

Зміст

<i>І.С. Вітенко</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ КОМПОНЕНТИ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	5
<i>В.П. Пішак, І.Й. Сидорчук, О.В. Пішак, В.І. Паньків, М.Ю. Коломоєць, Р.І. Сидорчук, А.М. Сокол</i> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПРОБЛЕМ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА СНІДУ	8
<i>Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, Н.М. Середюк</i> КЛІНІЧНА ШКОЛА – ОСЕРЕДОК ВИХОВАННЯ І ФАХОВОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ.....	11
<i>М.Р. Мруга, І.Є. Булах</i> ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ	14
<i>І.С. Гайдаш, В.В. Флегонтова</i> ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНИХ ПИТАНЬ МІКРОБІОЛОГІЇ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	20
<i>В.П. Пішак, В.І. Цимбал</i> СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВУЗІВСЬКІЙ БІБЛІОТЕЦІ	22
<i>І.Р. Мисула, А.А. Гудима, Ю.І. Бондаренко</i> ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ РЕКТОРСЬКОЇ КОНТРОЛЬНОЇ РОБОТИ ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ	25
<i>І.С. Сміян, В.В. Стеценко, Л.А. Волянська, С.С. Левенець, Л.І. Алексєнко, І.М. Мороз, Н.А. Цяпа, І.О. Багірян, Н.В. Банадига, Г.А. Павлишин, В.О. Синицька</i> ПРО АКТУАЛЬНІСТЬ ТА СПЕЦИФІКУ ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ У МЕДИЧНОМУ ВУЗІ	31
<i>В.В. Поканевич, В.А. Туманов</i> КОНЦЕПЦІЯ СТВОРЕННЯ І ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ УАНМ	35
<i>О.Є. Федорців, О.М. Шульгай, С.О. Никитюк, А.О. Луцук</i> ШЛЯХИ АКТИВІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ	37

<i>С.М. Гайдукова, С.В. Видиборець, Л.О. Ковалкіна</i> СТАН І ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ТРАНСФУЗІОЛОГІВ В УКРАЇНІ	40
<i>С.В. Косенко</i> ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА СТАРШИХ КУРСАХ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ	48
<i>Р.І. Сидорчук</i> НОВІ ФОРМИ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ В СИСТЕМІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	52
М.А. АНДРЕЙЧИН, В.С. КОПЧА. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ: ПІДРУЧНИК. – ТЕРНОПІЛЬ: УКРМЕДКНИГА, 2000. – 382 С.....	54

УДК 614.254.3

Ї ÑÈÕĲ ÈĲ Æ²×Ĳ ² ÒÀ Ĳ ÆÒĲ ÆĲ ÈĲ Æ²×Ĳ ² ÈĲ Ĳ Ĳ Ĳ ÆĲ ÒÈ
 ÕĲ ÒĲ ÓÀĀĲ Ĳ Æ Ĳ ÑĲ ÆÈÑÒĲ ÑÒ² Ñ²Ĳ ÆÉĲ Ĳ ÆĲ È²ÈÆÐÆ

².Ñ. Æ³ðáĲ èĲ

Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України

PSYCHOLOGICAL AND METHODOLOGICAL COMPONENTS OF FORMATION OF THE FAMILY DOCTOR PERSONALITY

².S. Vitenko

Central Methodical Office of Higher Medical Education of Ukrainian Ministry of Health

У статті представлено специфічні особливості психологічної підготовки сімейного лікаря на всіх етапах його становлення, особливо в процесі навчання у вищих медичних закладах.

The article presents specific peculiarities of psychological preparation of the family doctor at all stages of his formation, especially in the process of training at higher medical establishments.

Природно, що зміни у тій чи іншій професійній діяльності людини призводять автоматично до перегляду змісту освіти та внесення відповідних коректив. Введення сімейного лікаря в систему охорони здоров'я України не є виключенням.

Діяльність лікаря загальної практики (сімейного лікаря), як і сама професійна підготовка, має свої специфічні особливості, які потребують розробки та впровадження адекватного навчально-методичного забезпечення. Ця позиція є єдиною як серед організаторів охорони

здоров'я, так і спеціалістів з підготовки медичних кадрів.

Враховуючи це, нами була розроблена професіограма лікаря загальної практики (1991 р.), а також визначені основні психологічні компоненти становлення сімейного лікаря, серед яких найбільш актуальними є розробка моделі підготовки та визначення змісту.

Аналіз результатів досліджень дав можливість створити єдину модель інтегрованої психологічної підготовки лікаря загальної практики (таблиця 1).

Таблиця 1. Етапи інтегрованої безперервної психологічної підготовки лікаря загальної практики

Додипломний (медкласи, медшколи, медліцеї) – професійного самовизначення	Дипломний (медуніверситети, медакадемії) – професійного становлення	Післядипломний (медакадемії післядипломної освіти) – професійного вдосконалення сімейного лікаря
Форми, методи та зміст професійної психологічної підготовки лікаря загальної практики		
1. Знайомство з особливостями і поведінкою лікаря загальної практики та організацією надання медичної допомоги хворим у лікувальних закладах. 2. Поглиблене вивчення медико-біологічних та фізико-хімічних дисциплін.	1. Вивчення фундаментальних анатоμο-фізіологічних, біохімічних, гуманітарних, соціально-економічних та клінічних дисциплін. 2. Вивчення психологічних дисциплін (загальної, соціальної, медичної, педагогічної).	1. Вивчення нових методів діагностики та лікування хворих. 2. Удосконалення та самовдосконалення стилю діяльності.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Продовження табл. 1

<p>3. Загальне знайомство з психологічними явищами і їх роллю в процесі збереження здоров'я людей.</p> <p>4. Самопізнання та вироблення шляхів удосконалення психічних можливостей.</p> <p>5. Знайомство з поведінкою хворих, їх психічними станами при різних захворюваннях.</p> <p>6. Усвідомлення вимог професії лікарів до людини, яка вибирає цей фах.</p>	<p>3. Пізнання індивідуальних психологічних можливостей засвоєння психологічних знань, вироблення навиків поведінки з хворими та в колективі.</p> <p>4. Пізнання та формування професійно значимих характерологічних якостей, розвиток здібностей, психічних процесів та психічних станів.</p> <p>5. Формування вміння спілкуватися та впливати на психіку хворого, використовуючи методи психологічного обстеження та психологічного впливу.</p> <p>6. Розуміння психосоматичних проблем медицини. Знання психології хворих та психології лікувальної взаємодії в системі "лікар-хворий".</p> <p>7. Використання методів психокорекції поведінки хворих.</p>	<p>3. Подальше удосконалення навиків клінічного мислення, спілкування та поведінки, використовуючи:</p> <ul style="list-style-type: none"> — рішення ситуаційних завдань; — рольових ігор; — психокорекції; — психотренінгу та вмінь. <p>4. Удосконалення навичок надання медичної допомоги хворим.</p> <p>5. Вивчення:</p> <p>а) світових досягнень медицини, зокрема психосоматичних.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Таблиця 2. **Проблемні питання психологічної підготовки лікаря сімейної практики на додипломному етапі**

Педагогічна та вікова психологія	Загальна психологія	Соціальна психологія
<p>1. Вікові особливості психіки та поведінки людини.</p> <p>2. Психологічні закономірності формування особистості на різних етапах їх становлення. Психологічні основи навчання та виховання особистості.</p> <p>3. Особливості девіантної поведінки дітей.</p> <p>4. Форми і методи виховання дітей, яким надається допомога у стаціонарах.</p>	<p>Загальна характеристика, типологія та властивості особистості.</p> <p>Здібності, темперамент і характер.</p> <p>Психосоматичні проблеми.</p> <p>Потреби.</p> <p>Інтерес.</p> <p>Емоційно-вольова сфера та соціальні установки. Психічні стани. Психічні процеси.</p> <p>Психологічні особливості професійної діяльності.</p> <p>Психологічні методи дослідження особистості.</p> <p>Методологічні принципи психологічної науки.</p> <p>Психологія особистості.</p>	<p>Соціально-психологічні явища та управління ними в медичних колективах.</p> <p>Психологічний клімат і атмосфера в лікувально-профілактичних закладах.</p> <p>Особистість та міжособистісні стосунки в колективах.</p> <p>Конфлікти.</p> <p>Профілактика конфліктних ситуацій.</p> <p>Психологічні особливості створення сім'ї.</p> <p>Поведінка людини в сім'ї.</p> <p>Особливості сприймання людини людиною.</p>

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Медична психологія

1. Методи дослідження психології особистості хворого та медичних працівників.
2. Психіка та індивідуальні схильності людей.
3. Психіка, свідомість, підсвідомість. Взаємозв'язок психіки і мозку.
4. Психічні процеси та їх зміни при соматичних та психосоматичних захворюваннях.
5. Психологічні основи комунікаційної діяльності медичних працівників. Специфіка та роль спілкування в медицині.
6. Емоційно-вольова сфера особистості та її роль у професійній діяльності лікаря.
7. Психосоматика. Зміни психіки та роль психіки у виникненні та розвитку захворювань.
8. Психологія хворого.
9. Психологія лікувального процесу.
10. Психокорекція, психотерапія, психопрофілактика, психогігієна.
11. Сімейна медична психологія.

Таким чином, формування поведінки сімейного лікаря та його психіки – безперервний творчий процес, що вимагає постійного самопізнання та самовдосконалення, пізнання особистості хворого і відповідного психологічного впливу на неї. Встановлено, що цього досягти можна лише при спеціальній психологічній підготовці лікаря сімейної практики на всіх етапах його становлення, особливо в процесі навчання у вищих медичних навчальних закладах. При цьому важливо засвоїти май-

бутнім лікарям проблемні питання психології (таблиця 2), які мають важливе значення для професійного успіху, надання своєчасної та якісної допомоги хворим.

Кінцевий результат підготовки сімейного лікаря потребує вирішення й інших проблем, результати ж впровадження в систему описаних вище компонентів дозволяють стверджувати про їх необхідність і позитивний вплив на формування особистості лікаря загальної практики (сімейного лікаря).

УДК 616.98:578.828.6 (07.07)

ЄТІ І ЄАЕНІ ЄЕ І ²ÄÖ²А АТ АЕЕЕАААІ І В І ААЕ×І ЕӨ І ДІ АЕАІ
А²Е-²І ОАЕӨ²- ОА НІ ²АО

А.І . І ³øàê, ².Е. Ñèäî ð÷óê, Т .А. І ³øàê, А.². І àí üê³à,
І .Р. Еîëîî î°öü, Д.². Ñèäî ð÷óê, А.І . Ñîëîë

Буковинська державна медична академія

**A COMPLEX APPROACH TO THE TEACHING OF MEDICAL
PROBLEMS OF HIV-INFECTION AND AIDS**

**V.P. Pishak, I.Yu. Sydorчук, O.V. Pishak, V.I. Pankiv,
M.Yu. Kolomojets, R.I. Sydorчук, A.M. Sokol**

Bukovinian State Medical Academy

У роботі наведений досвід навчальної роботи з медичних проблем ВІЛ/СНІДу у вищих навчальних медичних закладах з метою підвищення теоретичної і практичної підготовки лікарів загальної практики на весь період навчання.

The research deals with the experience of educational work concerning medical problems of HIV/AIDS at higher medical schools for the purpose of raising the level of theoretical and practical training of general practitioners throughout the whole period of education.

Вступ. Людство в процесі життєдіяльності нерідко піддається дії екстремальних факторів зовнішнього середовища. Викликані ними ефекти можуть набувати форму як одномоментних катастроф (землетруси, виверження вулканів, паводки, цунамі, техногенні аварії типу Чорнобиля, загибель “Челенджера”, численні аварії на шахтах та інші), так і розвитку повільних, пролонгованих, екологічних катастроф. Пандемія СНІДу та інші широкомасштабні епідемічні процеси повністю підпадають під визначення пролонгованих екологічних катастроф. Адже лише за неповних 30 років число ВІЛ-інфікованих на земній кулі, далеко за неповними даними, перевищило 15 млн. людей, а число померлих від цієї інфекції вимірюється сотнями тисяч. Без перебільшення можна сказати, що збудник СНІДу представляє смертельну загрозу для людства. Швидке поширення отримав СНІД і в нашій країні.

За важкістю прогнозу, СНІД – унікальна інфекція. Порівняно зі СНІДом, значно поступається така еталонна, особливо небезпечна інфекція, як чума. Випадків видужання від СНІДу не описано, і всі хворі з клінічною мані-

фестацією цього вторинного імунодефіцитного стану приречені на смерть, якщо найближчим часом не відбудуться які-небудь революційні події в галузі його терапії [1].

Без будь-якого перебільшення можна сказати, що збудник ВІЛ – дійсний монстр, що є смертельною загрозою якщо не існуванню всього людства, то у всякому випадку долі цивілізації. Все це підтверджується унікальною гіпермутабельністю ВІЛ, яка перевищує у 10-1000 разів мінливість антигенної структури вірусів грипу [2].

У результаті стрімкого росту кількості випадків захворювання на СНІД у світі та в нашій країні, СНІД набув масштабу глобальної пандемії, яка несе нову серйозну загрозу життю, здоров'ю і благополуччю людства. В цих умовах основний акцент у профілактиці окремих випадків і стриманні розвитку пандемії СНІДу робиться на методи неспецифічної профілактики захворювання, особливо на систематичну всеохоплюючу санітарно-освітню роботу, спрямовану на зміну поведінки людини. Успішне вирішення медичних проблем СНІДу значною мірою залежить від рівня теоретичної та практичної підготовки медичних працівників із даного розділу, яку повинні забезпечити вищі

навчальні медичні заклади (ВНМЗ). Оскільки ВІЛ-інфекція та СНІД характеризуються поліморфізмом маніфестації та багатопрофільністю патогенезу і ускладнень, до підготовки лікарів повинні бути підключені більшість кафедр ВНМЗ [3].

Основна частина. Завдання підготовки кадрів з медичних проблем ВІЛ/СНІД повністю покладаються на вищі медичні заклади освіти. Враховуючи це, у Буковинській державній медичній академії розроблена і здійснюється міжкафедральна навчальна програма з ВІЛ-інфекції та СНІДу. Основним завданням цієї програми є координація та інтеграція навчально-методичної роботи різних за профілем кафедр з питань викладання етіології, імунопатогенезу, клінічної, клініко-лабораторної та імунолабораторної діагностики, епідеміології, етіотропної та патогенетичної терапії ускладнень, специфічної та неспецифічної профілактики СНІДу та його ускладнень.

Ця програма розрахована на весь період навчання студентів в академії і починається з I курсу на кафедрі медичної біології, де студентів ознайомлюють з вірусами як внутрішньоклітинними паразитами, їх структурою, чутливими клітинами організму до ВІЛ, шляхами передачі збудника та значенням суспільної поведінки у профілактиці захворювання.

На II та III курсах паралельно з вивченням фундаментальних дисциплін розглядаються питання змін клітинного складу периферичної крові у хворих на СНІД, проблеми трансфузіології, трансплантації та ВІЛ-інфекції, контроль за донорами, донорською кров'ю та її компонентами.

У цей період основне навантаження на вивчення проблеми ВІЛ-інфекції та СНІДу покладається на кафедри мікробіології та вірусології, а також на новостворену кафедру клінічної імунології, алергології та ендокринології (основи імунології). Тут викладання медичної проблеми СНІДу відбувається у двох напрямках.

На кафедрі мікробіології та вірусології вивчають сучасну таксономію вірусів імунодефіциту людини, загальну характеристику ретровірусів (онковіруси, спумавіруси та лентівіруси), їх тропізм до лімфоцитів людини; історію описання клінічної характеристики хвороби та відкриття збудників, його морфологічні особливості, ультраструктуру; звертається увага на

геном вірусу, антигенну структуру віріону та її мінливість. Значна увага надається розгляду клітин людини, чутливих до ВІЛ (клітини, що експресують на мембранах – маркер CD4), патогенезу СНІДу, способам зараження, епідемічному ланцюжку; інкубаційному періоду.

Провідне значення у викладанні фундаментальних основ медичних проблем СНІДу займає кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології, де вивчається механізм взаємодії ВІЛ з чутливими клітинами, особливе значення маркера CD4 і його роль в реалізації зараження клітин. Тут більш детально обговорюється питання імунопатогенезу, зміни показників імунограм у хворих на СНІД, залежно від періоду перебігу хвороби, клініко-імунологічної діагностики ВІЛ-інфікованих та хворих. Розглядаються тест-системи для діагностики ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД (виявлення антигенів вірусу та специфічних імуноглобулінів), їх діагностична цінність у певні періоди розвитку захворювання. Вивчаються теоретичні основи вірусологічної та серологічної діагностики СНІДу.

Встановлюються імунологічні аспекти розвитку ускладнень опортуністичних інфекцій злоякісного росту. Визначення імунного статусу у ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, та ускладнень СНІДу. При цьому вивчається імуно-генетична залежність до захворювання на СНІД, яка корелює з антигенною структурою I класу антигенів головного комплексу гістосумісності.

Обов'язковим є вивчення епідемічного ланцюжка при СНІДі та основні методи профілактики захворювання.

На III курсі в рамках навчальної програми на кафедрах патологічної анатомії та фізіології студенти вивчають патоморфологічні прояви, зумовлені ВІЛ, патогенез у розширеному плані, а також захворювань, пов'язаних зі СНІДом. На кафедрі фармакології сумісно з кафедрою клінічної імунології розглядаються фармакологічні препарати, дія яких направлена на пригнічення активності ВІЛ, а також імунотропні препарати, що призводять до імунореабілітації хворих на певні періоди захворювання.

Крім зазначеного вище, для студентів I, II, III курсів проводиться факультативне лекційне навчання з основних положень етіології, імунопатогенезу, клінічної маніфестації, шляхів

передачі збудників, але основна увага надається методам неспецифічної профілактики.

На старших курсах фрагменти основних положень етіології, патогенезу, клінічної маніфестації, ускладнень та профілактики викладаються на кафедрах терапевтичного, хірургічного профілю, кафедрах педіатрії. Особлива увага у вивченні ВІЛ-інфекції та СНІДу приділяється на кафедрах інфекційних хвороб з курсом епідеміології та клінічної імунології, алергології та ендокринології, шкірних та венеричних хвороб і на інших клінічних кафедрах. На кафедрі інфекційних хвороб для вивчення студентами проблеми ВІЛ/СНІД відведено 2 години лекційного навчання та 4 години практичних клінічних занять, на кафедрі клінічної імунології, алергології та ендокринології детально розглядаються імунологічні порушення в організмі носія ВІЛ-інфекції, хворого на СНІД, залежно від опортуністичних інфекцій та проліферативного процесу, обговорюється етапність клінічних проявів, звертаючи основну увагу на імунологічні зміни на перших етапах розвитку ВІЛ-інфекції. Детально розглядаються питання комплексного лікування хворих етіотропними та імунотропними лікарськими засобами.

На старших курсах медичного та медсестринського (4-й курс) факультетів також читаються факультативні лекції (одна на рік) з основних положень ВІЛ-інфекції та СНІДу.

У теоретичній та практичній підготовці студентів медичної академії та медичних училищ академії з проблем ВІЛ-інфекції та СНІДу беруть активну участь співробітники провідних клінічних кафедр. Опорною кафедрою з проблем ВІЛ-інфекції і СНІДу є кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією.

На етапах післядипломної підготовки в інтернатурі з усіх спеціальностей, у магістратурі,

клінічній ординатурі та аспірантурі читаються лекції з проблеми ВІЛ і СНІДу, проводиться одноденна конференція, де виступають з реферативними доповідями лікарі-інтерни, клінічні ординатори, аспіранти та викладачі провідних кафедр. До проведення цієї конференції залучаються також юрист, який інформує лікарів-інтернів та студентів VI курсу з нормативно-правовою базою з ВІЛ/СНІДу в Україні. У майбутньому планується залучити до навчання з даної проблеми медика-психолога та інших спеціалістів з метою посилення вивчення соціальних та поведінкових аспектів ВІЛ/СНІДу.

Із огляду на викладене вище, виникає необхідність розробки міжкафедральної програми з ВІЛ/СНІДу, основним завданням якої повинні бути координація й інтеграція навчально-методичної, виховної і поведінкової роботи різних за профілем кафедр із залученням спеціалістів з інших навчальних закладів, розрахованої на весь період додипломного та післядипломного навчання.

Висновки. 1. Враховуючи негативні наслідки ВІЛ/СНІДу, поліморфізм клінічної маніфестації, тривалий інкубаційний період, особливі шляхи передачі, періодичність розвитку хвороби, поліморфізм ускладнень (опортуністичні хвороби, проліферативний ріст та інші), до підготовки медичних кадрів повинні залучатися більшість кафедр вищих медичних закладів.

2. Провідними кафедрами у підготовці медичних кадрів у вищих навчальних закладах повинні бути кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією та кафедра клінічної імунології та алергології. На ці кафедри повинні бути покладені обов'язки з координації та інтеграції викладання медичних аспектів ВІЛ/СНІДу.

3. Викладання медичних проблем ВІЛ/СНІДу повинно продовжуватися і при здійсненні післядипломної підготовки.

Література

1. СНІД – синдром приобретенного иммунодефицита / Под ред. В.П. Широбокова. – К.: Здоров'я, 1988. – 232 с.

2. Эпидемиологические и иммунопатологические аспекты вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции / Под ред. Ю.Л. Волянского, Н.В. Васильевой,

В.Ф. Москаленко. – Х.: Изд. АО "Бизнес-Информ", 1997. – 208 с.

3. Драннік Т.М. Роль та місце клінічної імунології у структурі охорони здоров'я. Деякі підсумки та перспективи розвитку в Україні // Імунологія та алергологія. – 1998. – №1-2. – С.5-13.

УДК 614.258 + 614.23

ΕΕ²Γ ²×Γ Α ØΕΤ ΕΑ – Τ ΝΑΔΑΑΤ Ε ΑΕΟΤ ΑΑΓ Γ Β ² ΟΑΟΤ ΑΤ ΑΤ
ΑΑΤ ΝΕΤ Γ ΑΕΑΓ Γ Β Ε²ΕΑΔ²Α

².Γ . Γ áééΓ , Ε.Α. ΆεóøéΓ , Γ .Γ . Νάδσάρé

Івано-Франківська державна медична академія

**CLINICAL SCHOOL IS THE CENTRE OF EDUCATION AND
ADVANCED PROFESSIONAL TRAINING OF DOCTORS**

Ye.M. Neiko, L.V. Hlushko, N.M. Seredyuk

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Клінічна школа починається з її лідера, навколо якого формується колектив фахівців-однодумців. Вона сприяє розвитку науки і водночас є осередком виховання та професійного вдосконалення.

Clinical school starts with its leader and the body of like-minded experts is formed around him. Clinical school favours the development of science. At the same time it is the centre of education and advanced professional training.

Вступ. На зламі тисячоліть актуальним стало питання виховання і фахового вдосконалення лікарів, які працюватимуть у першій половині ХХІ століття.

Небагато інституцій у суспільстві є такими, що виникають не в адміністративному порядку, а спонтанно, шляхом інтелектуального об'єднання [1]. Це власне наукова школа. Її різновидністю є клінічна фахова школа. Вона не обов'язково мусить бути на базі великого науково-клінічного центру, а формується там, де є висококваліфікований лідер-професіонал, новатор виробничого процесу, людина, думки якої спрямовані в майбутнє.

Основна частина. Першою організованою терапевтичною клінічною школою в Україні була школа В.П. Образцова – Ф.Г. Яновського – М.Д. Стражеска [2, 3, 4, 5, 6]. Саме в ній на початку ХХ століття при житті людини було встановлено діагноз – закупорка вінцевих артерій (1909). В.П. Образцов і М.Д. Стражеско вперше у світі провели глибокий аналіз клінічної картини тромбозу вінцевих артерій, подали вичерпну характеристику клінічних ознак цього захворювання, виділили його клінічні форми (ангінозну, астматичну, гастралгічну), визначили принципи діагностики, заклали основи для подальшого вивчення цієї науково-практичної проблеми [1]. Доповідь на тему “До симптома-

тології та клініки тромбозу вінцевих артерій серця” в грудні 1909 року була представлена цими вченими I Всеросійському з'їзду терапевтів. Однак для лікарської громадськості того часу ця недуга була своєрідною “террою інкогнітою”. “Що можна стверджувати чи заперечувати у тому, в чому не тямим?” – зробив сумний висновок один з видатних фундаторів Київської терапевтичної школи Ф.Г. Яновський [7].

Подібний опис клініки гострого тромбозу вінцевих судин лише у 1912 році зробив американський терапевт Джеймс Херрік. Він же із своїм помічником лікарем Фредом Смітом у 1918 році описав ЕКГ-ознаки експериментальної коронарної оклюзії. У 1920 році лікар Гарольд Парді у Нью-Йорку вперше описав клініко-електрокардіографічне спостереження коронарного тромбозу, в якому продемонстровано підйом сегмента ST як критерію гострого інфаркту міокарда [8].

У 1932 році американські лікарі Чарльз Волфкрат і Френсіс Вуд запропонували систему прекардіальних відведень, що було великим кроком вперед у діагностиці гострої коронарної оклюзії [8].

I все ж відомий американський кардіолог П. Уайт вніс імена саме В.П. Образцова і М.Д. Стражеска в історію світової кардіології [6]. У подальшому завдяки школам П. Уайта, Р. Брайтона, С. Левіна, Б. Лауна, а пізніше Є.І. Чазова, О.Й. Грицюка, Л.Т. Малої, вдос-

© Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, Н.М. Середюк, 2000

коналювалась технологія лікування хворих на тромбоз вінцевих судин. Апофеозом цього поступу став внутрішньокоронарний тромболіз (Є.І. Чазов, 1976), а потім і системний (О.Й. Грицюк, Л.Т. Малая, В.З. Нетяженко, К.М. Амосова), без якого сьогодні немислимим є лікування хворих на гострий інфаркт міокарда [8].

Серед представників Київської школи терапевтів є також професори В.М. Іванов і А.П. Пелешук. Як клініцист В.М. Іванов формувався в клініці великого гуманіста нашої доби професора Ф.Г. Яновського [9]. Його вклад у розробку актуальних проблем гастроентерології, онкології, рентгенології, історії терапії високо оцінили делегати IV з'їзду терапевтів України (1930).

Професор А.П. Пелешук й сьогодні активно займається лікувальною та науковою роботою. Анатолій Петрович є тонким діагностом, глибоким клініцистом, прекрасним педагогом і лектором. Він є взірцем лікаря-гуманіста [10].

У витоках Прикарпатської терапевтичної школи були такі відомі терапевти-клініцисти, як А.Д. Аденський, М.Л. Авіосор, Я.В. Борін. “Довідник терапевта” А.Д. Аденського донині є настільною книжкою терапевтів. У ньому вперше систематизовано інформацію щодо найважливіших терапевтичних захворювань.

Блискучі, повні дотепного гумору лекції професора М.Л. Авіосора дотепер пам'ятають лікарі, яким поталанило поспілкуватись з цим далеко непересічним лікарем-клініцистом.

Неабияку роль у формуванні широкого лікарського загалу краю відіграли лекції-консиліуми професора Я.В. Боріна.

У подальшому діяльність Прикарпатської терапевтичної школи очолив талановитий вчений-новатор, прекрасний організатор, висококваліфікований педагог професор П.М. Вакалюк, а на початку 80-х років – академік АМН України Є.М. Нейко.

Які ж можна зробити висновки щодо вимог клінічної школи на підставі аналізу Київської та Прикарпатської терапевтичних шкіл?

Клінічна школа насамперед вимагає, щоб її вихованці не лише добре розумілися в діагностиці захворювань, але й вміли б лікувати душу людини.

Прагнення зцілити хворих та знедолених, любов до мистецтва, живопису, поезії, порядність, працелюбність, охайність – ось обов'язкові вимоги до учнів клінічної школи.

Відтак клінічна школа – це професійна співдружність лікарів, які професійно і духовно сформувалися під егідою особистості лікаря-лідера. У клінічній школі повинна вирувати активна творча робота, тут необхідно висувати гіпотези, концепції, врешті-решт створювати патогенетично обґрунтовані новітні технології діагностики і лікування. У цій школі не бояться дискусій, а, навпаки, прагнуть до них.

Справжня клінічна школа є в тій лікувальній установі, де пошук істини не припиняється із закінченням робочого дня і не починається з початком робочого дня.

Клінічна школа є тоді, коли “мозкові атаки” вирують у головах її лідера і його учнів постійно, без огляду на часові, географічні, соціальні та політичні орієнтири.

Особливою вимогою для клінічної школи є повага до думки опонента.

Практика показує, що “мозкові атаки” (“брейнстремінг”) значно активізують творчий процес, стимулюють пошук істини.

Прикладом такої клінічної школи сьогодні є Прикарпатська терапевтична клінічна школа, яку ось вже 30 років очолює дійсний член АМН України, член її президії, лауреат Почесної відзнаки Президента України та орденів “За заслуги” III і II ступенів, лауреат Великої медалі Альберта Швейцера, доктор медичних наук, професор Нейко Євген Михайлович.

Що ж являє собою сьогодні терапевтична клінічна школа Прикарпаття? Насамперед це дійсно професійна співдружність вчених, лікарів-клініцистів, педагогів, наукових співробітників. Тут активно працюють 20 докторів та 30 кандидатів медичних наук. Пліч-о-пліч під керівництвом академіка Є.М. Нейка працюють професори: терапевти – Л.В. Глушко, Н.М. Середюк, М.А. Оринчак, А.П. Парашак, кардіологи – І.Г. Купновицька, П.В. Бигар, І.П. Вакалюк, пульмонологи і фізіотри – С.Я. Орнат, В.І. Зозуляк, З.В. Дума, гастроентерологи і курортологи – В.Є. Нейко, В.Г. Міщук, В.В. Дзвонковська, ревматологи, клінічні імунологи, ендокринологи, гематологи, біологи та медичні генетики – В.І. Боцюрко, Н.М. Коваль, М.А. Мазепа, Л.Є. Ковальчук.

Пріоритетом для цієї клінічної школи є розробка новітніх медичних технологій та стандартів якості діагностики, профілактики та лікування найважливіших неінфекційних захво-

рювань. Це стосується насамперед артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, виразкової хвороби, хронічних гепатитів, бронхообструктивних захворювань легень, туберкульозу, імунодефіцитних станів, дифузних захворювань сполучної тканини тощо.

Групою біологів та медичних генетиків (Л.Є. Ковальчук, О.В. Ковальчук, І.П. Ковальчук) вперше у світовій практиці розроблена технологія біоіндикації стану радіонуклідного забруднення довкілля.

Групою терапевтів розроблена оригінальна технологія лікування хворих на хронічний гепатит з використанням вітчизняної синьо-зеленої водорості СПІРУЛІНИ (Є.М. Нейко, М.А. Оринчак, В.Є. Нейко, Н.Г. Вірстюк) та інших біологічно активних препаратів (І.М. Шевчук, Н.В. Скробач).

У кардіологічну практику впроваджено технологію цілодобового моніторингу артеріального тиску з подальшою медикаментозною корекцією гіпертензії залежно від клініко-патогенетичного профілю захворювання (Є.М. Нейко, Н.М. Середюк, М.А. Оринчак, І.П. Вакалюк, І.Г. Купновицька, В.Н. Середюк), ступеня пошкодження ниркових механізмів регуляції артеріального тиску (Л.В. Глушко, Т.В. Бойчук). Детально опрацьовано проблему ювенільної артеріальної гіпертензії та церебральних ангіодистоній (П.В. Бигар, Н.Л. Глушко).

Добре зарекомендували себе в клінічній практиці рекомендації пульмонологічної групи цієї школи (С.Я. Орнат, З.В. Дума, В.І. Зозуляк, І.І. Пилипенко, М.М. Островський). Йдеться

про класифікацію і лікування пульмонектомічного та бронхообструктивного синдромів.

Детально опрацьовуються питання діагностики та лікування дифузних захворювань сполучної тканини (Р.І. Яцишин).

Верифіковано особливості перебігу глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу в жителів Прикарпаття (Є.М. Нейко, І.Ю. Головач).

Встановлено нові, раніше невідомі клінічні варіанти перебігу виразкової хвороби, зокрема так звану панкреатогенну форму цієї недуги.

Це далеко не повний перелік досягнень прикарпатської терапевтичної школи.

Висновки. 1. Клінічна школа є однією з дійових форм професійного виховання і фахового вдосконалення молодих спеціалістів.

2. Клінічна школа повинна формуватись навколо її лідера. Як постать це мусить бути не лише висококваліфікований фахівець, але й відома в регіоні особистість, людина, наділена особливим організаційним талантом, людина, яка вболіває за українську національну ідею і в повсякденному житті сповідує її. 3. Становлення клінічної школи не має якогось одного стандартного креслення, вона формується з елітної лікарської молоді за принципом “роби, як я, роби краще, ніж я”. 4. Клінічна школа буде тоді, коли кожен її учень усвідомить слова великого І.П. Павлова: “Ніколи не думайте, що ви все знаєте. І як би високо вас не оцінювали, завжди майте мужність сказати: “Я неук”. Девізом практичної діяльності терапевтичної школи можна взяти слова Амбруаза Паре: “Я бідняків лікую так само, як і королів”.

Література

1. Зербіно Д.Д. Научная школа. – К.: Наукова думка, 1994. – 134 с.
2. Стражеско Н.Д. Пути развития Киевской терапевтической школы: 100-летие Киевского медицинского института (1847-1947). – К., 1947. – С. 103-110.
3. Стражеско Н.Д. От сумерок к свету: воспоминания о пройденном пути // Клиника внутренних болезней в Украинской ССР. – К., 1977. – С. 5-14.
4. Дупленко К.Ф. Из истории научных медицинских школ Украины // Советское здравоохранение. – 1965. – № 4. – С. 35-39.
5. Жуковский Л.И. Киевская терапевтическая школа и история формирования её прогрессивных традиций // Очерки ист. высш. мед. образования и

- науч. мед. школ на Украине. – К., 1965. – С. 182-193.
6. Бурчинский Г.И., Передерий В.Г. Киевская школа терапевтов. – К.: Вища школа, 1991. – 115 с.
7. Калита В.Т. Микола Стражеско. – К., 1977. – С. 59-71.
8. Амосова Е.Н., Дыкун Я.В., Мишалов В.Г. Руководство по тромболитической терапии. – К., 1998. – С. 15-16.
9. Ревуцький Є.Л., Пелешук А.П., Іванов В.М. Видатні вітчизняні вчені-медики. – К.: Здоров'я, 1974. – 54 с.
10. Никула Т.Д. Патріарх української нефрології (до 85-річчя Анатолія Петровича Пелешука) // Актуальні проблеми нефрології. – К., 1999. – С. 138-141.

УДК 61(07.07)

І ОЗІ ЕА ЕЕЗІ ²×І І - ЕТІ І АДАІ ОІ І НО² НООААІ О²А І ААЕ×І ЕО
І АА×АЕÜІ ЕО ÇАЕЕАА²А ÇА АТІ ТІ Т АТ П НОАІ ААДОЕÇІ ААІ ЕО
І АО²^а І О²А

І .Д. І Әбәә, ².^а . Абәәә

Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України

EVALUATION OF CLINICAL COMPETENCE OF THE STUDENTS OF MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS BY MEANS OF STANDARDIZED PATIENTS

M.R. Mruha, I.Ye. Bulakh

Central Methodical Office of Higher Medical Education of Ukrainian Ministry of Health

В статті подано огляд сучасного практично орієнтованого методу оцінювання студентів медичних вузів – оцінювання клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів: поняття стандартизованих пацієнтів, мети екзамену, типова структура екзамену, його переваги і обмеження.

The article reviews modern performance-based method of medical students' assessment, specifically assessment of their clinical skills by means of standardized patients. Article presents general understanding what standardized patients are, what the goals of examination with standardized patients are, typical exam structure, its advantages and limitations.

*...сфера оцінювання в медичній освіті розширюється
із небувало зростаючою швидкістю.
Йен Харт. 1992.*

Вступ. В останні 20-30 років розвитку медичної освіти у світі властивий сплеск дослідницької активності, поява численних наукових праць, що дозволило зробити об'єктивну оцінку існуючих методів викладання, навчання, оцінювання в медичній освіті та призвело до розробки нових методів. У сфері оцінювання студентів медичних шкіл це, зокрема, характеризується тим, що після "століть існування ненадійного суб'єктивного оцінювання та останніх десятиліть використання обмеженого за діагностичними властивостями об'єктивного тестування, ми спостерігаємо значний прогрес у бік професійно орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики" [1]. Фокус оцінювання в медичній освіті зміщується з простої перевірки запам'ятованих медичних наукових фактів до оцінки дій студента безпосередньо в клінічних умовах, тобто зсувом оцінювання з першого ("знаю") та другого ("знаю як") рівнів піраміди Джор-

джа Міллера [2] до третього ("демонструю"), а інколи навіть четвертого ("роблю") рівнів. Практично орієнтований підхід до оцінювання (performance-based assessment) прогресивно поширюється у всьому світі. В медичній освіті він дозволяє ефективно оцінити клінічну компетентність студентів, інтернів, резидентів та практикуючих лікарів.

Основна частина. Починаючи з 1986 року, Міжнародна конференція з медичної освіти (Оттава), яка проводиться через кожні два роки, віддзеркалює зростаючу роль об'єктивних методів оцінки клінічної компетентності. Тільки конференція 1992 року (Данді, Шотландія), що була цілком присвячена таким методам та проходила під назвою "Підходи до оцінювання клінічної компетентності", додала близько 500 статей до літератури з цієї теми. Використання тільки одного із сучасних прогресивних методів оцінювання клінічної компетентності – методу стандартизованих пацієнтів – згадувалося на цій конференції в доповідях представників щонайменше з 15

© М.Р. Мруга, І.Є. Булах, 2000

країн. Метод оцінки за допомогою стандартизованих пацієнтів входить до випускних, ліцензійних та сертифікаційних програм, а також використовується з метою поточного контролю, клінічної підготовки та самооцінки студентів.

Іспит з оцінки клінічної компетентності студентів* є однією з форм практично орієнтованого оцінювання. Він передбачає вимірювання широкого спектра взаємопов'язаних, але різних навичок та вмінь студента, необхідних для взаємодії лікаря з хворими, зокрема збір анамнезу, проведення фізикального обстеження пацієнта, спілкування з хворими тощо. Деякі медичні освітяни додають до переліку вмінь та навичок, які можуть перевірятись у формі іспиту з оцінки клінічної компетентності, також уміння інтерпретувати лабораторну та іншу діагностичну інформацію, принципи діагностики [3] й ведення хворих [4]. Крім того, в іноземних медичних випускників можна оцінити володіння іноземною мовою для спілкування з хворими [5].

У широкому розумінні оцінку клінічної компетентності можна проводити в будь-яких клінічних умовах (стандартизованих і нестандартних) з використанням будь-яких пацієнтів (реальних, стандартизованих пацієнтів

або симуляторів) та за допомогою лікарів-викладачів у ролі екзаменаторів. Тобто поширені в Україні традиційні іспити з оцінки практичних навичок “біля ліжка хворого” також є однією з форм оцінки клінічної компетентності. Але сучасні наукові дослідження продемонстрували незадовільну об'єктивність, валідність та надійність звичайного методу оцінки практичних навичок. Саме тому світовою тенденцією є відмова від нього**, і сьогодні під фразою “оцінка клінічної компетентності” часто розуміють стандартизований клінічний іспит.

Яким чином стандартизований іспит з оцінки клінічної компетентності забезпечує кращу об'єктивність, валідність та надійність, ніж традиційний іспит “біля ліжка хворого”?

У процесі встановлення клінічної оцінки беруть участь три суб'єкти: студент, хворий та екзаменатор, і від кожного з них та їхньої взаємодії залежить результат. Метою створення стандартизованого клінічного іспиту є бажання максимально уніфікувати хворого та екзаменатора з тим, щоб єдиним фактором, який визначатиме результат іспиту, були знання, вміння, навички та особисті якості студента – тобто його клінічна компетентність.

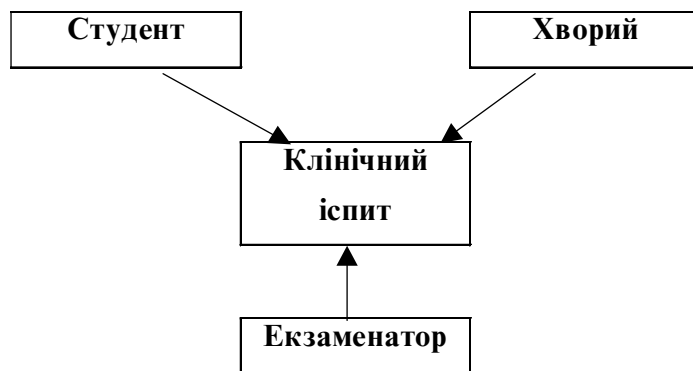


Рис. 1. Три суб'єкти клінічного іспиту [6].

Стандартизація хворого може проводитись через використання симуляторів або шляхом підготовки стандартизованих пацієнтів.

Стандартизація екзаменаторів може про-

водитись шляхом структурування процедури оцінювання за допомогою контрольних таблиць (checklists), рейтингових шкал, використання декількох екзаменаторів та проведення загаль-

* Приклади іспитів з оцінки клінічної компетентності, що ґрунтуються на стандартизованих пацієнтах: OSCE – Objective Structured Clinical Examination, CSA – Clinical Skills Assessment, SPX – Standardized Patients eXamination.

** Відмова від традиційного усного клінічного іспиту: NBME (National Board of Medical Examiners, USA) – 1973, MCC (Medical Council of Canada) – 1967, University of Dundee (Scotland) – 1975. Приклади впровадження об'єктивних іспитів з оцінки клінічної компетентності: NBME, USA – 1999, MCC (Medical Council of Canada) – 1991, University of Dundee (Scotland) – 1975, ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates, USA) – 1998, RCPSC (Royal College of Physician and Surgeons of Canada) – 1991, IHS (Institute of Health Studies of Spain) – 1997, Humboldt University, Berlin (Germany) – 1999.

ного контролю об'єктивності та точності оцінки за допомогою різних методів візуалізації роботи студента.

Стандартизація пацієнта проводиться, по-перше, з метою уніфікації клінічних ситуацій, по-друге, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез тощо. Стандартизовані пацієнти (СП) – це “люди з наявним або відсутнім захворюванням, яких навчили демонструвати клінічний випадок в постійній, однаковій манері. Ці люди можуть демонструвати власні проблеми [реальні хворі] або проблеми інших [симульовані хворі]” [7]. Стандартизовані пацієнти використовуються з метою контролю та навчання студентів, а також для оцінки роботи лікаря в реальних умовах. Під час клінічного іспиту стандартизовані пацієнти можуть виконувати декілька функцій. Головним їхнім завданням є забезпечити демонстрування проблеми без змін та варіацій для кожного студента протягом усього часу контакту зі студентами. Крім того, стандартизований пацієнт може виконувати функцію “записувача” (особи, яка фіксує виконання студентом деяких дій без оцінки якості їх виконання) або “оцінювача” (особи, яка не тільки фіксує деякі дії студента, а й оцінює їх за наданими шкалами).

Більшість стандартизованих пацієнтів вимагають ретельного тренінгу, щоб забезпечити достатній рівень точності та надійності під час презентації “своєї” проблеми. Симульовані пацієнти повинні забезпечити ще й достатню достовірність симуляції з тим, щоб досвідчений клініцист не міг відрізнити симульованого пацієнта від справжнього хворого [8]. Ступінь тренінгу стандартизованих пацієнтів залежить від складності симульованої клінічної ситуації, активності або пасивності пацієнта за сценарієм, необхідності імітувати фізикальні дані, необхідності виконувати функції “оцінювача” та “записувача”, ступеня стандартизації тощо. Існує невелика категорія справжніх хворих, які можуть функціонувати як стандартизовані пацієнти без додаткового тренінгу – це хворі з реальними фізикальними даними та симптомами (серцевий шум, збільшення печінки, деформація опорно-рухового апарату, вагітність тощо). Але таких хворих можна використовувати

лише для вузько сфокусованої оцінки наявних фізикальних даних. Крім того, як правило, існують обмеження щодо кількості хворих, часу можливого контакту зі студентами, розбіжності в поведінці, комунікабельності тощо. В інших випадках для організації стандартизованого іспиту проводять тренінг.

Уперше метод симульованих пацієнтів був застосований у 1964 р. Барроузом та Абрамсоном [9] з метою вивчення практичних навичок. Із часом симульованих та стандартизованих пацієнтів почали використовувати в оцінюванні (Барроуз – 1968 [10], Ламонт – 1972 [11], Харден – 1975 [12], Стіллман – 1976 [13]), і саме такий підхід надзвичайно поширився у світі. Наприклад, уже в 1993 році зі 125 медичних шкіл США 39 (за іншими даними – 55 шкіл) вимагали від студентів обов'язкового складання такого іспиту для отримання диплома [14], з 1991 р. складання OSCE є обов'язковим для отримання ліцензії на практикування в Канаді. У Великій Британії метод OSCE використовують майже всі медичні школи, і навіть у певній модифікації під іншою назвою – OSPRE – цей іспит використовує поліція. Аналогічні тенденції спостерігаються в інших країнах. 1992 р, щонайменше в доповідях з 15 країн згадується використання стандартизованих пацієнтів, 1994 р, створена Лондонська ініціатива з підтримки Проектів по стандартизованих пацієнтах, 1997 р, впроваджено національні іспити зі стандартизованими пацієнтами для оцінювання медичних студентів та випускників в Іспанії, з 1998/1999 р. іспит є обов'язковим для отримання ліцензії в Сполучених Штатах. Сьогодні метод використовують у Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Німеччині, Ірландії, Великій Британії, Тайваню, Швеції, Нідерландах та багатьох інших країнах.

Існує багато варіацій в організації іспитів із клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів, наприклад поєднання в одному іспиті симульованих та реальних хворих (що може підвищити достовірність усього іспиту) і навіть симуляторів, іспит може складатись з різної кількості (7 - 40) станцій (станція – це місце роботи екзаменованого з конкретним стандартизованим пацієнтом), тривалість станції може коливатись від 4 до 25 хвилин, використовуються різні форми контролю (контрольні таблиці (checklists), рейтинг

гові шкали (rating scales), відеозапис. Але в основі іспитів лежить одна типова структура: попереднє інформування студента щодо стандартизованого пацієнта → робота студента з хворим на станції → письмова робота студента (наприклад, заповнити коротку історію хвороби або відповісти на запитання, пов'язані з обстеженням хворого). Якщо стандартизований пацієнт виконує функцію “оцінювача” або “записувача”, то він заповнює контрольні таблиці та рейтингові шкали в той час, коли студент працює над своєю письмовою роботою.

Одна з форм організації контролю із залученням стандартизованих пацієнтів була апробована в Україні. У 1994/1995 навчальному році в Національному медичному університеті в межах міжнародного проекту ECFMG (Освітня комісія іноземних медичних випускників, США) проводився експериментальний іспит “Оцінка клінічних навичок”. Іспит за такою ж схемою проводили в шести країнах світу – США, Ізраїль, Іспанія, Росія, Україна та Бразилія [15].

Іспит складався з 10 інтегрованих клінічних станцій, за кожною з них – післястанційний період. Перед входом у кімнату зі стандартизованим пацієнтом студент **отримує коротку інформацію щодо хворого** (стать хворого, вік, головна скарга, необхідний анамнез та фізикальні дані, які студент не може отримати від хворого, наприклад ректальне обстеження, показники життєво важливих функцій – артеріальний тиск, пульс, частота дихання, температура) та **завдання для студента**.

Станції розташовуються в окремих кімнатах. Під час іспиту студент працює з хворим наодинці, але в умовах експерименту присутність спостерігачів не була заборонена. Кожна **станція триває 15 хвилин**, під час яких студент має отримати сфокусовану мінімально достатню інформацію щодо проблем хворого, провести відповідне обстеження хворого, отримати у хворого необхідні дані для встановлення діагнозу та подальших дій, дати хворому якусь інформацію щодо діагнозу, подальшої тактики та обстеження. Метою кожної станції є оцінювання вміння збирати інформацію та оцінювання комунікативних навичок студента. Основний інструмент оцінювання – контрольні таблиці та оцінювальні шкали, що заповнюються стандартизованим пацієнтом.

Кожна інтегрована клінічна станція супроводжується **післястанційним періодом, який триває 7 хвилин**. У цей період стандартизований пацієнт (СП) заповнює **контрольну таблицю**, де відображено, яку інформацію студент зібрав від СП, які дії студент виконав під час фізикального обстеження, а також чи дав студент якісь поради хворому в контексті його захворювання. Для кожної клінічної ситуації розроблена своя контрольна таблиця. Додатково СП заповнює **анкету з оцінки комунікативних навичок** за п'ятибальною шкалою Лікерта (1 – дуже слабо, 5 – відмінно). Анкета містить 5 запитань щодо вміння збирати інформацію, навичок спілкування, взаєморозуміння, особистих манер та загальну оцінку. Анкета є однаковою для всіх станцій.

Одночасно протягом цих 7 хвилин студент заповнює **міні-історію хвороби**, яка структурована за 4-ма розділами: суб'єктивні дані, об'єктивні дані (позитивні та негативні), попередній діагноз, рекомендований попередній план обстеження. Головною метою цього етапу іспиту є оцінка навичок студента документувати та інтерпретувати клінічну інформацію. Основним інструментом оцінювання є перевірка письмової роботи лікарем за допомогою ключових слів та контрольної таблиці, які є індивідуальними для кожної клінічної ситуації.

Додатково до клінічної частини іспиту проводився тестовий іспит (100 тестових завдань типу А), який мав на меті оцінку теоретичних знань з діагностики, ведення хворих та вміння інтерпретувати лабораторну інформацію.

Використання СП має багато переваг над використанням справжніх хворих та штучних стимуляторів. Зокрема це:

- * можливість забезпечити уніфіковане, точне та надійне подання та демонстрацію багатьох медичних проблем для великої кількості студентів протягом певного періоду часу та в різних місцях;
- * можливість уніфікувати поведінку хворих під час іспиту;
- * можливість контролювати складність клінічного тесту та підбирати відповідний рівень складності для відповідного освітнього рівня студентів;
- * відсутність ризику завдати шкоди реальному хворому діями студента;
- * можливість тривалого контакту зі студентами;

* можливість оцінки роботи студента в складних етичних умовах (наприклад, із хворим на рак чи його родичами або з психічно хворим);

* можливість використати стандартизованого пацієнта як “оцінювача” та “записувача” (дослідження показали високу точність та надійність такої роботи СП [16], [17], [18]);

* наявність стандартизованих пацієнтів певного профілю в будь-який момент часу;

* більша достовірність порівняно зі штучними або комп'ютерними симуляторами;

* високе задоволення студентів від складання клінічного іспиту у такій формі.

Коллінз та Харден [19] також вказують на користь для суспільства завдяки співпраці між населенням та медичною школою.

Звичайно існують певні обмеження під час організації іспиту з оцінки клінічної компетентності за допомогою СП, наприклад, обмеження щодо демонстрації аномальних фізикальних даних, можлива менша достовірність СП порівняно з реальними хворими, вартість тренінгу та роботи стандартизованих пацієнтів вища за іспит з реальними хворими, необхідні значні витрати часу на пошук, тренінг СП, на організацію і проведення стандартизованого іспиту та необхідна наявність зацікавленої команди викладачів-ентузіастів.

Метод стандартизованих пацієнтів є ефективним та якісним методом оцінювання клінічної

компетентності. Він має кращі психометричні властивості, ніж традиційні засоби оцінювання студентів біля ліжка хворого. Світове поширення цього методу з метою навчання та оцінювання підтверджує, що його переваги більші, ніж недоліки та обмеження, а також свідчать про прийнятність його апробації в Україні. Цілком природно і те, що дискусія про впровадження стандартизованих пацієнтів викликає посилення на переваги реальних хворих. Але треба зауважити, що здійснити вибір неможливо: стандартизовані пацієнти чи реальні хворі. Стандартизовані пацієнти ніколи не замінять ані реальних хворих, ані інші методи оцінювання знань, вмінь, навичок, ставлення, етичних цінностей, особистих якостей. Вони і не мають робити це! Реальні пацієнти з успіхом використовуються для навчання, для поточного оцінювання, для того, щоб студент міг стати лікарем

Висновок. Під час важливих подій у житті студента, тих періодів, які впливатимуть на подальшу індивідуальну долю студента та долю всієї системи охорони здоров'я, викладачі та екзаменатори повинні обрати такі методи, які забезпечать об'єктивну, точну, надійну та валідну оцінку кожного майбутнього лікаря. Одним з таких методів є оцінка клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів.

Література

1. Hart I.R. Trends in Clinical Assessment // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – С.17.

2. Miller G.E. “The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance”//Academic Medicine. – 65:9. – September Supplement. – 1990.

3. Swartz M.H., Friedman M., Gambert S., Anderson-Kline S., Regan M.B. and Stimmel B. Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – С.261.

4. Sutnick A.I. The global value of standards in medical knowledge and competence//Changing medical education. – 1993. – С. 27.

5. Sutnick A.I., Stillman P.L., Norcini J.J., Friedman M., Regan M.B., Williams R.G., Kachur E.K., Haggerty M.A., Wilson M.P. ECFMG Assessment of Clinical competence of graduates of foreign medical schools// JAMA. – 1993. – № 270(9).

6. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations // Medical Teacher. – 1999. – № 20. – С. 508-521

7. RCSA/ “Consensus statement of the Researchers in Clinical Skills Assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills” // Academic Medicine. – №6. – С. 475-477.

8. Norman G.R., Tugwell P., Feightner J.W. A comparison of residents' performance on real and simulated patients // Journal of Medical Education. – 1982. – №57. – С.708-715

9. Barrows H.S. – Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology // Journal of Medical Education. – 1964. – №39. – С. 805-809.

10. Barrows H.S. Simulated patient in medical teaching // Canadian Medical Association Journal. – 1968. – № 98. – С. 676-676.

11. Lamont C.T., Hennen BKE The use of simulated

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

patients in certification examinations in family medicine // *Journal of Medical Education* 1972 №47. – P.789-795.

12. Harden R.M., Stevenson Mm Downie W.W., Wilson G.M. “Assessment of clinical competence using objective structured examination // *British Medical Journal*. – 1975. – №1. – P.447-451.

13. Stillman P.L., Sabers D.L., Redfield DL Teh use of paraprofessionals to teach interviewing skills”// *Pediatrics*. – 1976. – № 57. – P.769-774.

14. Anderson M.B., Stillman P.L., Wang Youde Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education // *Teaching and Learning in Medicine*. – 1994. – 6(1). – P. 15-21.

15. Ziv A. , Ben-David M.F. , Sutnick A.I., Gary N.E. Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG’s SP-based clinical skills assessment // *Academic medicine*. – 1998. – № 73(1). – P.84-91.

16. Stillman P.L., Swanson D.B., Smee S. Assessing clinical skills of residents with standardised patients // *Annals of internal medicine*. – 1986. – № 105. – P.762-771

17. Vu N.V., Marcy M.M., Colliver J.A., Verhulst S.J., Travis T.A., Barrows H.S. Standardised (simulated) patients’ accuracy in recording clinical performance check-list items // *Medical Education*. – 1992. – № 16. – P.99-104.

18. Boulet J.R., Ben-David M.F., Ziv A., Burdick W.P., Curtis M., Peitzman S., Gary N. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians // *Academic Medicine*. – 1998. – № 73(10). – P.S94-S96.

19. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients. – simulated patients and simulators in clinical examinations // *Medical Teacher*. – 1999. – № 20. – P. 508-521

Ї ΔΑΕΘΕ×Γ² ΑΝΪ ΑΕΘΕ Ϊ² ΑΑΕϪΑΓ Γ Β ΒΕΤ ΝΟ² ΑΕΕΕΑΑΑΓ Γ Β
 ϪΑΑΑΕϪΙ ΕΘ Ϊ ΕΘΑΓ Ϫ Ϊ² ΕΒΤ Α²Τ ΕΤ Α²- Ο Ϊ ΑΑΕ×Γ Ϊ Ϊ Ο
 ΟΪ² ΑΑΘΝΕΘΑΘ²

².Ν. Ααέααø, Α.Α. Οεάâ ĩ ðĩ àà

Луганський державний медичний університет

**PRACTICAL ASPECTS IN INCREASING OF TEACHING PROCESS
 QUALITY OF GENERAL MICROBIOLOGY QUESTIONS IN MEDICAL
 UNIVERSITY**

I.S. Haydash, V.V. Flegontova

Luhansk State Medical University

Медична мікробіологія є однією із загальнотеоретичних наук, яка формує лікарське мислення. Вона вивчається протягом двох семестрів студентами чотирьох факультетів. Але не всі студенти однаково підготовлені до засвоєння практично одного й того ж обсягу мікробіології, крім того, кількість годин, відведених програмою для її вивчення, різна на всіх факультетах. На кафедрі мікробіології Луганського державного медичного університету було створено уніфікований та універсальний “Альбом для практичних занять із загальної мікробіології”. У результаті його впровадження студенти позбавлені рутинної роботи, їм легше орієнтуватися в матеріалі. Враховано і специфіку викладання предмета на стоматологічному та фармацевтичному факультетах. Цей посібник можна рекомендувати для використання в навчальному процесі студентами вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації.

Medical microbiology is one of basic theoretical disciplines that forms physician’s mind. Students of four faculties study it during two semesters. But not all the students are equally prepared for learning of practically the same volume of the subject, besides this, the number of hours for its learning, according to the Program, differs at all faculties. Unified and universal “Album for practical course of general microbiology” was created at Microbiology Department of Luhansk State Medical University. Students are avoided of mechanical work, they can easier orientate in practical material. The specifics of teaching at Dental and Pharmacological faculties is accounted. This Album is recommended to be used in teaching process for students of higher medical educational institutions of III-IV accreditation level.

Вступ. Медична мікробіологія є однією із загальнотеоретичних наук, яка формує лікарське мислення та полегшує сприйняття багатьох розділів клінічних дисциплін, зокрема інфекційних хвороб (етіологія, патогенез, лабораторна діагностика захворювань), загальної хірургії (питання асептики та антисептики), внутрішніх хвороб (етіотропна терапія деяких захворювань). Медична мікробіологія вивчається протягом двох семестрів студентами чотирьох факультетів: фармацевтичного і стоматологічного – в 3-4 семестрах, медичного (фах “Лікувальна справа”, “Педіатрія”) – в 5-6 семестрах, факультету “Сестринська справа” (денне відділення) – в 1-2 семестрах, факультету “Сестринська справа” (вечірнє відділення) – в 3-4 семестрах. Таким чином,

не всі студенти однаково підготовлені до засвоєння практично одного й того ж обсягу мікробіології. Крім того, кількість годин, відведених для її вивчення “Програмою з мікробіології, вірусології та імунології для студентів медичного та стоматологічного факультетів та інститутів” (1993) [1], різна на всіх факультетах.

Основна частина. На кафедрі мікробіології Луганського державного медичного університету було створено уніфікований “Альбом для практичних занять із загальної мікробіології” (автор – завідувач кафедри доктор медичних наук І.С. Гайдаш), який було затверджено Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації. Цей альбом включає такі розділи: „Організація роботи мікробіологічної лабораторії. Морфологія коків”, “Паличко-

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

подібні форми бактерій. Спори. Складні способи забарвлення”, “Капсули і джгутики бактерій. Звивисті форми бактерій”, “Морфологія рикетсій, хламідій, мікоплазм, актиноміцетів і грибів”, “Живлення і розмноження бактерій. Методи стерилізації”, “Дихання бактерій. Методи вирощування аеробних і анаеробних мікроорганізмів”, “Ферменти бактерій”, “Генетика мікроорганізмів. Фаги”, “Протимікробні хіміопрепарати. Антибіотики”, “Основи екологічної мікробіології”, “Підсумкове заняття № 1”, “Інфекційний процес”, “Вакцини. Імунні сироватки. Імуноглобуліни”, “Реакції аглютинації і преципітації”, “Реакція зв’язування комплексу (РЗК)”, “Підсумкове заняття з імунології № 2”.

Крім того, на його перших сторінках надруковано теми для самостійної позааудиторної роботи студентів, правила поведінки в бактеріологічній лабораторії, методику приготування препарату-мазка, методику простого забарвлення, методику імерсійної мікроскопії.

У результаті впровадження “Альбому протоколів практичних занять із загальної мікробіології” студенти позбавлені рутинної роботи, напередодні практичного заняття мають можливість приготувати і практичні питання; під час відпрацювання практичних занять, які було пропущено через хвороби, студентам (особливо іноземним) легше орієнтуватися в матеріалі.

Враховано і специфіку викладання предмета на різних факультетах: у розділі “Основи екологічної мікробіології” студенти стоматологічного факультету вивчають питання “Мікроекологія ротової порожнини”, а студенти фармацевтичного факультету – “Фітопатогенні мікроорганізми лікарської рослинної сировини”.

Висновок. Таким чином, “Альбом протоколів практичних занять із загальної мікробіології” є уніфікованим та універсальним навчальним посібником, який може використовуватися, поряд з “Альбомом практичних занять з вірусології”, при вивченні мікробіології, імунології та вірусології студентами всіх факультетів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації з метою вдосконалення контролю знань та вмінь [2, 3].

Література

1. Програма з мікробіології, вірусології та імунології для студентів медичного та стоматологічного факультетів та інститутів. – Київ, 1993. – 52 с.
2. Казимирко Н.К., Погуда А.А. Форми вдосконалення контролю знань та вмінь у вузі // Розробка та впровадження в процес підготовки медичних кадрів сучасних технологій навчання: Тези доп. навч.-метод. конфер. – Київ-Тернопіль, 1992. – С. 161-162.
3. Гайдаш І.С. Досвід викладання вірусології на кафедрі мікробіології медичного факультету // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 63-64.

ΝΟ×ΑΝΙΉ ² ΔΑΘΙ Τ ΕΙΤ Α²- Ο ΑΟΨ²ΑΝΥΕ²Ε Α²ΑΕ²Τ ΔΑÖ²

Α.Ϊ . Ϊ ³∅æè, Α.². Õèì áàè

Буковинська державна медична академія

MODERN TECHNOLOGIES IN HIGH SCHOOL LIBRARY

V.P. Pishak, V.I. Tsybal

Bukovynian State Medical Academy

Бібліотечна система України – складова частина всесвітніх інформаційних ресурсів вітчизняної і світової історико-культурної спадщини. Неможливо уявити будь-який навчальний заклад без бібліотеки. Впровадження нових інформаційних технологій відкриває перспективи кардинальних змін у інформаційно-бібліографічному обслуговуванні читачів. Інтернет – величезне сховище інформаційних ресурсів, але для бібліотек найважливіше – автоматизація власних технологій. Тільки створивши власний каталог, власний товар та інші ресурси на своєму WEB-сервері, бібліотека зможе використовувати Інтернет повною мірою. Адже відомо, що тільки 1/5 всієї інформації, яку збирав людство, – результат серйозних роздумів. Ось тут у бібліотеки, незважаючи на економічні негаразди, широке поле діяльності. Таким чином, важливо, щоб суспільство бачило її як соціально значущу і життєво необхідну інституцію, тому що бібліотека – це цінний капітал, і як будь-який капітал, його потрібно використовувати з максимальною віддачею.

Ukrainian library system is the part of worldwide information resources of national and foreign historical and cultural inheritance. We can't imagine any educational institute without library. Introduction of new informational technologies opens perspectives of main changes in informational and librarian service of readers. Internet is the greatest storage of informational resources, but it's more important for the library to make the own technologies automatic. Creating own catalogue, directory, goods and other resources on its own WEB-server, library can use Internet completely. It's known that 1/5 of all information, collected by humanity, is the result of serious thoughts. In spite of economical problems, library has wide field of activity here. Thus the main thing for humanity is to see the library as the social and vital institution. Library is a valuable treasure, like all the treasures it should be used with maximum effect.

Вступ. Діяльність бібліотек досить різнопланова та багатогранна, щоб сприймати бібліотечну справу як об'єкт державної культурної політики, а державну бібліотечну політику – виключно як частину державної культурної політики. Діяльність бібліотек вищих навчальних закладів охоплює багато сфер: від організації книжкової виставки на вчену раду до створення систем класифікацій наукових звань; від видачі книжки додому до найскладнішого пошуку інформації в Інтернеті; від нехитрого запису в читацькому формулярі до глибоких книгознавчих досліджень, видавничої діяльності та розробки складних комп'ютерних систем.

Мета і мотиви, якими керуються користувачі бібліотек, теж різні: від бажання просто відпочити до гострої необхідності терміново знайти інформацію, необхідну для продовження особистої кар'єри чи для вирішення чисто виробничих або державних проблем.

У тій суті, в якій бібліотеки вважають закладами культури, державна політика стосовно бібліотек є частиною державної культурної політики.

Шлях до досягнення цього ідеалу і є шляхом до національної злагоди, до раціонального визначення суспільством головної мети і завдань. Цей шлях пролягає через загальний, вільний доступ до знань й інформації. І тут величезна роль належить бібліотекам.

Основна частина. Бібліотека – це одна з небагатьох збережених та працюючих інфраструктур, які пронизують все суспільство, вони є практично в кожному, навіть дуже маленькому, населеному пункті. Сучасні уявлення про бібліотеку як одні з найважливіших гарантів забезпечення права громадян на отримання інформації відкривають перед бібліотеками новий шанс активно вписатися в державну інформаційну політику.

Бібліотечна система України, в тому числі й медичні бібліотеки, – складова частина

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

всесвітніх інформаційних ресурсів, вітчизняної і світової історико-культурної спадщини. У всіх розвинених країнах роботи щодо створення національної інфраструктури розглядаються на найвищому державному рівні і мають відповідний статус та підтримку.

Впровадження нових інформаційних технологій відкриває перспективи кардинальних змін у інформаційно-бібліографічному обслуговуванні спеціалістів, зокрема медиків. Обсяг медичної інформації безмежний, а щорічно ще додається приблизно 1 млн. публікацій, тому проблема орієнтації у цьому “морі” інформації постає перед спеціалістами повсякчас.

До послуг читачів бібліотеки Буковинської державної медичної академії надаються: бібліотечна версія електронного каталога, комп'ютерна мережа з виходом в Інтернет, розмножувальна техніка, принтери, сканери тощо. Бібліотека не має проблем з постійним поповненням свого фонду найновішими виданнями фахової літератури (щомісячно в середньому надходить до 400 примірників, 236 найменувань періодичних видань України та ближнього зарубіжжя відповідно до профілю навчальних програм факультетів). Порівняно з 1998 роком, кількість нових надходжень збільшилась на 2000 одиниць.

Інтернет – це об'єктивна реальність, але не панацея. Це величезне сховище інформаційних ресурсів, але для бібліотек найголовніше – автоматизація власних технологій. Тільки створивши власний каталог, власний товар та інші ресурси на своєму WEB-сервері, бібліотека зможе використовувати Інтернет для себе і своїх читачів повною мірою.

Мета працівників нашої бібліотеки – забезпечення інтелектуальної свободи читачів і гарантованого доступу до всього обсягу накопичених знань та інформації. На допомогу організації бібліотечних процесів ректорат академії придбав автоматизовану інформаційну бібліотечну систему Libex Media, яка дає нам змогу повністю автоматизувати роботу бібліотеки і цим самим покращити обслуговування читачів та прискорити всі процеси роботи. Розпочали ми зі створення електронного каталога. На сьогодні введено в каталог всі нові надходження за 1999-2000 рр. та приблизно 2000 статей наукових медичних журналів. Підготовано матеріали для внесення в електронний каталог

всіх підручників, наявних у бібліотеці, дисертацій та наукових праць співробітників академії за останні п'ять років.

При каталогізації книжкових видань використовують 12 полів, періодичних видань – 10 полів, статей медичних журналів – 7, що дає змогу читачам під час наукового пошуку знайти інформацію з будь-якого елемента видання (автор, будь-яке слово із заголовка чи предметної рубрики тощо).

Закінчено роботу з каталогізації періодичних видань. Розпочато створення документів з комплектування.

Система є комплексною і дає змогу виконувати такі багатогранні функції:

- створення електронного каталога;
- надання користувачам електронного каталога в довідковому відділі та мережі Інтернет;
- застосування користувачами бібліотеки ресурсів глобальної інформаційної мережі в системі відкритого доступу до Інтернету;
- створення WEB-сторінки бібліотеки, її постійне інформаційне поновлення;
- надання користувачам інформації на компакт-дисках та дискетах;
- функціонування електронної пошти та її широке використання для виконання тематичних довідок користувачів у всьому світі;
- створення та використання тематичних баз даних у читальних залах бібліотеки.

Бібліотеки вищих навчальних закладів відіграють важливу роль у навчально-освітньому процесі. Неможливо уявити академію або коледж, які ефективно функціонують, без хороших бібліотечних служб.

Протягом останніх років змінилися завдання, які виникали перед бібліотеками, і з'явилися нові. Це сталося в результаті постійного збільшення кількості студентів, зміни навчально-освітніх методів, виникнення потреб у високоякісному, орієнтованому на користувача обслуговуванні, становлення інформаційних технологій та інформаційних систем.

Розвиток інформаційних технологій змінив природу бібліотеки, яка стала засобом доступу до інформації незалежно від місця її зберігання. Ця електронна реальність диктує необхідність перегляду позицій бібліотекарів і їх функцій, постійного професійного навчання бібліотечних спеціалістів і вироблення навичок.

Незважаючи на значні досягнення в органі-

зації роботи бібліотеки, є ще чимало вузьких місць. Серед них – проблема росту професійної майстерності співробітників бібліотеки. Подальше вдосконалення обслуговування можливе тільки при якісній роботі кожного співробітника, кожного структурного підрозділу.

Впровадження нових технологій поряд із багатьма перевагами дало й можливість оцінити працю кожного бібліотечного працівника: наскільки готовий він сприймати нове і змінювати напрацьовані десятиріччями навички та вміння.

У зв'язку з цим, перед бібліотекою стоїть завдання – створення системи безперервного навчання співробітників. Діюча система підвищення кваліфікації складається в основному із самонавчання і практичних занять із засвоєння технологічних операцій на конкретному робочому місці. Однак нові умови вимагають від робітників бібліотеки засвоєння технології і на інших ділянках. Так, наприклад, організація ретроспективного введення бібліографічних описів стане можливою тільки при участі співробітників усіх відділів. Якісне виконання цього процесу засноване на навчанні співробітників різних відділів як правилам бібліографічного опису, так і навичкам роботи на комп'ютері.

Поряд з цими питаннями росту професійної майстерності, багато робиться і для забезпечення стабільності колективу, виховання поваги до бібліотеки, колективу. Широко застосовують моральне і матеріальне стимулювання.

Такий комплекс рішень дозволяє створювати міцний фундамент для подальшого розвитку бібліотеки. Об'єднання інформаційного змісту бібліотеки та інтелектуального потенціалу колективу дасть можливість подолати всі труднощі при переході на новий ступінь – повну автоматизацію бібліотечних та інформаційних процесів.

Імідж бібліотеки формується постійно протягом всього періоду її діяльності та розвитку. Імідж бібліотеки – це її образ в очах читачів. Він відображає не тільки обличчя бібліотеки як живого організму, а й її душу, серце,

зовнішній вигляд. Таким чином, він включає як форму, так і зміст діяльності бібліотеки як соціальної частини академії.

Імідж бібліотеки постійно змінюється в різних напрямках. Цьому сприяють колектив бібліотеки, його керівники, які постійно повинні тримати його в колі зору, повсякденно, цілеспрямовано, систематично, багато працювати над тим, щоб його підтримували і примножували.

Постійне експонування нових надходжень у читальному залі для професорсько-викладацького складу, щомісячне інформування бібліотекою кафедр про нові надходження україномовної, російськомовної та зарубіжної наукової літератури є дуже корисним пропагуванням серед фахівців академії останніх світових досягнень медичної науки.

Ректорат академії завжди ставить завдання перед колективом: бути хоч і не набагато, але попереду інших. Так було з відкриттям нових відділів, освоєнням у нових приміщеннях, введенням платних послуг, автоматизацією бібліотечних технологій тощо.

Колектив бібліотеки розуміє, що бібліотека – це цінний капітал, акумуляція знань і досвіду людства, і як будь-який капітал, його потрібно використовувати з максимальною віддачею.

Цікавою є думка видатного фантаста С. Лема, який вважає, що людство зібрало 1 з шістнадцятьма нулями біт інформації, з яких приблизно 3/5 – “мутная інформація”, 1/5 – змістовна, хоча і має перехідну цінність, і лише 1/5 – результат серйозних людських роздумів. При цьому він підкреслює, що можливості людини пропускати через себе інформацію за останні 70 років не збільшилися.

Ось тут у бібліотеки величезне поле діяльності й важливо, щоб суспільство бачило її не як заклад, де видають книжки, а як соціально значущу і життєво необхідну інституцію.

Висновок. Наш час – час розвитку інформаційних технологій. Незважаючи на певні економічні негаразди, нам необхідно рухатися вперед і розвиватись.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 61(07.07)

ΑΤ ΝΑ²Α ΑΪ ΘΤ ΑΑΑΛΕΑΓ Γ Β ΔΑΕΘΤ ΘΝΥΕΤ - ΕΤ Γ ΘΘΤ ΕΥΓ Τ - ΘΤ ΑΤ ΘΕ
² ΕΤ ΑΤ ΖΓ Α×ΑΓ Γ Β ΑΕΒ ΑΑΤ ΝΕΤ Γ ΑΕΑΓ Γ Β Γ ΑΑ×ΑΕΥΓ Τ ΑΤ
Γ ΘΤ ΟΑΝΟ Α Γ ΑΑΕ×Γ ²Ε ΑΕΑΑΑΙ ²-

².Θ. Γ εηόεα, Α.Α. Άόαεì à, Ρ.². ΑΓ Γ äaðáΓ εΓ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF RECTOR'S TEST INTRODUCTION AND ITS ROLE IN IMPROVEMENT OF EDUCATIONAL PROCESS IN MEDICAL ACADEMY

I.R. Mysula, A.A. Hudyma, Yu.I. Bondarenko

Ternopil State Medikal Academy by I.Ya. Horbachevsky

Проведено аналіз успішності студентів III курсу медичного факультету під час Ректорської контрольної роботи, яка проводилася за тестами, що за змістом відповідають завданням ліцензійного іспиту "Крок-1". Показано, що Ректорська контрольна робота в цілому об'єктивно відображає рівень знань студентів, збігається з результатами літньої екзаменаційної сесії. Наводяться дані педагогічного експерименту, а саме повторного через півроку тестування студентів, яке показало найвищий і найнижчий рівень знань. Зниження успішності кращих студентів на 1,4 бала вказує на те, що у навчальному процесі переважає механічне запам'ятовування студентами навчальної інформації без достатнього осмислення. Зроблено висновок про те, що у навчальному процесі викладачам слід акцентувати увагу не стільки на інформаційне збагачення студента, скільки на формування в нього логічного мислення.

Analysis of the progress of the third-year-students of Medical faculty was out carried aut during Rector's contvol work which been conducted by means of the tests satisfying by their contents the pupposes of license exam "Step-1". On the whole, the Rector's test was shown to reflect objectivelu the level of students' knowledge and it coincides with the results of summer examination period. The data of pedagogical experiment (repeated students' testing half a year later) have been adduced in the article. They showed the highest and the lovest level of knowledge. The best students' progress lowering by 1.4 points proves the fact that mechanical memorizing of educational information without sufficient comprehension prevails sn the educational process. It was concluded that during the educational process the teachers have to pay more attention on formation of logical thinking rather than on informational enrichment of the students.

Вступ. Останнім часом все ширше у медичних навчальних закладах для контролю знань студентів використовуються різні форми тестування [1]. Стимулом цього процесу, на наш погляд, є поступове впровадження державного ліцензійного тестування "Крок". Перед вищими медичними закладами виникла серйозна проблема підготовки студентів до подібного виду контролю знань. У підготовці до тестування, поряд із оволодінням знаннями, важливе місце займає досвід роботи з тестами, які за формою і змістом відповідають прийнятим

Центром тестування МОЗ України тестам з однією кращою відповіддю [2]. У нашій медичній академії на першому етапі підготовки було видано збірник тестових завдань з усіх дисциплін із вказаними правильними відповідями, які готувалися співробітниками кафедр для Центру тестування до 1998 року. Його поширення серед студентів у цілому себе оправдало, про що свідчили результати пілотного тестування студентів нашої медакадемії у 1999-2000 роках.

На другому етапі з весняного семестру 2000 р. було організовано проведення підсумкового (семестрового) контролю знань з використанням тестів типу "Крок" у вигляді комп'ютерного тес-

© I.P. Misyula, A.A. Hudyma, Yu.I. Bondarenko, 2000

тування в on-line режимі. Такому виду контролю знань вчена рада надала статус – “Ректорська контрольна робота”. На базі кафедри медичної інформатики був створений *Центр забезпечення тестування*. Оцінка за ректорську контрольну роботу, з одного боку, служить на іспиті характеристикою ставлення студента до навчання, з другого – характеризує в інтегрованому варіанті роботу кафедр щодо якості навчання студентів.

Усі кафедри розробили банк тестових завдань, який охоплює не менше 50 тестів, провели їх рецензування в комісії з тестування, після чого затвердили на циклових методичних комісіях. При створенні тестів кафедри керувалися основними вимогами щодо підготовки тестів до медичного ліцензійного іспиту “Крок”.

Центр забезпечення тестування розробив відповідне програмне забезпечення, встановив програми у комп’ютерних лабораторіях, підготував персонал для роботи з тестуючою програмою. Крім цього, була інстальована пробна тестувальна програма для оволодіння студентами інтерфейсом програми, видано короткий посібник користувача.

Протягом весняного семестру проведено ректорську контрольну роботу для студентів VI і III курсів. На тестування виносилось по 4 дисципліни, по 60 тестів на одного студента (не менше як по 15 з кожної дисципліни), кількість ймовірних відповідей на одне завдання – 5, з однією правильною, тривалість відповіді – по 1,5 хв на одне завдання.

Мета цієї роботи – проаналізувати результати Ректорської контрольної роботи для студентів III курсу медичного факультету, яка відбулася 11-29 квітня 2000 р.

Основна частина. Тестування було проведено з 4 предметів:

- медичної хімії,
- нормальної фізіології,
- патологічної фізіології,
- патологічної анатомії.

Тести були підготовлені відповідними кафедрами і за побудовою та змістом відповідали тестам “Крок-1”.

Попередньо всі третьокурсники були ознайомлені з інтерфейсом програми тестування. Для цього був спеціально відведений час на практичних заняттях з медичної інформатики. Крім цього, під час проведення тестування на кожному робочому столі знаходилася деталь-

на інструкція (посібник користувача) щодо користування програмною оболонкою.

Кожне завдання складалося з 60 тестів – по 15 з кожного предмета. На відповідь відводилося півтори хвилини. Накопичення тестів у кожному завданні відбувалося хаотично із спільної бази. Доступ до бази з питаннями був програмно захищеним і робив неможливим її копіювання чи друкування. Контроль за проведенням тестування здійснювали викладачі кафедри медичної інформатики. Кожен протокол тестування підписав викладач, який здійснював контроль, і оператор комп’ютерної лабораторії.

У тестуванні взяли участь 371 студент. Результати наведені на рис.1.

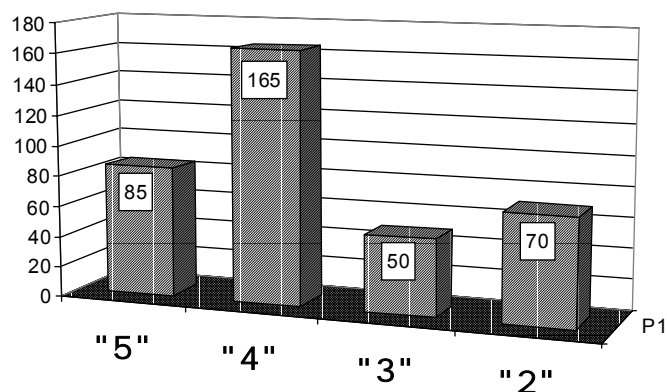


Рис. 1. Результати Ректорської контрольної роботи на III курсі медичного факультету.

“Відмінно” отримали 85 чоловік, “добре” – 165 осіб, “задовільно” – 50 осіб і “незадовільно” – 70 чоловік. Середній бал серед студентів-українців склав 3,73. Серед студентів-іноземців – 2,65.

Кількість груп студентів-українців, середній бал яких склав “4,00 і більше”, становила 15; “від 3,00 до 3,99” – 10, “менше 3,00” – 5. Середній бал серед іноземців у двох групах становив відповідно 2,75 і 2,56.

Окремі групи III курсу показали низьку успішність. Середній бал у них склав 2,08-2,92. На наш погляд, ці результати, з одного боку, свідчать про низьку підготовку студентів цих груп, з іншого – про їх несерйозне ставлення до тестування.

Крім цього, було проаналізовано динаміку успішності студентів під час тестування (рис. 2), адже не секрет, що студенти прагнуть будь-якими шляхами отримати базу тестових завдань з еталонами відповідей. Це призводить

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

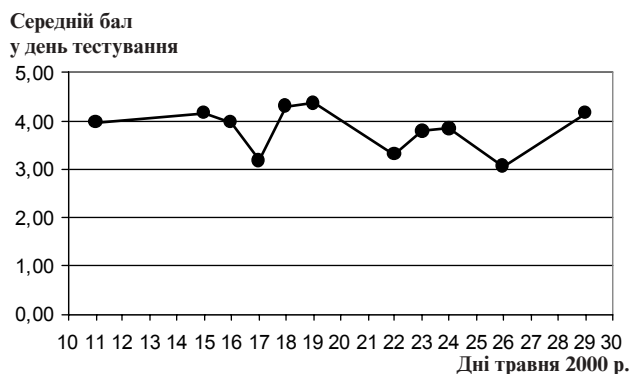


Рис. 2. Залежність успішності студентів від дати проведення Ректорської контрольної роботи.

до різкого підвищення успішності в наступні дні після початку тестування.

Як видно з рисунка, успішність не залежала від дати проведення, що вказує на достатній ступінь як складності завдань, так і об'єктивності проведення тестування студентів III курсу.

Проаналізувавши перелік питань, на які студенти давали найменше правильних відповідей, було констатовано, що:

- з медичної хімії студенти найслабше володіють питаннями біохімічних відхилень при вродженій патології і патології нирок;
- з нормальної фізіології – питаннями з фізіології збудливих структур і фізіології гемостазу;
- з патологічної фізіології – питаннями з алергії і патогенезу впливу на організм людини несприятливих факторів довкілля;

· з патологічної анатомії – питаннями щодо патологоанатомічної діагностики септичних ускладнень хворих на хірургічну патологію.

Ці дані дозволяють акцентувати увагу кафедр на окремих питаннях свого предмета, які студенти опановують найслабше.

Отже, проведена Ректорська контрольна робота на III курсі в основному досягла поставленої перед нею мети – дала об'єктивну оцінку знань студентів і, очевидно, внесла свій вклад у підготовку до пілотного тестування “Крок-1”, яке відбувалося у вересні цього року.

Разом з тим, з метою експерименту на виживання знань і ставлення студентів до навчання серед п'яти груп, які проявили найкращі знання, і п'яти груп, які проявили найгірші знання протягом двох тижнів, у листопаді 2000 р. було проведено повторне тестування студентів вже тепер IV курсу. Всього повторно було протестовано 104 студенти.

Аналіз повторного тестування показав (рис. 3), що середній бал серед студентів з кращою успішністю знизився з 4,38 до 2,96 бала (у середньому на 1,4 бала). Серед студентів із слабкою успішністю середній бал, навпаки, дещо зріс – від 2,36 до 2,51 бала (у середньому – на 0,16 бала). Цей результат, на наш погляд, зумовлений повною неочікуваністю проведення тестування і досить добре свідчить про реальне виживання знань студентів.

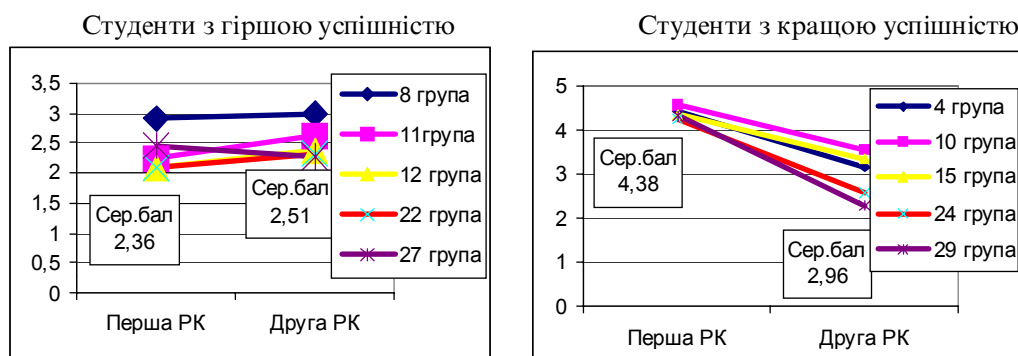


Рис. 3. Динаміка успішності студентів на повторній Ректорській контрольній роботі

Як видно, середній бал серед студентів з кращою успішністю продовжував залишатися вищим і після повторного тестування, порівняно з рештою тестованих груп (відповідно $(2,96 \pm 0,12)$ бала проти $(2,51 \pm 0,09)$ бала). Довірча ймовірність цього результату становила понад 0,99. Це дозволяє

припустити, що, дійсно, студенти з виявленою кращою успішністю на Ректорській контрольній роботі є краще підготовленими, мають вищий рівень знань, ніж ті, які отримали негативні оцінки. Цілком очевидно, що студенти кращих груп прикладають більше зусиль для опанування знання-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

ми, відповідальніше ставляться до навчання, проте працюють більше на оцінку, ніж на кінцевий результат – логічно осмислені знання.

Для перевірки цього припущення були порашовані коефіцієнти кореляції між середніми балами по групах під час основного і повторного тестування та побудовані відповідні корелограми (рис. 4).

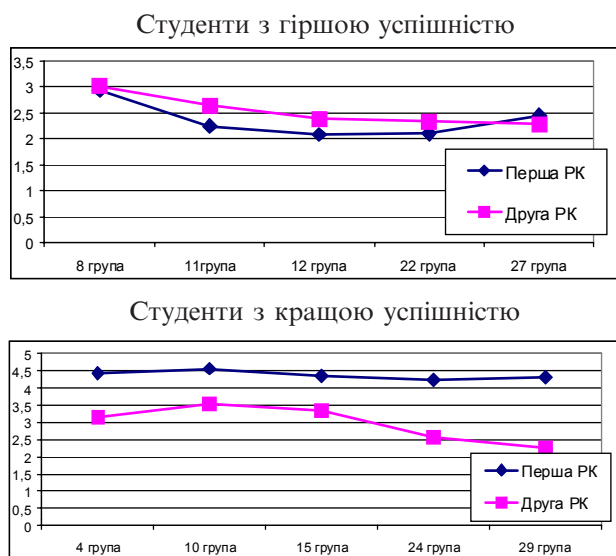
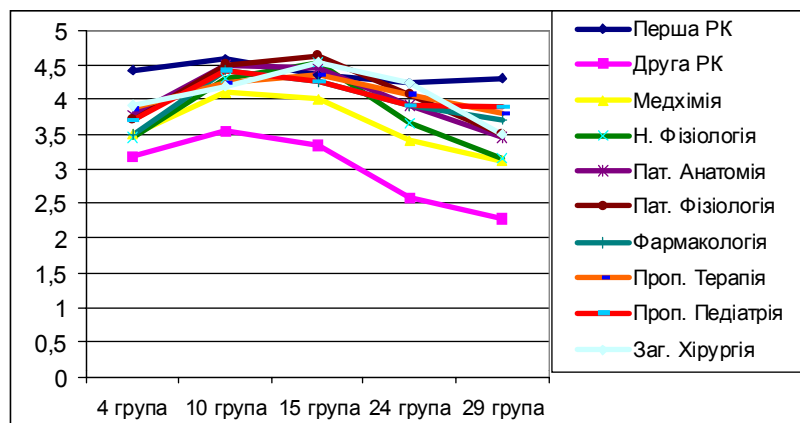


Рис. 4. Корелограми взаємозв'язку успішності студентів під час основної і повторної Ректорської контрольної роботи студентів.

Примітка. РК – ректорська контрольна робота.



Предмети	Коефіцієнти кореляції							
	М.хімія	Н.фізіол.	П.анат.	П.фізіол.	Фармак.	Проп.тер.	Проп.пед.	Заг.хір.
Ректорська КР I	0,69*	0,44	0,56	0,37	0,43	0,30	0,55	0,11
Ректорська КР II	0,93*	0,80*	0,85*	0,74*	0,59	0,68*	0,62	0,64*

Рис. 5. Взаємозв'язок успішності під час основної і повторної Ректорських контрольних робіт студентів з кращою успішністю.

Примітка. Тут і на рис. 6: КР I – основна Ректорська контрольна робота; КР II – повторна Ректорська контрольна робота; * – достовірний коефіцієнт кореляції ($P < 0,05$).

Виявилося, що коефіцієнт кореляції між середніми балами під час основного і повторного тестування серед студентів, які показали найкращу успішність, становив 0,80, а серед слабших – 0,78 (довірча ймовірність – понад 0,95). Це означає, що зміна рівня успішності після повторного тестування мала певну закономірність. Вона була пропорційна до вихідної успішності студентів. Підтвердженням цього є й подані графіки. Як видно, графіки йдуть практично паралельно, що додатково підтверджує висунуте нами припущення.

Останнім і, на наш погляд, найбільш вагомим аргументом з приводу того, чи відображає Ректорська контрольна робота реальний рівень знань студентів, було зіставлення результатів тестування із результатами іспитів з дисциплін, які виносилися на тестування (це нормальна і патологічна фізіологія, медична хімія і патологічна анатомія), а також тих, які входили у літню екзаменаційну сесію цього року (фармакологія, пропедевтика дитячих і внутрішніх хвороб, загальна хірургія). На рисунку 5 наведено дані студентів, які проявили найкращу успішність, а саме: середні бали під час основного і повторного тестування, середні бали з вказаних дисциплін і коефіцієнти кореляції між результатами Ректорської контрольної роботи та іспитів.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

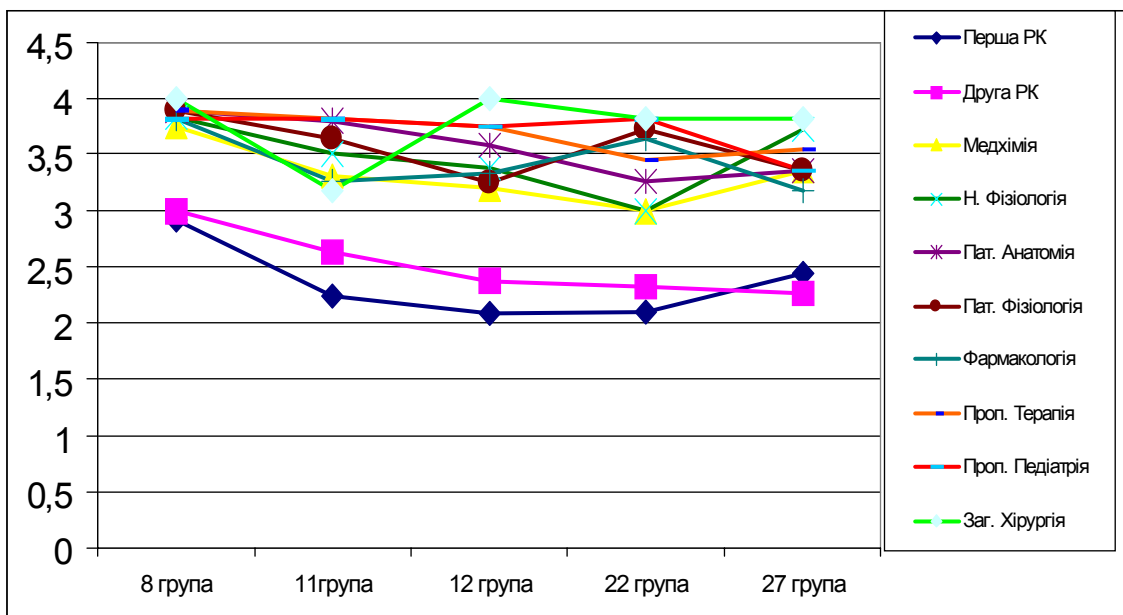
Як видно з рисунка, графіки середнього бала за іспити і графіки результатів Ректорського тестування практично ідуть паралельно, особливо відносно повторного тестування. Це свідчить, що й успішність груп із цих предметів є пропорційною до результатів Ректорської контрольної роботи. Підтвердженням цього є коефіцієнти кореляції. Як видно, існує позитивний зв'язок між успішністю за Ректорську контрольну роботу і успішністю за екзаменаційними предметами, особливо за даними повторного тестування. Більшість останніх була достовірною.

Що стосується студентів, які проявили найгірші знання на Ректорській контрольній роботі (рис. 6), то тут в основному теж спостерігається аналогічна закономірність, хоча успішність за окремі предмети їй не відповідає, зокрема з пропедевтики дитячих хвороб і загальної хірургії.

Природно, що з часом відбувається регрес знань до певної критичної межі, яка становить рівень істинних знань. При цьому слід враховувати, що неосмислена інформація забувається швидше, в більшому об'ємі і назавжди. Та

обставина, що групи з кращою успішністю при повторному тестуванні не показали тих знань, які були в них півроку тому, наводить на думку, що у студентів переважає механічне запам'ятовування навчальної інформації. Але сталося так, що про повторне тестування студенти не були проінформовані і вони не мали часу надолужити забуте. Логічне мислення, яке в даному разі було єдиним засобом, щоб витягти на поверхню з глибини пам'яті уже втретє знайому навчальну інформацію (іспити і повторне тестування) не спрацювало, тому що виявилось не сформованим. Ця закономірність ще більш чітко простежується також у студентів із гіршою успішністю як за результатами тестування, так і екзаменаційної сесії.

Класична педагогіка завжди вважала логічне мислення пріоритетним у навчанні. Завдання викладача полягало в тому, щоб навчити студента логічно мислити, а здобути знання – це завдання студента. Та інтенсифікація навчального процесу призвела до завантаження студента надмірною інформацією і через нестачучасу не стала сприяти логічному осмис-



Предмети	Коефіцієнти кореляції							
	М.хімія	Н.фізіол.	П.анат.	П.фізіол.	Фармак.	Проп.тер.	Проп.пед.	Заг.хір.
Ректорська КР I	0,96*	0,83*	0,58	0,56	0,49	0,53	-0,08	0,25
Ректорська КР II	0,82*	0,55	0,89*	0,74*	0,63*	0,83*	0,52	-0,02

Рис. 6. Взаємозв'язок успішності під час основної і повторної Ректорських контрольних робіт студентів з гіршою успішністю.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

ленню матеріалу. Тому формування логічного мислення у студента повинно зайняти належне місце в навчальному процесі і стати стержневим у підготовці лікаря-лікувальника.

Висновок. Результати Ректорської контрольної роботи в основному співпадають із успішністю студентів на екзаменах, особливо тих, питання яких виносилися на тестування. Це свідчить про те, що Ректорське тесту-

вання є досить об'єктивним критерієм виявлення реальних знань студентів і навчального процесу на кафедрах, особливо, якщо остаточно буде досягнуто повної невідомості студентів із змістом тестів. У навчальному процесі викладачам слід акцентувати увагу не стільки на інформаційне збагачення студента, скільки на формування в нього логічного мислення.

Література

1. Методичні аспекти застосування тестового контролю знань і вмінь на кафедрі патологічної фізіології /В.М. Бельський, Ю.Я. Крюк, Л.П. Лінчевська та ін. //Фізіологічний журнал. – 2000. – Т. 46, № 2 (додаток). – С.156.

2. Кейс Сьюзан М., Свэнсон Дэвид Б. Создание письменных тестовых вопросов по базисным и клиническим дисциплинам. – Филадельфия: NBME, 1996. – 119 с.

УДК 616-053.2(07.07)

Ї ΘΤ ΑΕΘΒΑΕΥΙ ΨΝΟΥ ΔΑ ΝΙ ΑΘΕΘΨΕΘ ΑΕΕΕΑΑΑΙ Γ Β ΑΕΘΒ×ΕΘ
ΘΑΙ ΘΤ Α Ο Ι ΑΑΕ×Ι Τ Ι Ο ΑΘΨ

².Ν. Νι ³υι , Α.Α. Νθαοαί ει , Ε.Α. Αι ευι νυεα, Ν.Ν. Εαααί αου,
Ε.². Αεαεηοοι ει , ².Ι . Ι ι οι ς, Γ .Α. Ουι α, ².Τ . Ααα³δυι ,
Γ .Α. Ααί ααεαα, Α.Α. Ι ααεεοει , Α.Τ . Νει εουεα

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ABOUT ACTUALITY AND SPECIFICATION OF THE TEACHING
CHILDREN'S DISEASES IN A MEDICAL ESTABLISHMENT

I.S.Smiyan, V.V.Stetcenko, L.A.Volyanska, S.S.Levenets,
L.I.Alekseenko, I.M.Moroz, N.A.Тсyapa, I.O.Bagiryan,
N.V.Banaduga, G.A.Pavlishin, V.O.Sinitska

Ternopil State Medikal Academy by I. Ya. Horbachevsky

Забезпечення адекватної медичної допомоги третині населення, яку становлять діти віком до 18 років, соціально зумовлене та має державне значення. Формальне продовження віку дитинства за рішенням ООН зумовило появу нових аспектів та певну специфіку викладання педіатрії в медичному вузі. Майбутнє держави визначається здоров'ям підрастаючого покоління, яке прямо залежить від рівня кваліфікації її медичних працівників. Останнє забезпечується ефективністю навчального процесу і відповідністю його вимогам часу.

Providing with adequate medical aid a third of population who is the children under 18 years old is socially determined and is of state importance. Formal lengthening of a childhood age according to a resolution of the UNO stipulated for the appearance of new aspects and certain specification of the teaching pediatrics in a medical establishment. A state future is health of growing-up generation which is in the obvious dependence from the level of qualification of their medical workers. The latter is provided by effectiveness of educational process and in accordance with time demands.

Вступ. Педіатрія як галузь клінічної медицини, яка вивчає здоров'я дитини в процесі його розвитку, фізіологію і патологію дитячого віку, методи профілактики та лікування захворювань, що загрожують гармонійному розвитку організму, виділилась у самостійну дисципліну лише в ХІХ столітті. Проте джерела педіатричних знань витікають з глибокої давнини. Ще у роботах медиків Древнього Єгипту, Ассирії, Вавілоу, Індії та Китаю зустрічаються поради щодо вигодовування малюків, лікування окремих, суто дитячих, захворювань. Вивченню певних аспектів педіатрії присвячені роботи Гіппократа, Сорана Ефеського та інших. Багдадський лікар Разі в своїх роботах висвітлює ряд важливих даних із харчування, лікування та гігієни дитини. Геній древньої науки Ібн-Сіна в "Каноні лікувальної науки" вивчає певні питання фізіології та патології дитя-

чого віку. Разом з тим, педіатрія залишається наукою, яка динамічно розвивається, перед якою постійно постають нові завдання.

Основна частина. Нещодавно авторитетна Міжнародна організація ООН прийняла рішення щодо продовження дитячого віку до 18 років. Це рішення, безумовно, створює цілий ряд нових і маловивчених напрямків для розвитку науки педіатрії. Продовження формального віку дитинства та ріст сучасних вимог до підготовки лікарів у медичних вузах зумовлюють появу нових аспектів, певної специфіки викладання предмета. Насамперед, це призведе до необхідності розширення об'єму вивчення дитячих хвороб із висвітленням цих проблем також і у всіх основних суміжних галузях медичної науки. На нашу думку, це особливо актуально при підготовці сімейних лікарів, оскільки кожна третя людина – дитина, а тому відсоток пацієнтів-дітей у них прогнозується найвищий. Це стосуватиметься також розширення

© І.С. Сміян, В.В. Стеценко, Л.А. Волянська та ін., 2000

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

програмних вимог до лікарів-педіатрів: тих, які лише навчаються, а також перепідготовки тих, які працюють нині в усіх галузях педіатрії [4].

Нинішня програма підготовки лікаря в системі вищого медичного закладу IV рівня акредитації передбачає опрацювання студентом 12998 практичних годин за весь період навчання у ВНЗ, з них для викладання дитячих хвороб відводиться тільки 868 год, що складає 6,62 % (пропедевтика дитячих хвороб – 364-2,34 %, факультетська педіатрія – 162-1,25 %, госпітальна педіатрія – 162-1,25 %, дитячі інфекційні хвороби – 90-0,69 % та дитяча хірургія - 90-0,69 %). Звичайно, цього часу недостатньо для ґрунтовної підготовки лікаря загального профілю відповідно до зростаючих вимог, особливо у зв'язку із збільшенням об'єму матеріалу, пов'язаного з необхідністю вивчення особливостей фізіології та патології дітей віком від 14 до 18 років, що зовсім не було передбачено навчальною програмою раніше.

Поза увагою нинішньої програми залишились також дуже важливі питання особливостей дитячої неврології, стоматології, офтальмології, ЛОР патології та клінічної фармакології, а також багато питань дитячої інфектології. Питання останньої є надзвичайно актуальними сьогодні, що пов'язано з ростом дитячої інфекційної патології. Інфекційні захворювання, з якими нерозривно пов'язана вся історія людства, завжди були найбільш масовими, найбільш небезпечними і вважались пошестю. Нині ця патологія продовжує утримувати лідерство за поширеністю в усьому світі – інфекційні хвороби складають 25-30 % у структурі загальної смертності, причому темпи зростання їх частки в 1,2 раза перевищують зростання відповідного показника соматичної патології [1]. З найбільшою частотою хворіють звичайно, діти. У період пандемії 1998-1999 рр. лише за перший квартал 1999 р. на грип та ГРВІ (гострі респіраторні вірусні інфекції) перехворіли 4559513 осіб, із них 43 % – діти до 14 років. За неповними даними, в Україні щороку реєструється понад 1 млн. дітей, що перенесли інфекційні хвороби без врахування ГРВЗ (гострі респіраторні вірусні захворювання) [2]. Безумовно, складна економічна ситуація в країні, критичний стан навколишнього середовища на межі екологічної катастрофи накладають свій відбиток на опірність дитячого організму до

інфекційних хвороб, що і є передумовою поширеності цієї патології у дітей та спричиняє часто нетиповий її перебіг із певними особливостями у віковому аспекті.

Оскільки, за неповними даними, до 70 % усіх захворювань у країні має інфекційну природу, а 2/3 із них припадає на дітей, стає зрозумілим необхідність в отриманні майбутніми лікарями загального профілю та “сімейними” лікарями фундаментальних знань та набуття ними цілого ряду практичних навичок з дисципліни “Дитячі інфекційні хвороби”, що досить складно втілити в життя протягом передбачених існуючою програмою 90 (по 36 практичних на 5 та 6 курсах та 18 лекційних) годин.

Як показує практика викладання дитячих інфекційних хвороб, половина тем, передбачених програмою, винесені на самостійне опрацювання позааудиторно та засвоюються студентами слабо, поверхнево, в недостатньому обсязі, незважаючи на наявні в їх розпорядженні методичні рекомендації з викладом основних напрямків вивчення теми і акцентуацією на основних моментах цих тем в лекційному матеріалі без закріплення на практичних та семінарських заняттях.

Обмеження навчальних годин існуючою нині програмою залишає поза увагою студентів багато аспектів профілактики інфекційної патології та суперечить основному принципу нашої медицини: “Легше попередити захворювання, ніж потім його лікувати”. Сьогодні, коли успіхи активної профілактики уже досить вагомі та дають змогу не лише попередити захворювання, знизити рівень захворюваності та смертності, але й зберегти значні кошти державного бюджету, а введення кількох годин для практичного засвоєння студентами питань імунізації проти дитячих інфекційних хвороб є, на нашу думку, доцільним та економічно обґрунтованим.

Практика проведення іспиту з даної дисципліни показала також низький рівень знань студентів з реабілітації хворих після перенесених дитячих інфекційних хвороб, а ці питання є дуже актуальними для дитячого організму, який росте. Адже відсутність проведення взагалі чи проведення цих заходів в недостатньому обсязі часто спричинює рецидиви та хронізацію процесу. Діти – це наше майбутнє, і вони повинні бути здоровими, а не з цілим “буке-

том” хронічної патології, що в дорослому віці потребуватиме значних матеріальних коштів на постійне протирецидивне лікування чи соціальні виплати по інвалідності та поставить під сумнів здорове існування нації.

Обмеження циклу “Дитячі інфекційні хвороби” на спеціальності “Лікарська справа” на VI курсі 36 навчальними годинами зробили свій “внесок” у дефектність підготовки висококваліфікованого фахівця. Поза увагою залишаються такі важливі питання, як організація інфекційного стаціонару при певних видах найбільш частих інфекційних хвороб, які передбачені програмою підготовки за спеціальністю “Педіатрія” і є важливими для майбутніх лікарів усіх профілів, насамперед сімейних.

Міграція населення України в інші регіони, країни, континенти призвела до появи специфічних для цих територій інфекційних захворювань. “Екзотичні”, якщо можна так їх назвати, інфекції, як правило, рідкісні проте певного уявлення про них у лікаря все-таки вимагають. Тому, на нашу думку, доцільно розширити програму хоча б на 1-2 практичні заняття за цими темами для створення загального уявлення про епідеміологію, клініку, діагностику цих захворювань з метою створення прецеденту настороженості до мігрантів щодо виникнення у них чи в їхньому оточенні цієї патології.

Поширення на території нашої країни епізотий сказу серед диких тварин, ріст із кожним роком кількості захворювань серед домашніх тварин та звернення щорічно понад 100 тис. осіб, що постраждали від їх укусів, за медичною допомогою, обґрунтовують необхідність засвоєння студентами певного рівня знань із цього питання. Проте Програма дитячих інфекційних хвороб, на жаль, не розглядає його, незважаючи на те, що діти і є тим контингентом, який найбільше страждає від укусів тварин у міру своєї природної цікавості та безпечності.

Вивчення лікування інфекційних захворювань, передбачене програмою під час розгляду кожної окремої нозологічної одиниці з конкретним застосуванням отриманих знань, практично під час курації хворих чи вирішення ситуаційних задач, дозволяє студентам засвоїти основні напрями лікування та індивідуалізувати його відносно конкретного хворого, модифікувати його в різні періоди захворювання. Проте ми вважаємо доцільним введення в лекційний

курс узагальненої теми, яка б висвітлювала сучасні концепції та пріоритети терапії інфекційних хворих у педіатрії і дозволила б зупинитись на основних принципах та напрямках лікування в сучасних умовах, і проблемах власне етіотропної терапії, стандартизації схем стартової емпіричної терапії, оптимізації шляхів введення лікарських засобів, правилах та обґрунтованості застосування комбінацій етіотропних та інших препаратів, поєднання медичних препаратів патогенетичної терапії, врахування біозасвоєння, режиму введення та дозування.

Можливе також аналогічне обмеження кількості навчальних годин, відведених і для вивчення інших розділів педіатрії. Окремої уваги потребують проблеми неонатології, що зумовлено, насамперед, сучасними демографічними проблемами в Україні: ростом малюкової, пери- та неонатальної смертності, кількості уроджених вад, числа патологічного перебігу раннього та пізнього неонатальних періодів тощо. Надання першої кваліфікованої допомоги цій категорії дітей неможливе без певного рівня знань у цій галузі та вміння застосувати сучасні схеми інтенсивної терапії з використанням специфічних інструментів та апаратів [3]. Тому вивчення інтенсивної неонатології повинно бути введене в системний інтегрований комплекс знань, отриманих в навчальних аудиторіях та неонатологічних відділеннях, що проблематично в умовах дефіциту навчальних годин і ставить під сумнів оволодіння студентами елементарними практичними навичками з цих питань.

Можна назвати ще цілий ряд питань, які вимагають більшої деталізації у вивченні та практичному оволодінні, що в світлі нових завдань з підготовки медичних фахівців високого рівня ставить під сумнів отримання ними фундаментальних знань з даного предмета при максимальній віддачі педагогічного колективу та надмірному педагогічному навантаженні на нього (950-1000 год/навч. рік). Останнє різко утруднює роботу педагогів з підготовки до практичних занять та лекцій, впровадження ними новим форм і методів навчання, які б сприяли росту зацікавленості, самостійності, творчої активності студента у формуванні вмінь та практичних навичок. А також заперечує ефективність їх наукової роботи чи здебільшого

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

можливість нею займатися. Значно утруднює проведення практичного заняття і велика кількість (12-14) студентів в одній групі. Асистент біля ліжка хворого неспроможний однаковою мірою приділити увагу всім студентам, а останні – всю необхідну інформацію та відповіді на запитання, які їх цікавлять. Практична робота – це чи не найголовніше в роботі зі студентами, адже потрібно допомогти кожному студенту навчитися виділяти симптоми захворювання, групувати їх в основні та допоміжні синдроми для встановлення діагнозу, обґрунтовано, з урахуванням усіх критеріїв останнього, навчитися проводити диференційний діагноз, призначати в необхідному обсязі перелік встановлення та адекватне індивідуалізоване лікування. Саме тому кількість студентів у групі не повинна перевищувати 7-8.

Висновки. Отже, виникає нагальна необхідність пошуку нових інтенсивних форм викладання та контролю знань, забезпечення системності робочих програм, неординарності підходу до методів організації навчального процесу, широкого впровадження комп'ютеризації та інформатизації для підготовки спеціалістів,

готових працювати в нових економічних умовах. Принциповим є збільшення кількості клінічних обходів із залученням до них студентів та підвищення ефективності самостійної роботи з введенням проміжного контролю знань з цих тем. Проте невідомо, що й ці старання та нововведення забезпечать належний результат через надмірність навантаження як на студентів, так і на викладачів. Тому, безумовно, розширення обсягу матеріалу закономірно вимагатиме розширення навчального часу на його засвоєння. А забезпечення адекватної медичної допомоги третині населення країни, яку становлять діти віком до 18 років, є соціально зумовленим і має державне значення. Майбутнє держави визначається здоров'ям її підростаючого покоління, а останнє знаходиться в прямій залежності від рівня кваліфікації її медичних працівників, що, в свою чергу, визначається ефективністю навчального процесу і відповідністю його вимогам часу. Таким чином, проблема підготовки молодих лікарів з основних питань педіатрії у медичному закладі нині стає справою загальнодержавною і потребує негайного позитивного вирішення.

Література

1. Некрасов Л.С., Горбань Є.М. Стан перспективи розвитку наукових досліджень в Україні // Інфекційні хвороби. – 1997. – № 4. – С.5-9
2. Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та ГРІ в Україні // Наказ МОЗ України від

09.02.1998 р. №30 Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та ГРІ в Україні.

3. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С.6-12

УДК 61 (066 : 65. 89)

ЄТ І ОАІ О²В НОВАТ ДАІ І В ² А²ВЕУІ Т НО² І ААЕ×І Т АТ ²І НОЕОООО
ОАІ І

А.А. Ї і еаі аае÷, А.А. Ооі аі і а

Медичний інститут Української асоціації народної медицини

**THE CONCEPTION OF FOUNDATION AND ACTIVITY OF MEDICAL
INSTITUTE OF UAFM**

V.V. Pokanevych, V.A. Tumanov

Medical Institute of Ukrainian Association of Folk Medicine

У вищій медичній освіті в Україні існує не один напрямок модернізації системи підготовки лікарів. Прикладом може бути концепція створення і діяльність медичного інституту Української асоціації народної медицини.

Summing up the presented data, the author comes to the conclusion that higher medical education in Ukraine is characterized by few tendencies in modernizing the system of doctors' training. This idea is supported by the conception of foundation and activity of Medical Institute of UAFM.

Вступ. Основна мета створення в 1992 р. медичного інституту Української асоціації народної медицини – це підготовка лікарів, які володіють ефективними методами як класичної, так і народної та нетрадиційної медицини.

Народна медицина є невід'ємною частиною нашої національної культури, характерною ознакою українського національного менталітету. Народна медицина українців – це складний комплекс, в якому поєдналися позитивні емпіричні знання, засоби лікувальної магії, народна традиція, а згодом – елементи професійної медицини, явища широкого міжнародного побутування і досвід місцевих спостережень.

Філософські основи української народної медицини своїм корінням сягають найдавніших глибин людської історії.

Народ як етнос, як нація не протиставляє себе природі, а впродовж свого розвитку творить гармонійну екоетносистему, якою і керується як у своєму щоденному житті, так і в поглядах на майбутні століття чи тисячоліття.

Як відомо, народна медицина – це не тільки скарбниця ефективних засобів і методів профілактики та лікування хворих, а й взірць гуманізму й милосердя, притаманних українському народові, а в цілому – менталітету українського суспільства. Співчуття хворій людині,

намагання не зашкодити їй, а всіляко допомагати мобілізувати внутрішні резерви на боротьбу з недугою – ось традиції духовності й, зокрема, підвалин української народної медицини, її знаних і незнаних велетнів, на раменах яких ми стоїмо [1].

Основна частина. Наведене взято за основу створення новітньої концепції діяльності медичного інституту, де вперше об'єднано офіційну історіографію вищої медичної освіти з подихом тисячоліть прадавнього національного народного лікарювання.

Ось чому нашим орієнтиром є підготовка лікаря, який володіє комплексом сучасних знань, але, неначе Антей, спирається на національні етнічні традиції в медицині.

Підготовка лікарів в інституті ґрунтується на органічному поєднанні вивчення в повному обсязі класичної медицини згідно з державними навчальними планами та блоку таких дисциплін з народної та нетрадиційної медицини, як фітотерапія, гомеопатія, мануальна терапія, рефлексотерапія тощо.

Завдяки цьому в процесі навчання майбутній спеціаліст опановує нові підходи до стереотипів обстеження, діагностики та лікування. Це призводить до формування особливості психології майбутнього лікаря, який уміє вибрати і застосувати найефективніші методи як з офіційної, так і народної медицини.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

На жаль, упродовж десятиріч ця площина – вивчення народної медицини і, крім того, опанування її основ на рівні вищої освіти – ігнорувалася. І тільки за часів незалежної України відбувся її своєрідний ренесанс, що знайшло своє відображення при створенні нашого інституту.

Зараз в інституті функціонують 5 факультетів: медичний, стоматологічний, фармацевтичний, фельдшерський та медсестринський. На них навчається близько 2 тисяч студентів з 12 країн світу.

Великий кадровий потенціал викладачів, відповідна матеріально-технічна база дозволяють проводити навчальний процес на належному рівні.

Зазначена тенденція в підготовці лікарів збігається і з напрямком наукових досліджень в інституті – вивчаються лікарські рослини, фітопрепарати, науково обґрунтовуються методи народної медицини, а найбільш ефективні впроваджуються в медичну практику. Прикладом такої роботи є запропонований для медичного застосування засіб “Поліфітол-1” (спільно з науковцями інституту фармакології і токсикології АМН України) [2].

Впровадження в навчальний процес дисциплін з народної та нетрадиційної медицини ми розглядаємо в таких ракурсах, як вивчення й опанування корисного досвіду феномена народної духовної культури; розширення професійних можливостей лікаря; привід залучити науковців і студентів до дослідної роботи з наукового обґрунтування методів народної і нетрадиційної медицини; пересторога та альтернатива марновірству й медичним спекуляціям на довірливому хворому.

На шляху становлення і концептуального впровадження ідеї створення вищого медичного закладу нового типу ми спрямовуємо зусилля насамперед на втілення в діяльність інституту всього позитивного надбання вітчизняної вищої медичної освіти. З цією метою ми працюємо в навчальному комплексі з Київською медичною академією післядипломної освіти, Українською медичною стоматологічною академією, Київським базовим медучилищем № 2,

укладено договір з Українською військово-медичною академією про військову підготовку наших студентів. Разом із тим, намагаємося мати своє визначене обличчя в наявній системі підготовки медичних кадрів. Для цього проводять велику аналітичну і пошукову роботу, мета якої – визначення соціального попиту на підготовку спеціалістів як на сьогодні, так і на перспективу. Нами розроблено і запропоновано, а МОЗ України затверджено, нову спеціальність – лікар народної та нетрадиційної медицини.

У концепцію створення і діяльності інституту також покладено принцип гуманізації і психології, який базується на повазі всіх, хто бере участь у навчальному процесі. Ось чому ми приділяємо увагу індивідуалізації навчально-виховного процесу, пошуку і розробці методів індивідуальної роботи з кращими студентами і з тими, хто потребує допомоги і корекції знань з тим, щоб максимально проявилися особисті якості й можливості кожного студента. Цей принцип потребує знання і виконання діючих законів та норм моралі, поваги до народних традицій, психологічної компетентності та інтелігентності всіх, хто бере участь у цьому процесі.

Важливе місце в концепції діяльності інституту займають принципи формування особистості майбутнього лікаря, які передбачають вивчення відповідних курсів, спрямованих на отримання фундаментальних знань, розвиток якостей, притаманних високорозвиненій, інтелектуальній та інтелігентній людині, сприйняття загальнолюдських цінностей. При цьому викладацькому складу інституту належить виховувати в студентів почуття інтересу до знань і потребу вчитися завжди, протягом усього життя [3].

Висновок. Таким чином, концепція створення і діяльності медичного інституту прозора і спрямована на підготовку лікарів, які, використовуючи ефективні методи як класичної, так і народної та нетрадиційної медицини, спроможні надавати більш ефективну медичну допомогу населенню.

Ректорат та професорсько-викладацький склад продовжує пошук оптимальних шляхів подальшого становлення інституту.

Література

1. Товстуха Є.С. Українська народна медицина. – К.: Технік, 1999. – 454 с.
2. Матеріали науково-практичної конференції “Поліфітол-1”. – К.: УАНМ, 1998. – 30 с.

3. Астахова В.И. Приватная высшая школа в объективе времени: украинский вариант. – Х.: Народная украинская академия, 1999. – 461 с.

УДК 616-053.2(07.07)

ØÈΒΘÈ ΑΕΘÈΑ²ÇΑÖ²- ΝΑΙ Τ ΝΟ²ΕΙ Τ - Ϊ Τ ÇΑΑΘÄÈΘΙ ΘΙ Τ -
Ϊ ²ÄÄΤ ΘΤ ÄÈÈ ΝΘΘÄÄΙ Θ²Ä Γ Α ΕΑΘÄÄ² Ϊ ΘΤ Ϊ ÄÄÄΘÈÈÈ ÄÈΘΒ×ÈΘ
ÖÄΤ ΘΤ Ä

Τ .^α . Öääî dö³a, Τ .Ì . Øöëüääé, Ν.Τ . Γ èèèðpê, Ä.Τ . Èööèè
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE METHODS OF ACTIVISATION OF INDEPENDENT OUTLECTURE
STUDENTS WORK ON THE CHAIR OF PROPEDEVTICS OF CHILDREN
DISEASES

O.Ye Fedortsiv, O.Ì . Shulgay, S.Τ . Nikituyk, Ä.Τ . Lutsuk
Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Представлено форми активізації самостійної позааудиторної підготовки студентів II-III курсів медичного факультету, які використовуються на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб. Зокрема, звернуто увагу на ефективність застосування відеофільмів, компакт-дисків, написання рефератів, використання ситуаційних задач, проведення “ділових ігор”, а також самостійну роботу в бібліотеці. Крім того, показана роль викладача у підвищенні ефективності позааудиторної роботи студентів.

The forms of activation of independent outlecture students' work of the II-III years of study at medical faculty are presented. Special attention intends for using of films, compact-discs, essays, situational tasks, “business plays” and independent students' works in the library. Besides that, the role of a teacher is shown in increasing of effectiveness in students' work.

Вступ. Самостійна позааудиторна робота студентів є однією із важливих форм навчального процесу, якій приділяють велику увагу у вищих медичних закладах. Позааудиторна робота повинна бути спрямована на повну реалізацію навчальних програм, тому що суттю навчання у ВНЗ є саме осягнення, усвідомлення та самостійний аналіз отриманих знань. Щоб досягти висот професіоналізму, духовної зрілості, розвивати творчі здібності і підтримувати свою кваліфікацію, необхідно виробити в собі навик самоосвіти і самостійного здобуття необхідної і корисної інформації серед величезного інформаційного потоку [1]. Завдання викладача – навчити студента працювати в бібліотеці з джерелами інформації, з текстом і направити його діяльність на досягнення запланованої мети.

Основна частина. Основними видами активізації позааудиторної роботи на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб при підготовці студентів II-III курсів медичного факультету до

практичних занять є використання рекомендованої викладачем літератури, участь студентів у науково-дослідній роботі кафедри. Найбільш поширеним видом залучення студентів до науково-дослідної роботи є написання рефератів на задану викладачем тематику з використанням спеціальної літератури, монографій, журнальних статей. Студент привчається працювати з науковою літературою, проводити інформаційний пошук, використовуючи предметні та алфавітні каталоги. Заохочення студентів до наукової роботи є одним із важливих етапів активізації позааудиторної роботи, про що свідчить їх участь у наукових медичних конгресах і конференціях. Усі викладачі кафедри проводять заняття у студентському науковому гуртку за темами, які є актуальними, цікавими для студентів і базуються на клінічному практичному досвіді лікарів.

Оскільки кожен студент, займаючись на кафедрі, повинен отримати не лише достатні теоретичні знання, а й оволодіти практичними навичками, які є базисом для наступної лікарської діяльності, то цьому питанню надається належна увага в плані позааудиторної роботи

[2]. Оволодіння практичними навичками буде найбільш ефективним, якщо студент більше часу проводить у клініці, беручи участь в огляді хворих, наданні їм медичної допомоги, проведенні діагностичних і лікувальних маніпуляцій.

Вплив на заохочення студентів до оволодіння предметом має впровадження в навчальний процес наукових досягнень кафедри: дослідження стану перекисного окислення ліпідів, гідролізу і всмоктування вуглеводів, клітинного і гуморального імунітету, ендогенної інтоксикації, біоценозу кишок при хронічних розладах живлення у дітей раннього віку, при нирковій, гастродуоденальній, гепатобіліарній патологіях, ряді інфекційних захворювань, результати проведення денситометрії, сучасні методи діагностики і лікування патології гастродуоденальної зони. Це сприяє зацікавленості студентів у майбутній професії, навчає їх підсумовувати і використовувати отримані знання у своїй професійній діяльності і розширює можливість навчально-виховної роботи.

Для самостійної позааудиторної роботи студентів складений тематичний план занять з тем, які не ввійшли в основну навчальну програму з предмета, але є досить цікавими, актуальними, базуються на конкретних клінічних ситуаціях, знаннях анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму і надають можливість якнайширше охопити той розділ медицини, що вивчається. Наприклад, пропонуються теми: “Невідкладна допомога при нещасних випадках”, “Кардіоміопатії”, “Невідкладна допомога при судомному синдромі у дітей різного віку”, “Інфекція сечовивідних шляхів” та інші. За даними темами студенти пишуть реферати, самостійно опрацьовуючи літературу, та доповідають на практичному занятті. Оцінюючи реферат, викладач звертає увагу на відповідність темі, глибину опрацювання літератури, грамотність викладення матеріалу. Для покращання викладення матеріалу і його закріплення викладач рекомендує користуватись таблицями, наборами медичних препаратів і новинками періодичної літератури, залучаючи студентів до виготовлення таблиць, діаграм, прозвірок.

При опрацюванні необхідної літератури студент повинен вміти:

1) виділити головне з другорядного у матеріалі, що вивчається;

2) вміти порівнювати, робити узагальнення із отриманої інформації;

3) для пояснення незрозумілих слів і понять необхідно вміти користуватися словниками, довідниками, додатковими джерелами інформації;

4) вміти орієнтуватися у таблицях, схемах, графіках, рисунках та інтерпретувати їх;

5) вміти логічно проаналізувати отриману інформацію і зробити висновки.

Заслуговує уваги така цікава форма позааудиторної роботи студентів, як виготовлення ними схем і таблиць з конкретної тематики. Наприклад, викладач дає студенту завдання підготувати мікротаблицю “Склад периферичної крові новонародженої дитини” або намалювати схеми кровообігу плода чи новонародженого. Для виконання завдання необхідно глибоко вивчити дане питання, проаналізувати і вибрати необхідну інформацію та схематично зобразити її на папері.

Під час самостійної позааудиторної роботи студенти використовують мультимедійні навчальні компакт-диски, відеофільми, збірники алгоритмів, тексти лекцій, які є доступними в результаті розширення інформаційного поля за рахунок комп’ютеризації бібліотек і читальних залів, їх підключення до системи “Інтернет” [3,4].

Із метою активізації самостійної позааудиторної роботи студентів на кафедрі розроблені і надруковані методичні рекомендації для позааудиторної роботи, в яких виділені наступні розділи:

1) назва теми;

2) актуальність теми;

3) навчальна мета (що студент повинен знати, вміти);

4) базовий рівень умінь, знань, навичок, необхідних для засвоєння теми, якими студент повинен оволодіти самостійно.

Крім того, в програму самопідготовки студентів відповідно до методичних рекомендацій входить короткий зміст теми, питання і тести для самоконтролю, а також джерела використаної літератури. В структуру методичних рекомендацій із позааудиторної роботи включені ситуаційні задачі, завдяки яким студенти розвивають клінічне мислення і підсумовують вивчений матеріал, а подані еталони відповідей дають можливість перевірити себе і ще раз закріпити певні клінічні ситуації [5].

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Останнім часом на кафедрі впроваджується нова форма позааудиторної роботи – “ділові ігри”, під час яких викладач пропонує студентам конкретну клінічну ситуацію із зазначенням віку дитини, скарг, анамнестичних даних. Студенти розігрують “ролі” (дільничний лікар – хвора дитина, лікар стаціонару – хвора дитина), розподіляючись на бригади, кожна з яких виконує певний рівень діагностичних і лікарських маніпуляцій, догляду за хворим, надання невідкладної допомоги. При цьому кожен студент складає свій план обстеження і догляду запропонованого хворого, активно аналізуючи клінічну ситуацію, дискутуючи, знаходячи найбільш правильний шлях вирішення конкретної клінічної ситуації (виділення симптомів,

синдромів, семіотики конкретних захворювань, призначення оптимального обстеження та догляду за дитиною з включенням основних елементів: мікроклімату приміщення, де знаходиться дитина, рухового режиму, лікувального харчування, динамічного спостереження, особистої гігієни пацієнта, ЛФК, масажу, інших реабілітаційних та гартувальних заходів).

Таким чином, лише за умови активізації позааудиторної роботи студент перетворюється із пасивного слухача при вивченні навчальної програми в активно мислячу особистість, здатну до самовдосконалення протягом навчання у ВНЗ та подальшої практичної діяльності.

Література

1. Худзик О.М., Чортківська М.В. Інформаційні вміння – складова позааудиторної самостійної роботи студентів // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі: Матеріали конференції.– Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 1. – С.105-107.

2. Ковальчук Л.Я., Бех М.Д., Беденюк А.Д. та ін. Методологічні аспекти активізації самостійної позааудиторної роботи студентів // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі: Матеріали конференції. – Тер-

нопіль: Укрмедкнига, 1998. – 2. – С.17-20.

3. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С.12-15.

4. Mealing S. The art and science of computer animation. – Oxford: Intellect Books, 1992. – 230 с.

5. Мисула І.Р. Оптимізація навчально-виховного процесу в Тернопільській медичній академії в умовах сьогодення // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С.44-47.

УДК 614.23:616.1/4:378.661

ΝΟΘΑΙ ² Ι ΘΤ ΑΕΑΙ Ε Ι ²ΑΑΤ ΟΤ ΑΕΕ ΘΘΑΙ ΝΟΟΥ²Τ ΕΤ Α²Α Α ΟΕΘΑ-Τ ²
Ν.Ι . Ααεάοετ αα, Ν.Α. Αεεεαί θαοü, Ε.Τ . Ετ ααεε³τ α

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

**THE STATE AND PROBLEMS OF TRANSFUSIOLOGY SPECIALISTS
TRAINING IN UKRAINE**

S.І . Haidukova, S.V. Vydyborets, L.O. Kovalkina

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

У статті автори наводять аналіз сучасного стану підготовки лікарів-трансфузіологів та стану служби крові в Україні в цілому. Обмірковуються перспективи післядипломного навчання лікарів за фахом “трансфузіолог”.

Data about the development of Transfusiology in Ukraine are presented. A history and a present status of the speciality is described. The prospects of future development of the speciality are discussed.

Вступ. Трансфузіологія є ланкою національної системи охорони здоров'я, самостійним розділом медицини, який являє собою систему наукових знань та практичної діяльності з організації та технології заготівлі крові, її компонентів та препаратів, організації, методики та техніки трансфузійної терапії і включає загальний (теоретичний), виробничий та клінічний розділи. Загальна (теоретична) трансфузіологія, використовуючи останні досягнення медичної науки, займається вивченням груп крові, їх значенням у фізіології та патології людини, теоретичними розробками стратегії наукових досліджень у галузі тощо. Головним завданням виробничої трансфузіології, яка представлена установами служби крові, є забезпечення лікувально-профілактичних закладів гемотрансфузійними засобами і препаратами крові в необхідній кількості для надання якісної медичної допомоги населенню. У клінічній трансфузіології застосовують гемотрансфузійні засоби для цілеспрямованого впливу на внутрішнє середовище організму шляхом внутрішньовенного їх введення. Науково-методичне керівництво діяльністю установ служби крові здійснюють Київський НДІ гематології і переливання крові та Львівський НДІ патології крові і трансфузійної медицини. Підготовка фахівців за спеціальністю “трансфузіолог” здійснюється на кафедрі гематології

та трансфузіології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Однією з форм попереднього формування лікаря як фахівця є стажування на робочих місцях вищезазначених НДІ та установ служби крові.

Основна частина. Сучасній медицині властива тенденція, з одного боку, до вузької спеціалізації, а з іншого – до інтеграції. З позицій сьогодення, трансфузіологію слід розглядати як науково-практичну галузь медицини, яка виділилася у самостійну спеціальність, теоретичними і практичними досягненнями якої користуються фахівці майже всіх лікарських спеціальностей. Сучасну трансфузіологію важко уявити без знань генетики, імунології, гематології, нормальної і патологічної фізіології, біохімії, знань світових технологій виробництва препаратів крові та інфузійних засобів. Останнім часом значно змінилася структура закладів служби крові у світі [17, 21, 23]. Це зумовлено розробкою і впровадженням нових технологій переробки крові на компоненти та виготовлення препаратів із крові. Суттєво змінилася лабораторна ланка в установах служби крові, діяльність якої раніше зводилася до серологічних визначень груп крові та постановки реакцій, що забезпечують сумісність при переливанні крові. На сьогодні з розширенням наших знань про гемотрансмісивні інфекції, біологічну безпеку при роботі з кров'ю, нові досягнення імуногематології лабораторна ланка установ служби крові, окрім серо-

логічних досліджень, займається скринінгом і діагностуванням гемотрансмісивних інфекцій.

Впровадження комп'ютерних технологій у процеси заготівлі та переробки крові також є реальністю сьогодення. Суттєво змінюються відносини в системі “донор-лікар-реципієнт”, формуються нові аспекти правових відносин між донором і установами служби крові. Останні мають давати юридично підтвержені гарантії безпеки участі у донорстві кожному громадянину України. Трансфузійна медицина повинна бути безпечним методом лікування для реципієнта.

Впровадження страхової медицини відбивається новими правовими аспектами на діяльності служби крові та лікувально-профілактичних установ, які застосовують трансфузійну терапію як метод лікування [17, 23]. Оптимальний лікувальний ефект від застосування гемотрансфузії може досягатися за умови, якщо лікар чітко знає механізми дії трансфузійного середовища і чітко обґрунтовує показання до його використання. Арсенал засобів трансфузійної медицини постійно зростає й ускладнюється, що потребує постійного підвищення знань лікарів. Вищеозначене диктує постійне вдосконалення системи підготовки і перепідготовки лікарів-трансфузіологів [3, 4]. На сьогодні навчання трансфузіологів здійснюється за програмами і навчальними планами, затвердженими МОЗ України на циклах спеціалізації (3 місяці), передатестаційних (1 місяць) та тематичного вдосконалення (1 місяць). Навчальні програми постійно вдосконалюються та адаптуються до потреб сьогодення. Востаннє програми були перероблені у 1999 році відповідно до вимог, які викладені у наказах Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.97 № 359 “Про подальше удосконалення атестації лікарів” та від 11.03.99 № 53 “Про розробку матеріалів передатестаційних циклів та циклів спеціалізації”.

СУЧАСНИЙ СТАН ПІДГОТОВКИ ТРАНСФУЗІОЛОГІВ

Як відомо, рівень розвитку кожної з медичних спеціальностей і ступінь її досягнень значною мірою пов'язані з рівнем освіти і підготовки спеціалістів. У всіх країнах питання підготовки фахівців для медицини, в тому числі для установ служби крові, є головним, оскільки професіоналізм, компетентність, високий

рівень загальних та спеціальних знань є визначальними як для практичної, так і для наукової діяльності. В Україні підготовка трансфузіологів починається у вищих медичних навчальних закладах та при проходженні інтернатури. Це спеціальні, нетривалі за термінами курси трансфузіології в межах вивчення основної клінічної дисципліни. Інтернатури за спеціальністю “трансфузіолог” немає. Тому на керівників установ служби крові покладена висока відповідальність за формування кадрового складу. Посади трансфузіологів повинні обіймати лікарі, які закінчили ВНЗ за спеціальністю “лікувальна справа” та пройшли навчання в інтернатурі за однією з лікарських спеціальностей. Після зарахування на посаду трансфузіолога лікар зобов'язаний пройти навчання на курсах спеціалізації (468 годин, 3 місяці), після чого він юридично стає спеціалістом за фахом “трансфузіолог”. Працювати трансфузіологом може лікар, який закінчив курси спеціалізації, магістратуру, клінічну ординатуру, аспірантуру з цієї спеціальності, успішно склав іспити і має сертифікат лікаря-спеціаліста, володіє сучасними методами профілактики, діагностики, лікування хворих, знає виробництво і застосування компонентів та препаратів крові, питання донорства, основи імуногематології, клінічної трансфузіології, володіє необхідними для діяльності практичними навичками. Фахове зростання молодого спеціаліста, рівень його компетенції і професіоналізм багато в чому визначаються вимогливістю керівників установ служби крові, їх авторитетом, зацікавленістю у формуванні висококласного колективу фахівців своєї установи. Система підготовки і перепідготовки спеціалістів в Україні, що діє на сьогодні, зобов'язує лікаря кожні 5 років підвищувати або підтверджувати свою атестаційну категорію, проходити навчання в міжатестаційний період на курсах тематичного вдосконалення. До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускають лікарів-трансфузіологів, які мають сертифікат лікаря-спеціаліста та закінчили протягом року передатестаційний цикл в закладі післядипломної освіти, мають відповідний стаж роботи: для другої категорії – не менше 5 років, першої – не менше 7, вищої – 10. При атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії рекомендується дотримуватися по-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

слідовності: друга, перша, вища. Причому при достатньому стажі роботи і за умови проходження чергового передатестаційного циклу наступна кваліфікаційна категорія може бути присвоєна не раніше ніж через 1 рік після попередньої атестації.

Навчання на передатестаційних циклах триває 1 місяць (156 годин), після чого слухачі складають іспити, які включають комп'ютерне тестування, ступінь володіння практичними навичками та іспит-співбесіду. За умови успішного складення всіх трьох іспитів екзаменаційною комісією виносяться рішення про рекомендацію для атестаційної комісії щодо присвоєння лікарю відповідної категорії.

У міжатестаційний період лікарі-трансфузіологи мають можливість навчатися на циклах тематичного вдосконалення "Виробничі питання трансфузіології" (1 місяць, 156 годин) та "Актуальні питання клінічної гематології та трансфузіології" (1 місяць, 156 годин). Під час навчання на циклах тематичного вдосконалення лікарі-трансфузіологи поглиблюють свої знання з питань імуногематології, виробництва препаратів із крові, фракціонування крові на компоненти, ознайомлюються з оглядами літератури із сучасних проблем трансфузіології і діяльності служб крові у світі, новими напрямками розвитку своєї спеціальності.

Навчання слухачів на вищезазначених циклах проходить на базах Київської обласної клінічної лікарні, Київського онкологічного диспансеру, центру крові Міністерства оборони України, відділення гематології Головного клінічного госпіталю МО України та відділів Київського НДІ гематології і переливання крові. Між кафедрою гематології та трансфузіології КМАПО ім. П.Л. Шупика та базовими установами, на яких проходять заняття, заключено відповідні угоди про співробітництво.

Підвищення професійної майстерності лікарями-трансфузіологами здійснюється шляхом стажування на робочих місцях у підрозділах НДІ та установах служби крові, участі в науково-практичних конференціях, семінарах.

Керівний склад служби крові мав змогу підвищити кваліфікацію на відповідних курсах підвищення кваліфікації, які проводилися в 1998-1999 роках у Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика для директорів НДІ, головних спеціалістів МОЗ України, на-

чальників Управління охорони здоров'я. Головні лікарі станцій переливання крові та їх заступники мають можливість навчатися на курсах підвищення кваліфікації як з питань організації охорони здоров'я, так і за фахом.

Таким чином, основне навчання трансфузіологів розпочинається на післядипломному етапі формування фахівців. Система підготовки трансфузіологів, що діє на сьогодні, має деякі негативні моменти. Вони стосуються, в основному, характеру викладання, термінів навчання, недостатнього наочного апаратного забезпечення навчального процесу, що, без сумніву, відображається на рівні підготовки фахівців, порівняно з їх зарубіжними колегами. У більшості країн Заходу, США, Канади післядипломна підготовка спеціалістів здійснюється через резидентуру, навчання в якій триває 3-7 років, після чого фахівець кожні 5-10 років повинен підтверджувати свій сертифікат. Існують неоднакові моделі підвищення кваліфікації у різних країнах. У переважній більшості країн існує система набирання "кредитних балів" за рахунок відвідування шкіл, семінарів, читання лекцій, публікації статей та монографій. Як правило, така система "самопідготовки" спеціалістів є добровільною і не завжди охоплює всіх фахівців. Сама ж система нарахування балів не є уніфікованою й об'єктивною. Система підготовки фахівців у нашій державі є більш об'єктивною і плановою. Однак, на наш погляд, слід доручити акредитованим установам післядипломної освіти України проводити атестаційні цикли замість наявних перееатестаційних, на які лікар буде приїжджати із затвердженими характеристикою та звітом про роботу в міжатестаційний період і у разі позитивного складення усіх іспитів атестуватись в комісії акредитованого навчального закладу системи післядипломної освіти. Це підвищить вимогливість як до лікарів, так і до викладачів. Слід відзначити, що тільки зважений, розумний підхід до підготовки лікарів-трансфузіологів, який базуватиметься на наявній системі їх навчання, з урахуванням передового досвіду зарубіжних країн з цього питання дозволить піднести на вищий рівень якість підготовки фахівців, який і буде визначати рівень та стан служби крові у нашій державі.

СТАН СЛУЖБИ КРОВІ В УКРАЇНІ

Служба крові в нашій державі побудована за

регіонально-територіальним принципом і складається із 70 станцій переливання крові (з яких 25 – обласних і 46 – міських) та 605 відділень переливання крові, які входять до складу лікарень.

У світі існують різні організаційні моделі системи служби крові. Умовно їх можна поділити на такі, що мають централізовану, регіональну організацію, організацію на госпітальній основі, та змішані (Україна, США, Росія, Білорусь тощо). При централізованій системі один національний центр переливання крові керує службами всієї держави із суб-підлеглими регіональними центрами (Фінляндія, Ямайка тощо). Переваги такої системи полягають у легкому плануванні, централізованому контролі за наявністю та якістю продуктів при швидкому вирішенні проблем. Однак для великих держав така система може бути громіздкою, потреби лікарень можуть не задовольнятися, а самі лікувальні заклади не мають змоги суттєво впливати на прийняття рішень національним центром.

Регіональна організація служби крові має місце у країнах, які розподілені на регіони, що мають високий ступінь автономності (Австралія, Зімбабве тощо). Така система організації служби крові дає змогу здійснювати національний контроль і матеріально-технічну координацію в регіонах.

Організація на госпітальній основі базується на тому, що кожний лікувальний заклад здійснює свою власну програму заготівлі крові з централізованим регулюванням і координацією в питаннях матеріально-технічного забезпечення (Данія, Малайзія тощо). Така система організації функціонує на базах лікувальних установ і не потребує спеціального створення центрів переливання крові. При адекватному централізованому регулюванні діяльності вона є придатною для маленьких за територією країн [17, 23].

Змішана форма організації (за якою структурована і служба крові нашої держави) дає змогу великим лікарням і методичним центрам здійснювати заготівлю і фракціонування крові самостійно, іншим – користуватися послугами центрів та станцій переливання крові.

Категорійність станцій переливання крові в Україні за останні роки знизилася у зв'язку зі спадом виробництва. Зменшилися обсяги за-

готівлі донорської крові й плазми, зменшується щорічно випуск препаратів із крові. На сьогодні із 70 станцій переливання крові лише 40 займаються переробкою плазми на препарати, а решта 30 фактично функціонують як відділення заготівлі й переливання крові. Багато відділень заготівлі й переливання крові не виконують покладених на них завдань і стали нерентабельними. Зношеність основних фондів установ служби крові становить 90-95 %. Обладнання є морально застарілим. Так, за винятком Володимир-Волинської, Сумської і Херсонської станцій переливання крові, на яких освоєно енерго- та ресурсозберігаючі методи виробництва альбуміну, в основному застосовують технології середини нинішнього століття [10, 11, 13, 14].

Фінансування закладів служби крові, за винятком Сумської обласної станції переливання крові, яка працює за госпрозрахунком, здійснюється з обласних, районних та місцевих бюджетів. Недостатність обсягів фінансування призвело до моральної застарілості устаткування, зменшення кількості донорів, спаду виробництва компонентів і препаратів крові. Виникла диспропорція між попитом та пропозицією на останні. Бюджетні асигнування на службу крові України за останні три роки зменшилися від 35636,5 тис. грн. (1997 р.) до 31500,0 тис. грн. (1999 р.). Фінансування в службі крові в перерахунку на одного мешканця України в 1998 році становило 0,67 грн, що еквівалентно 0,14 долара США. Для порівняння: асигнування служби крові Республіки Білорусь складають 0,88 долара на одного мешканця [18, 21].

Планування фінансування служби крові повинно враховувати витрати на утримання й амортизацію устаткування, заробітну платню, паливо, послуги зв'язку, комунальні послуги, страхування, аудит, послуги юристів й адвокатів, утримання приміщення, виробничі витрати (контейнери для крові й компонентів, препаратів, набори для тестування на ВІЛ, гепатити В і С, сифіліс, серологічні реактиви, етикетки, картки, журнали), канцелярські витрати, витрати на охорону, утилізацію відходів тощо [17, 23]. Низький рівень фінансування закладів служби крові ставить під загрозу забезпечення потреб лікувально-профілактичних установ у компонентах та препаратах крові. Фінансові витрати на розвиток донорства в Ук-

раїні у 2-3 рази нижчі, ніж у Росії та Республіці Білорусь, і складають 8,5 долара США на 1 л плазми [10, 11, 13, 14, 18, 21]. Як свідчить світовий досвід, фінансові витрати на 1 л заготовленої крові складають 60 доларів США (24 долари США становить вартість 1 дози крові). Кількість здавань крові на 1000 мешканців України в 1999 році складала 20,17. Слід відзначити, що у різних країнах цей показник варіює від менше 1 і до більше ніж 100. Але адекватною є така кількість здавань крові, яка забезпечує повноцінне функціонування установ охорони здоров'я [17, 23].

Як свідчать дані літератури, кількість донорів як у нашій державі, так і у Росії та Республіці Білорусь має тенденцію до постійного зменшення [11, 14, 18, 21]. Порівняно з 1995 роком, кількість донорів в Україні зменшилася на третину. Занепокоєння викликає факт зменшення кількості активних донорів. На низькому рівні знаходиться агітаційна робота в донорському середовищі, що відображається на низькій мотивації до участі в донорстві. Викликає занепокоєння зростання питомої ваги платного донорства. Загальновідомо, що у платному донорстві беруть участь, зазвичай, люди з низьким соціально-економічним рівнем, що збільшує ризик передачі гемотрансмісивних захворювань. Ідеальною вважають систему донорства, яка базується на засадах альтруїзму, добровільності й відсутності будь-якої матеріальної зацікавленості [5, 6, 7, 25].

Потребу в заготівлі крові обчислюють, враховуючи потреби на одне госпітальне ліжко, яке займають "гострі" хворі. Світовий досвід свідчить про те, що при оптимальному забезпеченні цей показник становить від 5 до 15 доз крові на одне таке ліжко. За іншою методикою, оптимальна потреба в крові складає від 12 до 15 мл крові на 1 мешканця [17, 23]. Для оптимального забезпечення населення України кров'ю та її компонентами установи служби крові мали б заготовлювати 766190 л крові. Натомість у 1999 році в Україні заготовлено 372016 л крові, що складає 7,4 мл в перерахунку на одного мешканця, тобто вдвічі менше оптимальної кількості.

Низька матеріальна база установ служби крові не дозволяє широко впроваджувати донорський плазмаферез – найпрогресивніший і економічно вигідний метод заготівлі плазми.

Питома вага плазмаферезу в більшості областей має показник, нижчий 20 %. Застосування застарілих технологій і зменшення обсягів виробництва зумовлюють зростання собівартості 1 л плазми, яка на кінець 1999 року в середньому вже становила 140-150 грн., а на сьогодні у ряді областей складає 250 грн. за літр. В Україні понад 60 % заготовленої плазми використовують для переробки на препарати крові. За нормативами ВООЗ, Україна для оптимального забезпечення власних потреб повинна була б заготовляти 416000 л донорської плазми. Реалії сьогодення такі: в 1999 році установами служби крові перероблено на препарати 104000 л донорської плазми, що складає 1/4 від розрахункових оптимальних величин. Суттєво зменшується випуск альбуміну, значно зростають витрати на його виробництво. У 1999 році витрати на виробництво 1 л альбуміну в Україні в середньому становили 1350-1400 грн. Залишаються незадовільними обсяги випуску криопрципітату, їх не вистачає для надання допомоги хворим на гемофілію (в 1999 році – 71603,0 доз). Падають обсяги виробництва антистафілококового імуноглобуліну. Випуск його, порівняно з 1995 роком, у 1999 році зменшився майже на третину [2, 11, 13, 14, 26].

Залишається невирішеним питання інфекційної безпеки донорської крові та її компонентів [5, 6, 7, 12, 19].

На сьогодні є низькою і нормативна база служби крові. Досі, майже за 10 років незалежності, у нашій державі не розроблено і не затверджено базисні нормативні регламентуючі проведення трансфузійної терапії, документи-інструкції з переливання крові та її компонентів, біологічної безпеки при роботі з кров'ю, немає нормативних документів, які б гарантували безпечну участь у донорстві або забезпечували гарантії для реципієнта крові, її компонентів чи препаратів. На кінець 1999 року поширеність ВІЛ-інфекції серед донорів (за даними скринінгових досліджень) становила 85,3 на 100 тис. донацій.

На підставі вищесказаного можна охарактеризувати сьогоденний стан служби крові та трансфузіологічної допомоги в Україні як кризовий.

ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ТРАНСФУЗІОЛОГІВ

Для подолання кризи у виробничій трансфу-

зіології вирішальне значення має кадрова політика. Очолювати установи служби крові повинні грамотні, кваліфіковані лідери-організатори, які мають високий рівень загальних медичних знань, володіють основами менеджменту в охороні здоров'я, добре підготовлені з питань економіки, фінансів, виробництва компонентів і препаратів крові, страхування, психології, етики тощо. Свій внесок у підготовку фахівців керівного складу такого рівня планує зробити кафедра гематології і трансфузіології КМАПО ім. П.Л. Шупика. На сьогодні завершено розробку програми і навчальних планів до циклу тематичного вдосконалення "Менеджмент у службі крові" (1 місяць, 156 годин). Мета навчання на циклі – опанування основами управління у службі крові, елементарними знаннями з економіки і фінансування служби крові, страхування, основами психології і медичної етики, а також поглиблення знань з виробничої та клінічної трансфузіології. Названий цикл тематичного вдосконалення буде корисним як для керівного складу закладів служби крові, так і для завідувачів підрозділів, відділень заготівлі й переливання крові.

У штатному розкладі установ практичної ланки охорони здоров'я немає посади лікаря-трансфузіолога. Її введення (особливо у клініках НДІ хірургічного профілю, великих лікувальних центрах) диктують об'єктивні реалії сьогодення. До функціональних обов'язків такого спеціаліста повинні належати: консультування хворих, які потребують інфузійно-трансфузійної терапії з метою вибору оптимальної трансфузійної тактики, забезпечення, де це можливо, автогемотрансфузіями, контроль за проведенням ізосерологічних досліджень, підбір сумісних трансфузійних середовищ у системі "донор-реципієнт" тощо. Поки що всі питання лікарської тактики при проведенні трансфузійної терапії вирішує спеціаліст, який веде конкретного хворого. Він діє на підставі загальних теоретичних знань та інструкцій, які регламентують застосування того чи іншого її методу. Є нагальна потреба у призначенні в кожному відділенні установ практичної ланки охорони здоров'я лікаря, відповідального за проведення трансфузійної терапії. Такий лікар повинен пройти спеціальну підготовку на курсах інформації та стажування чи тематичного вдосконалення з питань

трансфузіології і мати відповідне посвідчення. Це значно збільшить ефективність застосування трансфузійної терапії і зменшить ризик пост-трансфузійних реакцій і ускладнень. Кафедра гематології і трансфузіології КМАПО ім. П.Л. Шупика щорічно проводить 3-4 цикли тематичного вдосконалення з питань трансфузіології, на яких підвищують свої знання лікарі різних профілів. У перспективі кафедра готова співпрацювати у цьому напрямку з головними спеціалістами областей та керівниками установ, які застосовують трансфузійні методи лікування у практичній діяльності.

У подальшому особлива увага приділятиметься підготовці й перепідготовці лікарів-трансфузіологів служби крові. У сучасному світі стандартизація увійшла в усі сфери медичної діяльності [8, 9, 15, 16, 24]. На сьогодні служба крові – це складна виробнича галузь, діяльність якої спрямована на задоволення потреб населення і яка має чітко визначені технологічні процеси, управління якими потребує відпрацювання і застосування оптимальних норм та понять [1]. На сьогодні надання медичної допомоги має індивідуальний характер і включає неформальні взаємовідносини лікаря та пацієнта, а в службі крові – ще і лікаря та донора, лікаря і реципієнта. Медичний процес зараз включає надання медичних послуг їх надавачем споживачеві, іноді – через постачальника методичної допомоги [8, 16, 20, 22, 24]. Для оцінки якості кожної з ланок медичного процесу слід застосовувати стандарти медичних технологій: діагностики, лікування, профілактики, виробництва тощо. Кожен із підрозділів служби крові повинен функціонувати відповідно до встановлених норм та правил, тобто стандартів. Аналогічно необхідно застосовувати і методи трансфузійної терапії. До їх призначення потрібно розробити і затвердити чіткі показання, протипоказання, еталони лікування реакцій та ускладнень. Уніфікація і стандартизація процесів виробництва компонентів та препаратів крові, а також відповідна регламентація їх клінічного застосування через систему стандартів, є недалекою перспективою. Саме тому рівень знань спеціаліста, його компетентність і професіоналізм будуть вирішальними у забезпеченні якості надання медичних послуг. Розробка і впровадження стандартів медичних

технологій у службі крові забезпечуватимуть об'єктивність оцінки якості надання трансфузіологічної допомоги населенню. Стандарти медичних технологій дозволяють контролювати якість виробничих процесів у самих установах служби крові шляхом як внутрішнього, так і зовнішнього їх контролю. Впровадження стандартів медичних технологій у службі крові дасть можливість використовувати найефективніші за результативністю та економічністю процеси, що в кінцевому результаті буде спрямовано на збереження життя людей та досягнення максимально високого рівня здоров'я населення України [1, 20, 22, 24]. На сьогодні кафедра гематології та трансфузіології КМАПО ім. П.Л. Шупика готова до співпраці щодо створення стандартів медичних технологій як у службі крові, так і в трансфузійній медицині.

Висновки. Зважаючи на кризовий стан служби крові в Україні й беручи до уваги особливу важливість для його подолання післядипломної підготовки і перепідготовки лікарів-транс-

фузіологів, автори закликають до тісної співпраці усіх зацікавлених осіб – від лікарів-трансфузіологів відділень заготівлі й переливання крові лікарень до головних спеціалістів областей, головних лікарів станцій переливання крові та лікарень. Насамперед необхідно розробити перспективні (на 1-5 років) плани підготовки фахівців для установ служби крові на циклах спеціалізації, тематичного вдосконалення та переатестаційних відповідно до потреб практичної ланки охорони здоров'я та установ служби крові. Розробка, затвердження та впровадження стандартів медичних технологій у діяльність установ служби крові є очевидною реальністю, яка, без сумніву, піднесе на якісно новий рівень як саму підготовку спеціалістів, так і діяльність установ служби крові та практичної ланки охорони здоров'я, які застосовують трансфузійну терапію як метод лікування.

Автори будуть вдячні за будь-яку співпрацю, спрямовану на покращання якості післядипломної підготовки лікарів-трансфузіологів.

Література

1. Аджигирова М.А. Перспективы стандартизации службы крови России // Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: Материалы научн.-практ. конфер., Санкт-Петербург, 6-8 июня 2000 года. – С.-Пб., 2000. – С. 238.

2. Алексеева Е.П., Бельшева Н.В., Шахова Н.Б. и др. Опыт работы получения сырья для противостолбнячного иммуноглобулина // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 303-306.

3. Гайдукова С.М., Видиборець С.В. Професійні вміння лікаря-трансфузіолога в системі формування особистості фахівця // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Матер. доп. наук.-практ. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 192.

4. Гайдукова С.М., Видиборець С.В. Перспективи післядипломної підготовки спеціалістів за фахом "трансфузіолог" // Укр. мед. вісті. – 1998. – 2, № 1-2. – С. 82-83.

5. Гайдукова С.М., Видиборець С.В., Сивак Л.А. та ін. Посттрансфузійні гепатити // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". – 1999. – № 10. – С. 35-36.

6. Гайдукова С.М., Видиборець С.В. Біологічна безпека в службі крові та трансфузіології // Материалы научн.-практ. конфер. по безопасности в трансфузиологии, посвященной 55-летию област-

ной станции переливания крови. – Днепропетровск, 1999. – С. 3.

7. Жибурт Е.Б. Профилактика посттрансфузионных гепатитов. – С.-Пб.: Терра медика, 1998. – 52 с.

8. Линденбратен А.Л. Об оценке качества и эффективности медицинской помощи // Сов. здравоохранение. – 1990. – № 3. – С. 20-21.

9. Мыльникова И.С., Кречагин В.И., Индейкин Е.Н. // Стандарты медицинской помощи, серия "Страхование здоровья: преимущества и недостатки". – М., 1993. – 96 с.

10. Новак В.Л. Стан захворюваності і надання медичної допомоги гематологічним хворим // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 199-202.

11. Новак В.Л., Качоровський Б.В., Орлик В.В. Сучасний стан національної трансфузійної медицини // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 355-360.

12. Новак В.Л. Проблема ВІЛ-інфекції в трансфузіології // Ліки України. – 1999. – № 12. – С. 14-15.

13. Перехрестенко П.М., Ковалкіна Л.О., Федорова Я.І. Стан переробки донорської плазми і забезпеченість препаратами донорської крові населення України // Збірник наукових праць співробіт-

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

ників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 365-368.

14. Перехрестенко П.М., Федорова Я.І., Ларічева Н.І. Служба крові України в 1998 році. МОЗ України, Київський НДІ гематології та переливання крові. – К., 1999. – 20 с.

15. Пономаренко В.М., Нагорная А.М., Степаненко А.В., Корнута Н.А. Создание отраслевых унифицированных стандартов медицинских технологий в Украине // Материалы II Российской конференции руководителей здравоохранения “Медицинские, оздоровительные и реабилитационные технологии. Стандарты. Качество.” – Санкт-Петербург, 1998. – С. 132.

16. Пономаренко В., Нагорна А., Степаненко А., Корнута Н. Стандарти медичних технологій // Український журнал медичної техніки і технології. – 1999. – № 4. – С. 14-16.

17. Руководство по организации службы крови: ВОЗ. Женева: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 146 с.

18. Свирновская Э.Л., Бондаренко В.С. Пути обеспечения продуктов донорской крови в Республике Беларусь // Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: Материалы научн.-практ. конфер., Санкт-Петербург, 6-8 июня 2000 года. – С.-Пб., 2000. – С. 234.

19. Сивак Л.А., Видиборець С.В., Ковалкіна Л.О. та ін. Специфічна та пасивна профілактика вірусного гепатиту В при роботі з кров'ю //

Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 242-247.

20. Степаненко А.В. Создание стандартов технологий лечебно-диагностического процесса стационарной помощи в ЛПУ Украины // Вопросы организации и информации здравоохранения: Аналитико-информатизационный бюллетень. – 1997. – № 4. – С. 25-27.

21. Степанова И.П., Белов Е.В., Селиванов Е.А., Данилова Т.Н. Состояние и актуальные задачи службы крови в России // Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: Материалы научн.-практ. конфер., Санкт-Петербург, 6-8 июня 2000 года. – С.-Пб., 2000. – С. 4-7.

22. Тогунов И.А. Медицинская услуга и методология экспертизы (к вопросу формализации медицинской помощи) // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 1996. – № 4. – С. 18-20.

23. Управление службой крови: ВОЗ. Женева: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1993. – 240 с.

24. Шанин И.А. Теоретические основы стандартизации в медицинской профилактике. – Новосибирск, 1995. – 168 с.

25. Шевченко Ю.А., Жибурт Е.Б. Безопасное переливание крови: Руководство для врачей. – С.-Пб.: Издательство “Питер”, 2000. – 320 с.

26. Шумега І.С. Актуальні питання імунного донорства і їх питома вага в службі крові // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 1999. – Вип.8, кн. 1. – С. 389-391.

УДК 616.(07.07)

АБЕЕАААІ І В ЕЕ²І ²×І ЕӨ АЕНӨЕІ Е²І І А НОАӨӨЕӨ ЕОӨНАӨ
І ААЕ×І ЕӨ АОЏ²А

Н.А. Еі һаі еі

Івано-Франківська державна медична академія

TEACHING CLINICAL SUBJECTS IN SENIOR COURSES
AT MEDICAL SCHOOL

S.V. Kosenko

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

У роботі висвітлюється стандартизована методика викладання клінічної дисципліни з позицій системного аналізу. Методика адаптована до викладання будь-якої клінічної дисципліни, відповідає сучасному рівню викладання при введенні програмного забезпечення, що засноване на ґрунті узагальненої візуалізації.

The article deals with the standardized methods of teaching clinical subjects based on the positions of systemic analysis. The methodics is adopted to any clinical subjects and corresponds to the modern level in introduction of programme ensuring based on general visual foundation.

Вступ. Медицина – це велика і глибоко диференційована галузь наукового знання. У зв'язку з новітніми технологіями, що застосовуються в системі охорони здоров'я, в сучасній медицині відбувається міждисциплінарна інтеграція синтезу теоретичних, експериментальних, клінічних досліджень, а також досліджень у галузі профілактики. Це по-новому ставить питання про підготовку висококваліфікованих лікувальних кадрів нової формації [5].

В Україні планується прийняти рішення щодо розробки Національної програми розвитку наукового та науково-педагогічного потенціалу вищої кваліфікації [3]. Сучасний лікар повинен володіти системним діалектичним мисленням, об'єднуючи знання про різні рівні вивчення хворого. В свою чергу, розвиток медичної науки залежить від підготовки кадрів, здатних робити реформи [1]. Самостійно, шляхом вивчення матеріалів підручника та тестування з боку викладача, надзвичайно рідко студенту вдається систематизувати знання, що отримані на різних кафедрах медичного ВНЗ. Ситуація погіршується, якщо знання є поверхневими або зовсім відсутні з окремих питань. Програми з клінічних дисциплін послідовно розглядають певні тематики, але не висвітлюють узагаль-

нених, стандартизованих проблем, гублячи філософські поняття частини та цілого. Сучасний викладач, спілкуючись із сучасним студентом, не може недооцінювати його знання. Все більше стає студентів, що володіють комп'ютерною технікою, удосконалюють свої знання, відвідуючи комп'ютерні курси. В медичних ВНЗ створюються кафедри, пов'язані з інформатикою [6]. Вже не є таємницею для студентів такі поняття, як “алгоритм”, “блок-схема”, “файл”, “програма”, що десять років тому були зрозумілі не кожному. Тому система вдосконалення сприйняття інформації студентом шляхом узагальненої візуалізації може бути надзвичайно простою при створенні методики стандартизації процесу викладання клінічної дисципліни.

Основна частина. Для підвищення рівня викладання та узагальнення сприйняття інформації, що викладається в програмі вищої школи, нами пропонується розроблена шляхом застосування методу системного аналізу [4] узагальнена схема викладання клінічної дисципліни (схема 1). Мета застосування узагальненої схеми полягає в оптимізації оволодіння клінічним мисленням, в наочності та стислості інформації, в упорядкуванні значення кожної дисципліни, що викладається в медичному ВНЗ.

Організація роботи з пацієнтами з захворюваннями

Історія хвороби

- 1. Екологічні:**
хімічні
фізичні
механічні
біологічні
- 2. Генетичні:**
спадковість
мінливість
- 3. Метаболічні:**
обмін речовин та енергії
- 4. Онтогенетичні:**
розвиток
стабілізація
старіння
- 5. Соціальні:**
відносини між особами
та групами осіб

Класифікація захворювань

- Типові:**
- запалення
 - дистрофія
 - пухлини
 - некроз
 - алергія
 - аномалії розвитку
 - гарячка
 - авітамінози

Клінічні ознаки захворювань

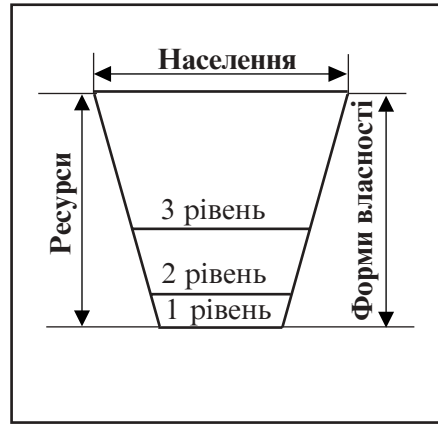
- ознаки запалення
- ущільнення, рихлість
- зменшення маси
- порушення моторики
- додаткові тканини
- нежиттєздатні тканини
- стадії розвитку алергії
- вади
- підвищення температури
- ознаки авітамінозів

Етіологія

Комплексність
етіологічне
патогенетичне
симптоматичне
психотропне

Підхід терапевтичний хірургічний ортопедичний	Заходи і засоби місцеві загальні
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Історія організації роботи



Діагностика

- анамнез
- органолептичні методи
- інструментальні методи
- лабораторні методи
- апаратні методи

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Схема 1.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Вищенаведена схема є алгоритмом клінічного мислення. Щоб використовувати її в своїх професійних умінь та навичках, потрібна систематизація теоретичних знань. Алгоритм складається з блоків інформації, що поділяються на: етіологічні фактори (причини), патологічні процеси, симптоматичні прояви, діагностику, профілактику та лікування. Вони пов'язані між собою, що вказано стрілками на схемі. Візуалізація клінічного мислення, підкріплена слуховим аналізатором (інформацією з боку викладача), спонукає студента самостійно знаходити “білі плями” в дисциплінах, що вивчалися попередньо.

Використовуючи систему викладання, шляхом застосування дидактичних принципів та правил навчання, викладачу легко направити студента на шлях поповнення інформації того або іншого блоку при розгляданні конкретної тематики вивчення клінічних дисциплін. Візуалізація інформації показує наочно “скільки” треба знати, щоб робота лікаря перетворилася на творчу працю і не зводилася до банального фельдшеризму. Кожне слово (поняття) в узагальненій схемі викладання клінічної дисципліни є конкретним інформативним джерелом, тобто чітко простежується специфіка схеми – її узагальненість і, разом з тим, конкретність. Візуалізація клінічного мислення здатна створити в свідомості студентів, що вивчають клінічні дисципліни, чіткі уявлення про предмет, допомагає навчити узагальнювати свої знання, спонукає осмислити закономірні зв'язки між явищами. Схема спонукає надавати аналіз хворобі за рівнями абстракції: хвороба як філософське узагальнення (IV ступінь); хвороба як типовий патологічний процес (III ступінь); хвороба як патологічна одиниця (II ступінь); хвороба у даного індивідуума – діагноз (I ступінь), що прийнято в патфізіології [2].

Таке поняття, як соціальні причини захворювань при наявності візуалізації в схемі, має нагадувати студенту про різницю між біологіч-

ним та соціальним еством людини. Користуючись схемою, студент може додати в блоки схеми інші поняття або файли інформації. Наприклад: поняття карієсу як нетиповий патологічний процес додається в блок “патологічні процеси”; його прояви – в блок “симптоматичні прояви”. Студент, що вивчає дерматовенерологію, в блок “симптоматичних проявів” може додати поняття про первинні та вторинні елементи ураження. Таке використання схеми є творчою працею, де шляхом осмислення слід самостійно досягти зорового сприйняття в певному місці схеми певного поняття, яке сприймається як файл текстової інформації.

Компетентний викладач може акцентувати увагу на етичних та юридичних нормах поведінки лікаря; зв'язок блоку лікування з блоком причини показує готовність лікаря нести відповідальність за набуті навички, уміння та виконання етичних норм стилю поведінки.

Таким чином, застосування візуалізованої схеми клінічного мислення на практиці викладання клінічної дисципліни спонукає студента до оптимізації розумового осмислення, а саме: порівняння, аналізу, синтезу, абстрагування, конкретизації, узагальнення та деонтології.

Висновки. Узагальнена схема викладання клінічної дисципліни:

1. Сприяє оптимізації процесу оволодіння клінічним мисленням.
2. Дозволяє наочно показати значимість кожної дисципліни, що викладається в медичному ВНЗ.
3. Дозволяє наочно показати причинно-наслідкові зв'язки.
4. Сприяє самостійному визначенню студентом “білих плям” у системі особистих знань про клінічну дисципліну.
5. Спонукає студента до поповнення систематизованих знань із клінічної дисципліни.
6. Визначає готовність майбутнього лікаря нести професійну, етичну та юридичну відповідальність.

Література

1. Масний З.П. Проблеми педагогіки медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 12-14.

2. Патологическая физиология / Под ред. чл.-корр. АМН СССР Н.Н. Зайко. Издание второе. – Киев: Вища школа, 1985. – 576 с.

3. Скопенко В.В. Забезпечуючи високий рівень атестації, стимулювати розвиток наукових шкіл (з виступу В.В. Скопенка на регіональній нараді з питань атестації наукових і науково-педагогічних кадрів 26 жовтня 1999 р. в м. Києві) // Бюл. ВАК України. – 1999. – № 6. – С. 4-10.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

4. Славин М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.

5. Фролов И.Т., Жирнов В.Д., Лисицын Ю.П. и др. Философские проблемы биологии и медицины // БМЭ. Изд. 3. – 1988. – 29. – С. 21-59.

6. Шумлянський І.В., Ільницька Л.А., Сойкевич А.І., Боднар Н.В. Організація вивчення комп'ютерних технологій та медичної інформатики на кафедрі діагностики і медичної інформатики ФПО // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 42-43.

УДК 616.825.1

І Т А² ОІ ДІ È І АА×АЕЇІ Т - ДІ АІ ОÈ А НÈÑОАІ ²
І ААÑАÑÒБÈІ НУЕІ - Т ÑА²ОÈ

Д.². Ñèäî ð÷óê

Училище Буковинської державної медичної академії

**NEW FORMS AND METHODS OF TUTORIAL WORK IN NURSING
EDUCATION**

R.I. Sydorhuk

Bucovinian State Medical Academy College

Враховуючи потреби сучасної медицини, спостерігаємо суттєву структуру перебудови медичної освіти. Впровадження нових стандартів освіти вимагає адекватних змін методології викладання більшості предметів, у тому числі у ВНЗ сестринського спрямування. У статті висвітлено досвід викладання хірургії та основ реаніматології в училищі Буковинської державної медичної академії, дано оцінку деяких дидактичних методик.

Significant structural reconstruction of medical education is observed due to requirements of the modern health care. Inculcation of new educational standards demand an adequate changes of methodology in teaching of majority of subjects including higher educational institutions of nursing. The article lightens tutorial experience in surgery and basic resuscitation in College of Bucovinian State Medical Academy, evaluates several didactical methods.

Вступ. Зміни в системі підготовки медичних спеціалістів середньої ланки вимагають впровадження у дидактичну практику сучасних форм і методів навчання, часом нетрадиційних та неоднозначних, корінної перебудови навчального процесу та діяльності викладача [1]. Така система забезпечує формування знань, вмінь та навичок шляхом залучення студентів до активної пізнавальної діяльності. Активність їх проявляється у самостійному пошуку засобів і методів вирішення поставленої проблеми [2]. Це дозволяє їм відійти від стереотипності, стандартності мислення, розвиває прагнення до отримання знань.

Основна частина. Активні методи навчання використовуємо на різних етапах: при первинному оволодінні знаннями, при осмисленні та вдосконаленні знань, при формуванні навичок та вмінь. На першому етапі передбачаємо проблемну лекцію, навчальну дискусію, самостійну роботу з підручником, навчальною програмою, методичними розробками. Для осмислення знань, їх систематизації, формування вмінь використовуємо такі методи, як розв'язання ситуаційних та клінічних задач, аналіз виробничих ситуацій, ділові ігри.

Постійне оновлення та поповнення знань стає однією з важливих сторін професійної діяльності майбутніх медичних працівників, зокрема медсестер, фельдшерів та акушерок. Для цього абсолютно необхідним є формування навичок самонавчання та самовдосконалення. Ці якості набуваються при організації самостійної роботи як елемента навчального процесу. Організуючи самостійну роботу, домагаємось, щоб вона відповідала принципам розвиваючого навчання. Тому запитання, які ставимо студентам, покликані сприяти обмірковуванню отриманих знань.

У навчальному процесі широко використовуємо ділові ігри, які впроваджуємо для тренування, розвитку творчого мислення, формування практичних навичок та вмінь.

Досвід роботи свідчить про те, що ігрові методи навчання, особливо у ВНЗ I-II рівнів акредитації (медичне училище, коледж), сприяють більш швидкому та якісному засвоєнню знань та вмінь студентами і закріпленню професійних навичок за короткий проміжок часу, створюють певний емоційний фон, що дає змогу виховувати у майбутніх медичних працівників почуття професійного обов'язку та професійної відповідальності.

ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

Особливо ефективним є, на нашу думку, проведення ролевої гри при вивченні та опрацюванні тем, що стосуються надання невідкладної допомоги (курс хірургічних хвороб та основ реаніматології). Метою таких занять є відпрацювання техніко-тактичних навичок у роботі середнього медичного працівника в критичній ситуації, яку неможливо продемонструвати на занятті.

Залежно від теми і мети заняття, характеру навчального матеріалу, конкретних дидактичних завдань, які ставить перед собою викладач, обираються і відповідні форми їх організації та проведення.

Складовою частиною лекційного заняття може стати навчальна дискусія, яка дозволяє викладачу висловити різні погляди на проблему, обговорити різні наукові позиції, студентам вибрати та обґрунтувати свою позицію, сформулювати нові поняття, висновки та правила.

Заняття у формі лекції-консультації прово-

дять, коли тема має суто практичний характер. Після короткого викладу основних питань теми студенти ставлять викладачу запитання. Відповідям на них можна відводити до 50 % навчального часу. В кінці заняття проводять невелику дискусію - вільний обмін поглядами, який резюмує викладач.

Висновки. Активізація навчальної роботи дає можливість проводити майже всі теоретичні заняття лекційно-семінарським методом, урізноманітнити методику проведення занять, збагатити досвід роботи викладачів, що у свою чергу, сприяє підвищенню педагогічної майстерності, зацікавленості.

Таким чином, усі форми організації навчальної роботи підпорядковуємо основній меті - проведенню систематичної цілеспрямованої роботи щодо впровадження нових форм та методів навчання, що забезпечують високоякісну підготовку медичних спеціалістів середньої ланки.

Література

1. Вороненко Ю. Медсестринство в Україні: сьогодення і перспективи розвитку // Медсестринська освіта в Україні: Матеріали наради з питань реформування медсестринської освіти в Україні. - Чернівці, 1998. - С. 2-3.

2. Сокол А.М., Трефаненко О.І., Хилько І.М. Робота з хворим ~ основа клінічної підготовки // Шляхи оптимізації навчально-методичної роботи: Тези доп. Підсумк. конф. БДМА. - Чернівці, 1998. - С. 45-46.

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

УДК 616-036.2(075.8)

І .А. АІ АДАЕХЕІ , А.Н. ЕТІ ХА. АІ ААІ АІ ЕТ А²В: І АДОХІ ЕЕ. – ОАДІ ТІ АЕУ: ОЕДІ ААЕІ ЕАА, 2000. – 382 Н.

Видання сучасних україномовних підручників є завжди очікуваною і бажаною подією. Саме такою приємною несподіванкою для медичного загалу стала нещодавно видана книга проф. М.А. Андрейчина та доц. В.С. Копчі “Епідеміологія”. Вона базується на новітніх даних медицини і досвіді організації санітарно-протиепідемічної роботи в теперішніх соціально-економічних умовах. Матеріал розкрито доступно для сприйняття студентами медичних училищ і коледжів.

Підручник складається з двох частин – загальної та спеціальної епідеміології, – які тісно пов’язані. Вступ вводить читача у світ епідеміології, розкриваючи її загальні поняття та основні етапи розвитку, знайомить з видатними вченими, завдяки яким людство отримало ефективні методи боротьби з інфекційними хворобами.

У загальній частині на сучасному рівні охарактеризовано епідемічний процес, епідемічний осередок і природну осередковість, розкрито вплив соціальних і природних факторів на розповсюдження інфекційних хвороб. Автори наводять раціональну класифікацію інфекційних хвороб за Л.В. Громашевським.

Детально описано основні засади санітарно-епідеміологічної служби в Україні, розкрито загальні принципи профілактики інфекції. Майбутній середній медичний працівник може отримати основну інформацію про організацію заходів, спрямованих на нейтралізацію джерела збудника, переривання механізму передачі та способи вироблення несприйнятливості організму людини. Наведено ряд документів, які ведуться в медичних установах: “Термінове повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре, професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення”, “Журнал реєстрації інфекційних захворювань”, “Журнал обліку

інфекційних хвороб”, “Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів”, “Карта епідемічного обстеження осередку інфекційної хвороби”, “Карта профілактичних щеплень” та ін. Під час розгляду заходів, спрямованих на нейтралізацію джерела інфекції, акцентується увага на своєчасній ізоляції хворих і повноцінному виявленні заразювачів.

Розкриваючи заходи для переривання механізму передачі інфекції, автори детально описують основні способи дезінфекції, стерилізації, дезінсекції та дератизації, стисло характеризують багато дезінфекційних засобів, пристосувань, апаратів та установок для дезінфекції, дератизації та дезінсекції.

У підручнику наведено схеми специфічної активної та пасивної профілактики, календар планових профілактичних щеплень, затверджений МОЗ України.

У розділі “Спеціальна епідеміологія” автори наводять основні нозологічні форми інфекційних хвороб, групуючи їх згідно з класифікацією Л.В. Громашевського, що позбавляє зайвої деталізації та сприяє легшому засвоєнню студентами великої кількості тем, передбачених програмою.

Кожна нозологічна форма розглядається із сучасних позицій – висвітлюється її актуальність у нашій країні, наводяться дані про етіологію та епідеміологію, сучасні особливості епідемічного процесу, описуються методи епідемічного обстеження, протиепідемічні заходи та специфічна профілактика. До найбільш важливих тем подано матеріали до практичних занять, які містять такі частини: матеріальне оснащення, необхідне для засвоєння теми, методика та короткий його зміст, питання для самостійної роботи, ситуаційні задачі. Особлива увага надається детальному викладу функціональних обов’язків працівників санітарно-епідеміологічної служби, об’єму їх профілактичної та протиепідемічної роботи, правилам оформлення звітної документації. Краще зорієнтуватися у специфіці практичної

ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ

роботи середнього медперсоналу дозволяють алгоритми виконання тієї чи іншої маніпуляції, в яких лаконічно та доступно викладено послідовність дій та очікуваний результат.

На нашу думку, поєднання розгляду теоретичного матеріалу та необхідних практичних навичок під час вивчення кожної інфекційної хвороби, а також наведення останніх вимог до спостереження за декретованими групами населення, порядку обстеження дітей у дитячих закладах на педикульоз, коросту і гельмінтози, графіка профілактичної флюорографії, основних протиепідемічних заходів при особливо небезпечних інфекціях сприятиме кращому засвоєнню студентами необхідних знань для їх подальшої практичної роботи.

Позитивним методом є виділення авторами в окремий розділ внутрішньошпитальних інфекцій, оскільки вони мають тенденцію до зростання, що завдає значної шкоди здоров'ю людей, ускладнює лікувальний процес, а також призводить до великих економічних збитків. У цьому ж розділі детально висвітлено санітарно-протиепідемічний режим лікарні та поліклініки, а також організацію протиепідемічної роботи фельдшерсько-акушерського пункту.

Важливу інформацію практикуючі епідеміологи, викладачі та студенти отримують з розділу, присвяченого опису епідемічних наслідків стихійних лих і шляхів їх ліквідації, організації протиепідемічних заходів у військах у мирний і воєнний час, розгляду основних понять про бактеріологічну зброю. Цей розділ є особливо цінним з огляду на відсутність сучасних підручників з військової епідеміології для медичних навчальних закладів.

Підручник містить 53 малюнки та чимало схем і форм професійної документації, ряд таблиць, що полегшує сприйняття й засвоєння матеріалу читачами.

На нашу думку, варто виділити й деякі зауваження і побажання.

1. Вимоги до медичного персоналу та правила його роботи варто було б виділити шрифтом, відмінним від основного, що привертало б увагу читача.

2. Доцільними були б короткі відповіді до ситуаційних задач наприкінці підручника.

Підручник цілком відповідає програмі, затвердженій МОЗ України, й обґрунтовано рекомендується ЦМК Міністерства для студентів медичних навчальних закладів I і II рівнів акредитації.

Професор кафедри мікробіології Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського С.І. Климнюк