології. Керівництво до вивчення фізіології хворої людини" (в двох томах), яке вийшло четвертим виданням в 1905 році. З Одесою пов'язана діяльність учнів Підвисоцького В.В. – Маньковського О.Ф., Тарасевича Л.О., Щастного С.М., Стефанського В.К., Заболотного Д.К., і нарешті, Богомольця О.О.

Подальша підготовка до самостійної діяльності Богомольця О.О. проходить під керівництвом ще одного чудового патофізіолога Вороніна В.В., що прийшов на зміну Підвисоцькому. Надалі Богомолець О.О. пропонує класифікацію конституцій за сполучною тканиною, створює вчення про фізіологічну систему сполучної тканини, яка забезпечує неспецифічну і специфічну реактивність, пропонує антиретикулярну цитотоксичну сироватку (АЦС) як засіб для стимуляції і пригнічення реактивності. АЦС зіграла величезну роль в лікуванні тривало незагоюючих ран у поранених в період Великої вітчизняної війни, коли не було антибіотиків і сульфаніламідних препаратів, при лікуванні онкологічних хворих на ранніх стадіях, коли стимуляція реактивності організму перешкоджала метастазуванню пухлинних клітин і сприяла більш високій ефективності лікування ракових хворих.

В одеський період своєї діяльності Богомолець О.О. читав курс клінічної імунології, такий важливий в період широкого розповсюдження тяжких інфекційних захворювань (черевний тиф, холера).

Таким же яскравим представником воронінської школи патофізіологів був майбутній видатний терапевт, академік Ясиновській М.О. Вивчаючи на кафедрі патофізіології міграцію лейкоцитів із слизових оболонок порожнини рота в нормі і при запаленні, Ясиновській М.О. показав, що ця загальнобіологічна захисна реакція організму, що відображає неспецифічну реактивність, є прекрасним індикатором ефективності фізіотерапії у хворих з ревмоартритом, що дозволило йому розробити і впровадити найбільш ефективну патогенетичну терапію й запропонувати методику профілактики ревматизму.

Зближення методичних і методологічних підходів у вивченні патогенетичних механізмів особливо чітко спостерігалося у Зайко Н.Н. в одеський період його діяльності (1950-1960 рр.). Захистивши докторську дисертацію про патогенез нейропаралітичного кератиту, і представивши нові докази складної взаємодії екзогенних і ендогенних чинників в патогенезі цього тяжкого захворювання, він не залишив в подальших своїх роботах і роботах своїх учнів без уваги питання ролі нервової системи. Разом з чисто експериментальними дослідженнями, на кафедрі в той період здійснювалися і клінічні спостереження, зокрема, ультразвукова терапія травматичних артритів, артрозу, контрактури Дюпюїтрена, клінічне використовування ультразвуку в офтальмологічних хворих.

Вивчення ролі бар'єрів при різних захворюваннях привернуло до наукових досліджень не тільки представників теоретичної медицини, але і клініцистів. На кафедрі виконувалися кандидатські та докторські дисертації і хірургами, і терапевтами, і педіатрами,

і ЛОР-фахівцями, і біохіміками. В результаті цих робіт були отримані цінні відомості про зміну проникливості найстійкішого ГЕБ (гематоенцефалічний бар'єр) під впливом гарячки, черепно-мозкової травми, гіпоксії, алкогольної інтоксикації, менінгіту, енцефаліту.

Результатом науково-дослідної роботи, виконуваної при консультуванні і керівництві Зайко Н.Н. в цей десятирічний період були захищені докторські дисертації Зуданової В.І. (педіатр, згодом завкафедрою педіатрії Одеського медичного інституту), Мінц С.М. (патофізіолог, в майбутньому завкафедрою в Івано-Франківську), Синовець А.С. (хірург, завкафедрою хірургії ОМІ), Доценко О.П. (хірург, завкафедрою хірургії ОМІ), Тараненко М.І. (фтизіатр, завкафедрою ОМІ), Драгомірецький В.Д. (отоларинголог, завкафедрою ОМІ), Петрович Ю.О. (біохімік, завкафедрою Московського стоматологічного інституту), Сукманський О.І. (патофізіолог, завкафедрою Дніпропетровського медичного інституту).

В 60-90-і роки XX століття на кафедрі здійснювалося моделювання епілептичного синдрому, для чого був розроблений варіант нової технології (Макулькін Р.Ф., Шандра О.А., Годлевський Л.С., Мазараті А.М., Новицький С.А., Корнієнко Т.В.). Створена нова модель нейропатологічного синдрому багатоосередкової коркової епілепсії у вигляді комплексу епілептичної активності, формованого детермінантою (провідним осередком). Вивчені особливості формування, стійкість, модуляція рівня і зміни характеру активності багатоосередкового епілептичного комплексу. Встановлено, що генералізація епілептичного процесу або його обмеження та послаблення залежить від впливу на кору мозку, стовбурні і підкіркові структури, які контролюють мозковий електрогенез. Використання цієї моделі дало змогу отримати нові дані для розуміння патогенетичної структури багатоосередкової коркової епілепсії. На підставі уявлень про функціональні відмінності осередків комплексів і провідної ролі детермінантного осередку, розроблений метод диференційної діагностики епілептогенних осередків за допомогою різних наркотичних засобів (фторотан, діазепам) і розроблені загальні принципи патогенетичної терапії багатоосередкової коркової епілепсії, що підтверджено отриманням авторського свідоцтва та упровадженням в лікувальну практику (кафедра нервових хвороб і нейрохірургії – Король А.П., Хомицька Т.В., Сон А.С.)

З 1999 року і до сьогодні кафедра загальної і клінічної патофізіології, зберігаючи дбайливе відношення до минулого досвіду і наукових традицій, розвиває такі нові наукові напрямки як патофізіологія нирок і водно-сольового обміну, вивчення патогенетичних механізмів розвитку захворювань репродуктивної системи людини в умовах дії агресивних чинників зовнішнього середовища, і спільно з НДІ нових медичних технологій і проблемних захворювань (директор академік Запорожан В.Н.) обґрунтовує і розробляє шляхи корекції ушкоджувальних чинників на репродукцію. При цьому використовуються як методи експериментального моделювання на тваринах, так і клінічні спостереження з використанням нових технологій. Інтенсифікація науково-дослідної роботи на кафедрі привела до того, що за відносно короткий термін вийшли 3 монографії, отримано 15 патентів, опубліковано більше 100 наукових робіт, видана біобібліографія Підвисоцького В.В., захищені кандидатські і докторські дисертаційні роботи, виконуються і інші значні наукові дослідження, створені навчальні посібники для іноземних студентів англійською і французькою мовами, йде велика робота з перебудови навчального процесу і створення нового практикуму з клінічної патофізіології.

На базі Одеського державного медичного університету в 2002 році відбулися III Національний Конгрес та Пленум патофізіологів України.

Таким чином, 100-річний досвід нинішньої кафедри загальної і клінічної патофізіології демонструє її значущу роль в розвитку медичної науки, вирішенні найбільш актуальних для кожного історичного етапу життя суспільства медичних проблем, підготовці медичних кадрів вищої категорії. На всіх етапах історичного розвитку аж до сьогодні на кафедрі органічно поєднувались такі методичні і методологічні підходи, які дають можливість розкрити закономірності розвитку патології, а, отже, знайти ключ до її встановлення.

Аналіз історії патофізіології кафедри патофізіології Одеського державного медичного університету демонструє перехід від загальнопатологічних підходів, які грунтувалися переважно на загальноклінічних спостереженнях, до методології експериментальної патофізіології, яка знаменувала собою переважно аналітичний етап розвитку медико-біологічної науки. Вдосконалення методичних можливостей і необхідність створення єдиної концепції хвороби на сучасному етапі стимулюють дослідження в галузі клінічної патофізіології, що в

поєднанні з найбільш досконалими клітинними та молекулярно-генетичними експериментальними дослідженнями і складають особливість сучасної патофізіології. Необхідно відзначити, що історія кафедри патологічної фізіології Одеського державного медичного університету свідчить про те, що ці два напрямки були завжди присутні, в тому або іншому ступені, відображаючи історичні завдання і можливості.

Література

1. Гоженко А.И., Макулькин Р.Ф., Гуркалова И.П. и др. История кафедры патологической физиологии Одесского государственного медицинского университета 1900-2002. – Одесса, 2002. – 150 с.

2. Подвысоцкий В.В. Основы общей и экспериментальной патологии: Руководство к изучению физиологии больного человека.– Изд.4-е, существ. перераб. и доп. – С.Пб.: Изд-во К.Л.Риккера, 1905. – 922 с.

3. Герасимова Л.В., Павлова Н.Б., Воробйова І.С. Володимир Валеріанович Підвисоцький – організатор медичного факультету Новоросійського університету. – Одеса, 2000. – 35 с.

4. Запорожан В.М., Гоженко А.І.Клінічна патофізіологія: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку // Фізіологічний журнал. – 2000. – Т.46, №6. – С.123-126.

5. Гоженко А.І. Біоетика та методологія викладання патологічної фізіології // Медична освіта. – 2002. – №1. – С. 27-29.

6. Зайко Н.Н. А.А.Богомолец, жизнь и деятельность (К 100-летию со дня рождения) // Физиол. журнал. – 1981.– Т.27, №3. – С. 291-301.

ВАСИЛЮК ВАСИЛЬ МИКОЛАЙОВИЧ

У плеяді відомих науковців Тернопільщини гідно значиться ім'я Василюка Василя Миколайовича, доктора медичних наук, професора кафедри шпитальної терапії № 1 з курсом професійних хвороб Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.

В.М. Василюк народився 25.08.1938 р. на Тернопільщині, середню школу закінчив у 1955 році. Наполегливість та цілеспрямованість, любов до людей, допитливий розум, доброта і чуйність – саме ці риси його характеру вплинули на вибір майбутньої професії. У 1955 році він став студентом лікувального факультету Чернівецького державного медичного інституту (нині Буковинська державна медична академія), який закінчив у 1961 році. Після закінчення вузу працює головним лікарем Королівської дільничної лікарні Борщівського району і за сумісництвом – терапевтом. Та згодом доля повернула його до Alma mater. У 1965-1967 роках Василь Миколайович – клінічний ординатор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, пізніше (1968-1970 рр.) асистент кафедри факультетської терапії лікувального факультету Киргизького державного медичного інституту. З вересня 1970 року – асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Тернопільського державного медичного інституту, з 1993 р. – доцент кафедри шпитальної терапії, з 1998 р. – професор цієї кафедри. Його вчителями були професори О.І. Самсон, Г.Т. Пісько, А.Л. Гребенєв, вплив яких позначився на становленні Василя Миколайовича, як людини і вченого. Найвища освіта – це самоосвіта. Такого переконання дотримується Василь Миколайович.

На якій посаді він би не працював, основним напрямком наукової роботи завжди була експериментальна і клінічна гастроентерологія та фармакотерапія. Результати досліджень знайшли своє відображення спочатку в кандидатській дисертації на тему: "Активність деяких цитоплазматичних ферментів (холінестерази, моноамінооксидази, гістамінази) у хворих на виразкову хворобу та хронічний гастрит" (1969 р.), а згодом у докторській "Обґрунтування раціональних способів лікування хворих на виразкову хворобу та хронічний гастродуоденіт" (1990 р.). Його працездатність і принциповість, вміння аналізувати та приймати правильне рішення сприяли розробці основного наукового напряму – подальшому вивченню актуальних питань гастроентерології. Під керівництвом професора В.М. Василюка проводяться дослідження стосовно особливостей перебігу, діагностики, лікування, профілактики, реабілітації хворих на хронічні захворювання органів травлення. Велика увага приділяється впровадженню та удосконаленню нових методів дослідження (імунологічних, ультраструктурних, гістоавторадіографії, моделюванню ушкоджень слизової оболонки шлунка) та лікуванню хворих з патологією травної системи. Інші наукові напрямки, над якими працює Василь Миколайович, присвячені деяким питанням пульмонології, клінічній фармакології. Професор В.М. Василюк – автор і співавтор близько 150 наукових публікацій, в тому числі одного навчального підручника, трьох навчальних методичних рекомендацій, трьох авторських свідоцтв, чотирьох патентів на винаходи. Разом з учнями Василь Миколайович розробив проект Тимчасової Фармакопейної Статті, яка затверджена Фармакопейним комітетом Держкоммедбіопрому

України на вітчизняний лікарський препарат "Етоній (таблетки)" – технічний і технологічний регламенти на їх промислове виробництво. Професор В.М. Василюк член Українського лікарського товариства, Тернопільського обласного товариства терапевтів. Багатогранна та плідна праця ювіляра була відзначена медаллю "Ветеран праці" та грамотами. В особі Василя Миколайовича чудово поєднується талант вдумливого клініциста, плідного науковця, мудрого педагога. Він користується повагою та любов'ю студентів, учнів, співпрацівників та пацієнтів.

Щиро вітаємо Василя Миколайовича з днем народження, зичимо ювіляру міцного здоров'я, довгих й щасливих років життя, творчого натхнення, оптимізму, благополуччя та всіх земних благ. З роси і води Вам, шановний ювіляре!

Колектив кафедри шпитальної терапії з курсом професійних хвороб ТДМА ім. І.Я. Горбачевського

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– посилання на статті:

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

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

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Гоніський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115 – 116.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

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

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

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

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

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

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

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

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

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

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

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

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

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

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу "Медична освіта"
Видавництво "Укрмедкнига"
Медична академія
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху !

УДК 616 - 084: 614. 2 (07. 07)

ПРОФІЛАКТИКА - ЯК ОСНОВА У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В.Ф. Москаленко

член-кореспондент АМН України, м. Київ

PREVENTIVE MAINTENANCE AS THE BASIS OF TRAINING OF SPECIALISTS OF PUBLIC HEALTH SERVICE SYSTEM

V.F. Moskalenko

Corresponding member of Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

У статті показано основну роль профілактики в запобіганні захворюваності і важливість освоєння основних її принципів майбутніми медиками.

The basic role of preventive maintenance in the prevention of diseases and importance of understanding of its basic principles by the future doctors is shown in the article.

Вступ. Профілактика є дуже важливим, відомим та достатньо ефективним засобом вирішення багатьох медико-соціальних проблем. Водночас це також ефективний шлях щодо економії матеріальних ресурсів [1].

Наголос у діяльності на профілактику передбачає зосередження уваги на причинах хвороб, травм та їх наслідків [5].

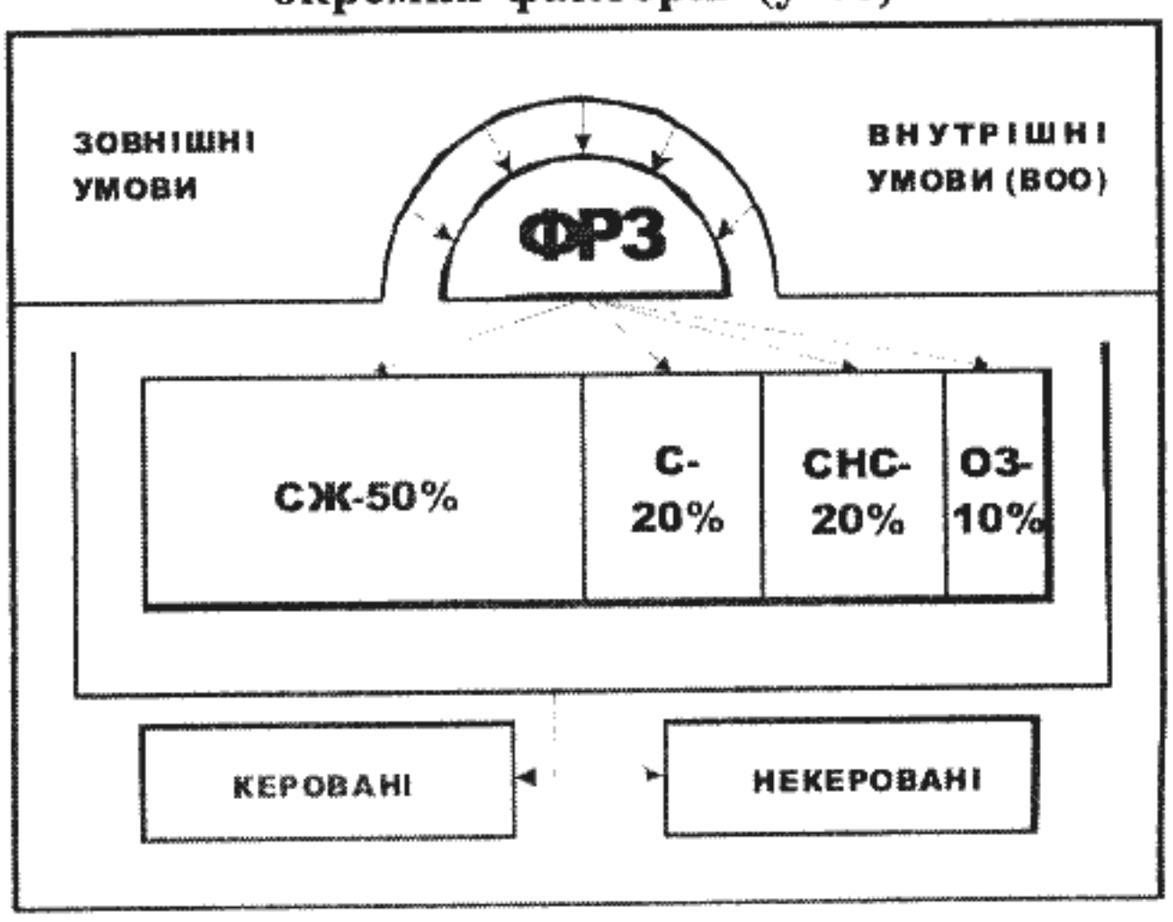
Зараз, як ніколи, директивні органи (ДО) – уряди країн, міністерства, відомства, інші органи влади – стикаються з проблемою існування чисельних та найрізноманітніших факторів ризику для здоров'я (ФРЗ). Важливі проблеми аналізу, впливу, оцінки та ефективності протидії були розглянуті на 55-й Асамблеї охорони здоров'я ВООЗ* (Женева, 2002 р.) [2].

Разом з тим, слід зазначити, що ще мало уваги приділяється достеменній оцінці порівняльних масштабів різних факторів ризику (ФР), до того ж знання та можливості ліквідації відомих найважливіших видів небезпеки для здоров'я використовуються не повністю.

Основна частина. На сьогодні існує ціла низка ефективних, з точки зору витрат, профілактичних та терапевтичних методів щодо зниження цих небезпечних впливів. Проте дуже часто ними нехтують, щоб догодити менш ефективним, з точки зору витрат, методам втручання, які можна було б використати щодо усунення менш важливих ФР, або тих з них, які характеризуються суттєвою невизначеністю [3].

Під ризиком для здоров'я (РЗ) треба розуміти будь-який фактор, який підвищує вірогідність несприятливих наслідків для організму людини. У якості ФРЗ можуть виступати як зовнішні умови, так і внутрішні особливості організму (табл.1).

Таблиця 1. Фактори ризику для здоров'я: умови впливу, класифікація, питома вага окремих факторів (у %)



ВОО – внутрішні особливості організму;
ОЗ – охорона здоров'я;
С – спадковість;
СЖ – спосіб життя;
СНС – стан навколишнього середовища;
ФРЗ – фактори ризику щодо здоров'я.

© В.Ф. Москаленко, 2003