

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ
З ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»
ДО «ЦЕНТР ТЕСТУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ З
ВИЩОЮ ОСВІТОЮ НАПРЯМІВ ПІДГОТОВКИ «МЕДИЦИНА» І «ФАРМАЦІЯ»
ПРИ МІНІСТЕРСТВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

МАТЕРІАЛИ

**XV Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

**(з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України
за допомогою відеоконференц-зв'язку)**

*17–18 травня 2018 року
м. Тернопіль*

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2018

Література

1. Артюменко В. В. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В. В. Артюменко, С. С. Семченко, О. С. Єгоренко [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 6. – С.67-75.
2. Потапов В. А. Опыт фантомно-симуляционного обучения студентов по дисциплине «акушерство и гинекология» / В. А. Потапов, Ю. В. Донская, М. В. Медведев, А. П. Петулько // Медична інформатика та інженерія. – 2015. – №4. – С.59-62.
3. Heitz C. Large group high-fidelity simulation enhances medical student learning / C. Heitz, A. Brown, J. E. Johnson, Бю Ею Fitch // Med. Teacher – 2009. – Vol. 31(5). – P. 206-210.
4. Сван О. Б. Особливості викладання дисципліни «Домедична допомога в екстремальних ситуаціях» іноземним студентам / О. Б. Сван // Медична освіта. – 2015. – № 3. – С. 76-78.

References

1. Artomenko V.V. Symuliatsiine navchannia v medytsyni: mizhnarodnyi ta vitchyzniani dosvid / V.V. Artomenko, S.S. Semchenko, O.S. Yehorenko [ta in.] // Odeskyi medychnyi zhurnal. – 2015. – № 6. – S.67-75.
2. Potapov V.A., Опыт fantomno-symuliatsyonnoho obuchenya studentov po dystsyplyne «akusherstvo y hynekolohyia» / V.A. Potapov, Yu. V. Donskaia, M.V. Medvedev, A.P. Petulko // Medychna informatyka ta inzheneriia. – 2015. - №4. – S.59-62.
3. Heitz C., Brown A., Johnson J.E., Fitch M.T. Large group high-fidelity simulation enhances medical student learning. Med. Teacher 2009; 31(5):206-210.
4. Svan O. B. Osoblyvosti vykladannia dystsypliny «Domedychna dopomoha v ekstremalnykh sytuatsiakh» inozemnym studentam / O. B. Svan // Medychna osvita. – 2015. – № 3. – S. 76-78.

ЕКСПРЕС-ОПИТУВАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ КОНТРОЛЮ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА.

Голубовська О.А., Шкурба А.В., Н Митус. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Вступ. Програма опанування будь-якою навчальною дисципліною розділена на аудиторні та позааудиторні (самостійна робота студентів або СРС) години навчання. Причому, згідно вимог чинної типової програми з дисципліни «Інфекційні хвороби», саме на СРС виділено більше годин, ніж на роботу з викладачем в аудиторії (лекції, практичні заняття). Тому саме ефективні елементи контролю виконання СРС дають змогу об'єктивно оцінити надбання, отримані студентом під час її виконання.

Основна частина. Для вирішення питання контролю ефективності СРС нами були розроблені стандартні набори питань до кожної теми практичного заняття і проводилося опитування серед представників цільової аудиторії - студентів, що за розкладом занять мали цикл з нашої дисципліни.

Набір у кількості 10 питань для швидкого чи експрес-опитування складався переважно з відкритих питань, де немає жодних обмежень для вибору, тобто відповідь не спланована заздалегідь (на відміну, у закритому питанні позиції вибору перераховані). Студент сам фіксує ймовірну позицію вибору, а викладач лише вказує область пошуку. Серед переліку запропонованих питань в експрес-анкеті часом могли бути і закриті питання - прості альтернативні, де студент робить вибір між відповідями «так» і «ні», або питання-меню, де з кількох неальтернативних варіантів можна визначити кілька, або ж альтернативні багатоваріантні питання.

Серед переваг експрес-методу варто відмітити обмежений інструментарій і стислість терміну для його проведення та швидкість отримання великого масиву кількісної інформації без розв'язання фундаментальних наукових цілей, однак з-за обмеженості анкети, в т.ч. і часової, була необхідність відмовитися від низки запитань, що потребували розгорнутої відповіді. Тим не менше, цей метод дає можливість отримати інформацію про вже вивчений об'єкт і надає викладачу необхідні дані в певний момент.

Варто також наголосити, що після вивчення кожної теми розділ підручника закінчується переліком запитань

для самоконтролю відкритого чи закритого типу, але студенти в більшості, як показує наше опитування, не схильні до самоконтролю.

То ж, надаючи респонденту перелік питань, ми намагалися їх чітко і послідовно сформулювати, взаємно пов'язати, щоб між ними не було протиріч і у сукупності було досягнуто вичерпності теми. І, якщо викладач намагався досягти ясності, конкретності і інформативності у поставлених питаннях, щоби студент-респондент міг, оперуючи отриманою інформацією, на них відповісти, то поняття «зрозумілості чи незрозумілості» питання респондентом змушувало викладача відкоригувати частину запитань. Також хочеться наголосити, що при створенні банку запитань для студентів, яких готують як лікарів загальної практики, а не спеціалістів в певній галузі медицини, мають враховуватися ці моменти, тобто студент має розуміти матеріал, що вивчає, в межах набуття «загальної кваліфікації».

Оцінюючи результати анкетування за темами, чітко прослідковувалася посередня підготовленість студентів з базових дисциплін, невміння виокремити ключові симптоми захворювання і розташувати їх у часі виявлення, незнання способів надання невідкладної допомоги, але і їх наполегливість у подоланні виявлених недоліків. Окремим пунктом хочеться наголосити на інформаційній перевантаженості певних тем, що спонукає викладачів як до структуризації матеріалу для вивчення, так і до перегляду наповненості робочих програм з дисципліни.

Висновки. Якісна анкета для експрес-опитування студентів щодо контролю СРС є результатом трудомісткого процесу як з боку викладача, так і з боку студента за принципом замкненого кола. Зрозумілі і конкретні запитання, що дають можливість швидко отримати зріз знань по певній темі, з одного боку дають можливість оцінити поза аудиторну роботу студента, а з іншого виокремити розділи теми, на детальнішому розгляді яких варто зупинитися протягом основної частини заняття.

Література

1. Worley Peter (2015-11-29). "Open thinking, closed questioning: Two kinds of open and closed question". *Journal of Philosophy in Schools*. 2 (2). doi:10.21913/JPS.v2i2.1269. ISSN 2204-2482.

2. <http://examples.yourdictionary.com/examples-of-open-ended-and-closed-ended-questions.html>.

СОЦІАЛЬНІ, МЕДИЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СТУДЕНТАМ 5 КУРСУ МЕДИЧНИХ ВНЗ

Голубовська О.А., Шкурба А.В., Безродна О.В., Гарницька Л.А., Климанська Л.А., Сукач М.М., Пронюк Х.О., Кулеш О.В., Митус Н.В., Подолук О.О., Вінницька О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. ВІЛ-інфекція залишається надактуальною проблемою охорони здоров'я. В Україні епідемія набуває загрозливих розмірів. Тільки в Києві за 2017 рік зареєстровано 1821 новий випадок, в тому числі 10 серед дітей до 16 років [1].

Метою нашого дослідження було виявлення соціального, медичного та психологічного ставлення до ВІЛ-інфікованих пацієнтів студентів 5 курсу до та після відвідування Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – КМЦС).

Основна частина. Для реалізації поставленої мети студенти 5 курсу ознайомилися з роботою КМЦС, його поліклінічної та стаціонарної ланок, мали можливість поспілкуватися з пацієнтами, які перебували на амбулаторному прийомі, стаціонарному лікуванні та в палаті інтенсивної терапії, а також з працівниками центру – медперсоналом та соціальними працівниками. Особливу цікавість представляли пацієнти, які тривалий час приймають антиретровірусну терапію. Саме вони «ламають» існуюче переконання – «ВІЛ – смертельний вирок».

Ми провели опитування 200 студентів 5 року навчання, у яких розпочався цикл «інфекційні хвороби». До відвідування КМЦС ми поставили питання «Ваші асоціації, що пов'язані з діагнозом ВІЛ-інфекція?». Вони виявилися наступними: 88% респондентів сказали – наркоманія, 60% - худий, 34% - працівники комерційного сексу, 8% - лікарі. Отже, тільки 16 студентів з 200 усвідомлювали власні професійні ризики. Показовим є те, що переважна більшість респондентів вказали на наркоманію, адже ця стигма досі існує; таке твердження було вірним 15 років тому, але з 2009 почав домінувати статевий шлях передачі і станом на 2017 рік статевий гетеросексуальний шлях передачі становить 76%.

На питання «Як Ви візуально уявляєте собі пацієнта з ВІЛ-інфекцією?» 95% студентів описали зовнішній вигляд пацієнта з термінальною стадією ВІЛ-інфекції (кахексія, худий, виснажений, генералізована лімфаденопатія, висипка на шкірі, блідість шкіри, жовтяниця і т.д.). Тільки 3% студентів відповіли, що ВІЛ-інфікований пацієнт може виглядати як клінічно здорова людина, а 2% студентів не змогли надати чіткої відповіді.

На наступне питання «Ваші побоювання від контакту з ВІЛ-інфікованим пацієнтом?» студенти (92%), як правило, відповідають, що в побуті та при звичайному фізикальному обстеженні ВІЛ-інфікованого пацієнту останній не

має для них загрози, проте дуже показовим є зовнішній вигляд студентів при відвідуванні КМЦС. На вході до поліклініки 74% студентів перевдяглися як на боротьбу з лихоманкою Ебола – наверх білих халатів надягли одноразові халати, шапочки, бахіли, маски та рукавички. Це свідчить про те, що стигма та упереджене ставлення до ВІЛ-інфікованих превалюють над реальними медичними знаннями.

Кінцевим питанням було таке: «Як змінилося Ваше ставлення до ВІЛ-інфікованих пацієнтів після відвідування КМЦС?». Відповідаючи, 76% студентів відмічають глобальну зміну ставлення до цієї категорії пацієнтів – з'явився оптимізм щодо прогнозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Це грає велику роль в формуванні світогляду майбутнього лікаря, оскільки саме майбутні сімейні лікарі, відсоток яких є максимальним під час розподілу випускників, створюють передумови до правильного сприйняття пацієнтом його діагнозу. Пригадується випадок, коли ВІЛ-інфікована пацієнтка п'ять років не зверталась за медичною допомогою, оскільки колись її через цей діагноз терапевт вигнав з кабінету. А 14% респондентів стверджували, що їх відношення до ВІЛ-інфікованих пацієнтів не змінилось, а й було «оптимістичним». Як виявилось, подібний стрес спілкування з ВІЛ-інфікованими вони пережили на прикладі своїх родичів чи близьких певний час тому. 10% студентів так і залишились при попередній невтішній думці.

Висновки. Для якісного викладання проблеми ВІЛ-інфекції необхідним є проведення практичних занять у медичних закладах, де лікуються ВІЛ-інфіковані пацієнти. Студента необхідно навчати настороженості щодо можливої наявності прихованого зараження ВІЛ у пацієнтів з будь-яких верств населення. Необхідно звертати увагу студентів на раннє виявлення ВІЛ-інфікованих. Практична частина вивчення проблеми ВІЛ-інфекції реалізується через бачення справжніх хворих на ВІЛ, що має за мету відкинути ВІЛ-стигматизацію і створити умови для подальшої реалізації стратегії ВООЗ/UNAIDS «90-90-90»[2].

Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №48 – К.: Центр громадського здоров'я, 2017. - с.39.

2. Стратегія ЮНЕЙДС 2016-2020 «Прискорення в напрямку «нуль»» <http://respond.org.ua/files/attachments>