

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вищий державний навчальний заклад України
«УКРАЇНЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»



**ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ
У ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ КАДРІВ
(частина I)**

(Матеріали навчально-методичної конференції)

Полтава – 2010

ному вирішенню. Це потребує звернення до іншої людини, залучення її до співпраці. Вихідний пункт у технології розвинутої кооперації щільно пов'язаний із конструюванням кожним учасником спільної діяльності. Потреба в перетворенні форм кооперативної діяльності виникає за рахунок необхідності в узагальненні та обміні власними знаннями, вміння отримувати інтегративні результати навчальної роботи. У технології розвинутої кооперації поставання проблем, планування, виконання практичних завдань та рефлексивно – оціночні дії виконуються самим студентом, тобто він сам стає суб'єктом власної навчальної діяльності.

Ураховуючи вищенаведене, підкреслимо, що медична освіта – це, по-перше, освіта, заснована на інтеграції медичних, психолого – педагогічних та інших знань про людину, особливостях розвитку організму на різних етапах і періодах життєдіяльності, фізіологічних станах; по-друге, процес формування особливості спеціаліста, який буде здатен до ефективної самореалізації в системі практичної та педагогічної діяльності, здійснення різних компонентів навчального процесу; по-третє, система інтегрованих психолого – педагогічних та медичних компетентностей та компетенцій. Професійна підготовка спеціаліста з медичною освітою – багаторівнева підготовка, яка має конкретні, практично – орієнтовані цілі формування медичної та медико – педагогічної компетентності спеціаліста та багатоступеневу форму організації навчання. Підхід до підготовки медичних кадрів – інтегрований підхід, який узагальнює в собі сукупність медичних, психолого – педагогічних способів та прийомів, що базуються на інтегративності мислення спеціаліста, спрямовані на вивчення здоров'я людини як індивіда та розвитку його як особистості в процесі отримання освіти, професійного самовизначення та готовності до професійної діяльності. Зважаючи на це, технологія підготовки медичних кадрів – це сукупність упорядкованих організаційно – педагогічних та технологічних дій, які спрямовані на розвиток соціально – професійно цінних орієнтацій особистості, інтеграцію змісту професійної медичної освіти з іншими професіями, формування медико – педагогічних компетентностей. Розглядаючи зміст медичної освіти, технологію підготовки медичних кадрів слід розглядати як сукупність упорядкованих організаційно – педагогічних дій, які побудовані на основі принципів, умов, зв'язків у змісті навчальних програм, що дозволяє визначити ефективність формування професійної та психологічної компетентності в спеціалістів із медичною освітою. Реалізація технології можлива та цілеспрямована, якщо вона буде побудована на принципах дидактики, формах і методах навчання.

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Дудченко М.А., Новак О.В., Кітура О.Є., Червко О.А.

Вивчення терапії класичним методом, напрацьоване в нашій країні більш ніж за 150 років, та за Болонським процесом, яке проводиться для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації за наскрізною навчальною програмою, мають суттєві розбіжності. Сам перехід від класичного методу навчання до сучасного досить складний.

Класичне вивчення внутрішніх хвороб, запропоноване ще М.І.Пироговим, дало цілу галерею лікарів, науковців, педагогів високої кваліфікації, що дозволило підвищити рівень медичної практики в нашій країні, а профілактичний напрямок - до найвищого у світі. Це дало можливість практикуючим лікарям та медикам-науковцям працювати за фахом у всіх країнах світу. Безумовно, цьому сприяли і соціальні умови, що були протягом десятиріч у країні.

Суть класичної медичної освіти полягала в триступеневій системі: пропедевтика внутрішніх хвороб, факультетська терапія і госпітальна терапія. Кожна з терапевтичних кафедр ставила перед собою конкретні завдання.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб давала знання з діагностики, спеціальної терапії і практики на рівні середніх медичних працівників, що давало право студентам працювати в лікувальних закладах на посадах медичних сестер і фельдшерів із закріпленням теоретичних знань і практичних навичок першого ступеня в практичній підготовці лікаря.

На кафедрі факультетської терапії студенти вивчали класичну картину найпоширеніших хвороб. При цьому в процесі вивчення етіології, патогенезу та індивідуального комплексного лікування закріплювалися методи діагностики, розвивалося клінічне мис-

лення. Після закінчення навчання студенти складали іспит і проходили практику субординаторів у стаціонарах і при цьому збагачувалися досвідом та вміннями працювати в практичній медицині.

На кафедрі госпітальної терапії студенти повторювали класичні варіанти перебігу хвороб та вивчали їхні різні варіанти прояву, стадії перебігу, ускладнення і комплексну терапію з індивідуальними підходами до хворого, показаннями, протипоказаннями та побічними ефектами лікарських засобів. Наприкінці навчання студенти складали іспит та проходили лікарську практику в медичних закладах із диференційованим заліком.

На VI курсі був впроваджений цикловий метод навчання з перебуванням студентів у клініці протягом 4-5 год та двогодинним читанням лекцій. Теоретична частина вивчення клініки визначалася проведенням тематичних семінарів із певних тем диференційованої діагностики, з розглядом патогенезу хвороб та патогенетичної терапії. Кожний студент проводив курацію хворих із визначених тем, заповнював медичну документацію (медичні картки, історії хвороби) від моменту надходження хворого до його виписки. Протягом навчання студенти працювали в діагностичних кабінетах (переважно зі своїми хворими). У кінці VI курсу студенти складали державний іспит, отримували диплом лікаря і йшли відповідно до розподілу на постійну лікарську роботу.

Унаслідок технічної революції відбувається швидкий і значний розвиток науки та накопичення інформації, медичної диференціації. Засвоїти в повному обсязі матеріал, що накопичується, в рамках попередніх навчальних програм протягом 6 років навчання стало практично неможливо. Виникла необхідність галузевої спеціалізації, що змусило продовжити строк навчання на 2-3 роки під назвою «інтернатура» з певним напрямком спеціалізації з терапії, хірургії, акушер-гінекології та інших спеціальностей. Тільки після складання іспиту та отримання сертифіката лікар мав право розпочинати самостійну практику. Нині обговорюється питання про сімейну медицину як окрему спеціальність.

З переходом на організацію навчального процесу за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу змінився весь принцип підготовки фахівців, хоча мета наскрізної навчальної програми для студентів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації залишається колишньою – підготовка лікарів високої кваліфікації.

Навчання за вищевказаною системою здійснюється впродовж 6 років, із них перші 5 років – за єдиним навчальним планом, а на VI курсі відбувається профілізація відповідно до напрямку підготовки.

Внутрішня медицина як навчальна дисципліна ґрунтується безпосередньо на засвоєнні студентами пропедевтики внутрішньої медицини, пропедевтики педіатрії, загальної хірургії та інших базових дисциплін, які вивчаються на попередніх курсах та інтегруються з цими дисциплінами. У той же час, вона закладає фундамент для засвоєння студентами знань із профільних клінічних професійно-практичних дисциплін, формуючи вміння застосовувати знання з патології внутрішніх органів у процесі подальшого навчання.

Програма з внутрішньої медицини на IV та V курсах передбачає вивчення основ внутрішньої медицини за основними її розділами (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, кардіологія, ревматологія, нефрологія, професійні хвороби, загальні питання внутрішньої медицини), при цьому наголос робиться на вивченні етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування і профілактики основних та найпоширеніших хвороб внутрішніх органів.

Викладання основ внутрішньої медицини проводиться у вигляді ротації змістових модулів. У основі методики цього процесу лежить ознайомлення студентів із різними аспектами медицини дорослих. Акцент робиться на навичках збору анамнезу, проведення фізикального обстеження та диференційованої діагностики окремих клінічних проявів хвороб. Студенти беруть участь у діагностично-лікувальному процесі амбулаторних (переважно) та стаціонарних пацієнтів. Також передбачено ознайомлення з процедурами, що найчастіше зустрічаються в практиці внутрішньої медицини.

На VI курсі студенти вивчають сучасну практику внутрішньої медицини шляхом курації хворих (переважно госпіталізованих) з основними симптомами та синдромами, різноманітним клінічним перебігом хвороб та їх ускладненнями, використовуючи чинні стандарти діагностики та лікування хвороби, а також невідкладних станів.

Крім аудиторних занять, у навчальному плані 30 % складає самостійна та індивідуальна робота студентів, яка охоплює опрацювання тем, що не входять до плану аудиторних занять, роботу студентів у відділеннях клінічних баз кафедр, у тому числі в лабораторіях та кабінетах функціональної діагностики; опанування практичними навичками за допомогою фантомів та роботи з хворими; роботу в комп'ютерному класі при підгото-

вці до тестового контролю «Крок-2». Викладачі та допоміжний персонал кафедри забезпечують можливість здійснювати самостійну роботу студентів.

Отже, мають місце 2 навчальні програми підготовки з внутрішньої медицини, різні, але зі спільною метою – підготовка лікарів високої кваліфікації. Різниця в навчанні студентів медичної спеціальності за вказаними програмами обумовлена переважно двома факторами. По-перше – матеріальними умовами навчальних баз, по-друге – для якої категорії населення проводиться підготовка лікарів.

Якщо модульна система Болонського процесу в підготовці лікарів обумовлена базовою структурою клініки ВНЗ, забезпеченою необхідними технічними засобами і підготовленим для навчального процесу допоміжним персоналом, достатньою кількістю хворих, муляжів і т.п., то наші медичні ВНЗ нічого з переліченого не мають і функціонують на лікувальних базах органів охорони здоров'я на гуманітарній основі згідно з угодами на правах орендарів тільки без оплати за приміщення, медичного обладнання і співробітників допоміжних служб.

Щодо цільового спрямування підготовки лікарів-спеціалістів, то основним орієнтиром роботи наших випускників є сильський сімейний лікар, у той час як Болонська система передбачає самостійне працювання в будь-якій державі на будь-якому місці та посаді, що і визначає мотивацію в навчальному процесі. Тут студент розуміє, що рівень матеріального забезпечення залежить від глибини медичних знань та професіоналізму. В нашій країні в найближчому майбутньому доля студента відома – втримати диплом, із яким можна працювати лікарем, переважно за направленням, за низького матеріального забезпечення або просто бути безробітним.

Виробнича практика, яка відсутня в програмі Болонського процесу, в наших умовах, навіть за цього сучасного методу навчальної програми, вкрай необхідна. Метою медичної практики є перевірка і закріплення навичок, які студенти отримали при вивченні теоретичних дисциплін; навичок діагностики спеціальної патології внутрішніх органів, поглиблення і вдосконалення практичних навичок, опанованих під час навчання у ВНЗ; ознайомлення з організацією й умовами роботи лікаря-терапевта в районному центрі та в селі; ознайомлення з основами організації охорони здоров'я та протиепідемічної служби; закріплення практичних навичок санітарно-освітньої роботи; ознайомлення з питаннями організації спеціалізованої і невідкладної допомоги хворим на терапевтичній хвороби, з питаннями диспансеризації і реабілітації терапевтичних хворих.

Основним етапом виробничої практики є самостійна робота студентів під керівництвом базового керівника (завідуюча відділення): курація хворих, робота в маніпуляційній, у кабінетах функціональної діагностики, ендоскопії, рентгенологічного обстеження, фізіотерапії, в лабораторії.

Маючи широкий діапазон навчальних програм і педагогічний досвід, а також зміни з урахуванням програми (16 %) і можливість ротаций змістових модулів за бажанням, є можливість, не порушуючи загального Болонського принципу навчальної програми, поліпшити якість підготовки лікарів у наявних умовах найближчих і віддалених перспектив. До них належать:

створення Полтавської академічної обласної клінічної лікарні з організацією в ній академічних клінік із відповідним сучасним обладнанням;

ураховуючи те, що за захворюваністю серед населення на першому місці стоять хвороби дихальної системи, а за смертністю – серцево-судинні хвороби, то в порядку ротатії перемістити на IV курс змістові модулі з кардіології, пульмонології, гастроентерології, а на V курс – з ендокринології, ревматології, нефрології, гематології, що дасть можливість проводити наприкінці навчального року виробничу практику (після закінчення IV курсу - лікарську в стаціонарі, після закінчення V курсу – лікарську в поліклініці);

у кінці кожного модуля останні 2-3 дні заняття проводити в поліклініках із вивченням найлегших тем;

останніми роками, коли виявлено багато шкідливих дій лікарських препаратів, коли швидкими темпами розвивається перспективний напрямок у медицині – медична реабілітація, різко зріс інтерес до використання природних та штучних факторів як у традиційному лікуванні, так і у відновній терапії. Вивчено багато нових фізичних факторів, розроблені ефективніші методи фізіотерапії, створені вдосконалені фізіотерапевтичні апарати, але багато лікарів різних спеціальностей недостатньо ознайомлені із засобами і можливостями фізичних методів профілактики, лікування та медичної реабілітації. При цьому в навчальній про-

грамі за Болонським процесом відсутнє вивчення питань фізіотерапії та реабілітації. Тому вважаємо за необхідне введення в навчальну програму модулів із вивчення питань загальної та спеціальної фізіотерапії;

- у кожному блоці модуля після завершення вивчення окремої системи проводити диференційований залік, у якому відображати питання нозологічних форм, що вивчалися, обґрунтовувати діагноз хворого, який був на курсації, розв'язувати задачі типу «Крок 2»;
- створити умови в клініках для роботи студентів із хворими, виконання медичних процедур, запису ЕКГ, надання невідкладної медичної допомоги в умовах реанімаційного відділення;
- на практичних заняттях щоденно у формі самостійної роботи проводити курсацію одного хворого, виділивши для цього 30 хв;
- на кафедрах створити міні-діагностичні кабінети, де студенти мали б можливість працювати з муляжами, проводити клінічні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, глюкоза крові та ін.), записувати і розшифровувати ЕКГ;
- у процесі диференційованої діагностики повторювати патогенез і клініку тих хвороб, що вивчалися на попередніх модулях.

Отже, якщо врахувати запропоновані нами варіанти корекції модульної системи в навчальному процесі, є можливість покращити підготовку лікарів високої кваліфікації в наших ВНЗ.

СТВОРЕННЯ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАЛЬНО-ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПРИ ВИВЧЕННІ РОЗДІЛУ «ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ»

Бейгорн Т.Ю., Бутович М.І., Коломієць С.В.

Післядипломне медичне навчання за критеріями Всесвітньої федерації медичної освіти є другим обов'язковим і формалізованим етапом професійного становлення лікарів. Саме в інтернатурі лікарі-інтерни набувають професійної здатності та юридичного підтвердження для проведення самостійної практики після отримання своєї основної медичної кваліфікації. Згідно зі статтею 47 Закону України «Про освіту» післядипломна підготовка лікаря-спеціаліста має забезпечувати отримання кваліфікації на базі освітньо-професійної програми за рахунок поглиблення та розширення професійних знань і вмінь із метою підвищення якості надання медичної допомоги. Тому на першому етапі отримання післядипломної освіти головне не тільки не розгубити інформацію, отриману на попередньому фундаментальному етапі, а і навчитися формувати інтегроване клінічне мислення відповідно до кожної конкретної ситуації під час прийому пацієнтів. Сформоване при цьому теоретико-практичне мислення дозволяє лікарям-інтернам адаптуватися до професійної діяльності та сприяє більш легкому засвоєнню необхідних умінь і навичок. Але найбільш ефективні методи навчання засновані на принципах проблемності, мотивації активної навчально-пізнавальної діяльності, забезпечення найбільшої адекватності характеру її майбутньої професійно-творчої діяльності.

Для створення індивідуально-орієнтованого підходу до суб'єктів навчання – лікарів-інтернів, що є складовою інноваційного навчання, треба враховувати цільову орієнтацію інтернів-стоматологів, тематичну специфіку кожного розділу стоматології, здійснювати інформатизацію та диференціацію навчання.

Формування стійкої мотивації до подальшого професійного зростання лікарів-інтернів починається на практичному занятті з розділу «Ортопедична стоматологія» при проведенні контролю початкового рівня знань із обговорюваної теми, здійснюваного за допомогою інтегрованих тестових завдань у групах по 5-6 осіб: письмово, усно або на комп'ютері. Початковий рівень знань дозволяє виявити і застосування ситуаційних завдань на контрольні-діагностичних моделях щелеп пацієнтів. Далі обговорюються алгоритм діагностики, сучасні методи лікування і профілактики досліджуваної патології. Наступний етап заняття – освоєння сучасних методів діагностики, лікування стоматологічних хворих та технологій виготовлення ортопедичних конструкцій - проводиться на прийомі пацієнтів, підібраних за темою заняття. Лікарі-інтерни зацікавлено засвоюють послідовність і техніку виконання необхідних маніпуляцій для здійснення плану лікування в присутності викладача. Мануальні навички активно вдосконалюють на наступних практичних заняттях. Активізація навчально-пізнавальної діяльності лікарів-стоматологів