

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

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ УПРАВЛІННЯ НАВЧАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

МАТЕРІАЛИ НАВЧАЛЬНО-
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ



Полтава – 2014

УДК 378.001.1

Друкується за рішенням
Вченої ради ВДНЗУ «УМСА»
від 19 червня 2013 р., протокол №10

Редакційна колегія:

- проф. Ждан В.М.** – ректор академії, головний редактор
- проф. Бобирьов В.М.** – перший проректор з науково-педагогічної роботи,
відповідальний редактор
- д.біол.н. Білаш С.М.** – начальник навчального відділу
- доц. Лещенко Т.О.** – зав. кафедри українознавства та гуманітарної підготовки
- доц. Бєляєва О.М.** – доцент кафедри іноземних мов з латинською мовою
та медичною термінологією
- доц. Карпенко О.О.** – доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології
з профілактикою стоматологічних захворювань
- доц. Чорна І.О.** – доцент кафедри загальної хірургії з доглядом за хворими
- доц. Ярмола Т.І.** – доцент кафедри внутрішньої медицини № 2
з професійними хворобами
- Нетудихата О.М.** – зав. навчально-методичного кабінету

У ході діяльності або пізнавального процесу вербально-логічні процеси рефлексії визначають у індивіда усвідомлене відображення. Глибоко і всебічно усвідомлений образ може стати вельми вагомою метою, до життєвого втілення якої спрямовується вся без залишку істота суб'єкта.

Результати дослідження та їх обговорення

Багатомільйонна еволюція мозку забезпечила на базі образної діяльності розвиток мислення - одного з головних чинників когнітивного (пізнавального) процесу. Сформований психічний образ не залишається стаціонарно-стабільним у просторі та часі - його енергія «спрямована на активацію мозку і всього організму задовго до завершення конкретних дій у відповідь поведінкових актів». Головні напрямки активації такі: емоційно-мотиваційний акомпанемент і ритм діяльності; перебір інформаційних процесів у блоках пам'яті; етапи прийняття рішення з приводу тієї чи іншої дії; формування всієї програми цілеспрямованого на основі спрогнозованого у свідомості результату поведінки (дії). Використання педагогом інструментарію спрямованої активації психічного образу в рамках зазначених напрямків - надійний дидактичний шлях удосконалення і підвищення якості педагогічного процесу.

Психічний образ може бути активований викладачем шляхом застосування проблемного підходу, що, природно, оптимізує дидактику і вдосконалює процес навчання. У студента коректно сформований викладачем психічний образ виконує функцію активного джерела спонукальних мотивів на етапах навчального процесу - до саморозвитку, до вдосконалення комплексу практичних навичок. Сформовані у свідомості лікаря психічні образи вбирають

«у себе всі етапи коректно відпрацьованого процесу навчання, в результаті яких формується весь набір знань, навичок і умінь - як комп'ютеризована програма стосовно майбутніх дій у житті». У такій програмі втілена комплексна інтеграція окремих дисциплін з урахуванням їх міждисциплінарних зв'язків; їх спадкоємності та взаємозумовленості - в динаміці виникнення і розвитку патології. Цей же шлях дозволяє викладачеві представити системну цілісність і єдність у розумінні студентом ряду теорій, медичних знань.

Висновки

Викладання на кафедрі післядипломної освіти має здійснюватися з урахуванням і на основі послідовності та взаємозв'язку медико-біологічних, елементів клінічних і профілактичних дисциплін, що забезпечить цілісне і системне сприйняття вчень і теорій, розуміння їхнього значення для життєдіяльності людини, внеску в характеристики суспільного здоров'я населення регіону і держави.

Це завдання не може бути вирішене саме собою. Його реальне втілення на кафедрі вимагає від викладача невпинної праці в напрямі зростання і вдосконалення власного професіоналізму, саморозвитку, розширення і поглиблення наукового, навчально-методичного базису і кругозору. Загалом воно формує і підтримує покликання викладача до педагогічної роботи, в навчальному закладі, визначає його працю як улюблену і найголовнішу справу всього життя.

Список використаної літератури

1. Завадова Н.Д. Образ в системе психической регуляции деятельности ; отв. ред. д. психол. наук, проф. Ю.М. Забродин / Завадова Н.Д., Ломов Б.Ф., Пономаренко В.А. - М. : Наука, 1986. - 174 с.
2. Крачун Г.П. Анатомо-физиологические механизмы формирования зрительного психического образа у детей: [учебн. пособие.] / Г.П. Крачун. - Кишинев : Штиинца, 1990. - 102 с.
3. Лисицын Ю.Г. Здоровье населения и современные теории медицины / Ю.Г. Лисицын. - [2-е изд., перераб. и доп.]. - М. : Медицина, 1982. - 328 с.
4. Михайлов Ф.Т. Общественное сознание и самосознание индивида / Ф.Т. Михайлов. - М. : Наука, 1990. - 221 с.

КОНТРОЛЬ КЛІНІЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ У ІНТЕРНАТУРІ ЗА ФАХОМ «СТОМАТОЛОГІЯ»

Шинкевич В.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Обговорюється питання впровадження стандартів контролю надання клінічної допомоги лікарями-інтернами в інтернатурі відповідно до європейських вимог.

Ключові слова: Болонська система, стандарти, післядипломна освіта, контроль надання клінічної допомоги.

Реалізація проекту підготовки сучасного стоматолога в рамках програми «Профіль і компетентність сучасного європейського стоматолога» досягається через організацію моделі навчального плану зі стоматології за принципом модулів і «Єдиної європейської системи заліку кредитів» [2]. Організація моделі навчального плану зі стоматології передбачає: прямий зв'язок із «Професійними стандартами європейського стоматологічного освіти»; упровадження доказової стоматології; наявність елективних курсів; роботу в клініці з пацієнтами (починаючи з 1 курсу навчання); роботу над науково-дослідним проектом; інтеграцію навчання.

«Єдина європейська система заліку кредитів» гарантує залік навчання за кордоном шляхом оцінки

та порівняння результатів успішності, передачі їх з одного університету до іншого, виставлення кредитів, що відображають кількість відвіданих занять, і *відміток, що відображають якість роботи*. Успішність студента визначається традиційною оцінкою, прийнятою в країні. Планується, що поступово «Єдина європейська система заліку кредитів» перейде в накопичувальну систему, яка буде діяти на університетському, регіональному (національному) і європейському рівнях, що вважається одним з основних пунктів Болонської декларації.

Приєднання України до європейського простору вищої освіти передбачає введення у вітчизняних структурах вищої освіти системи залікових одиниць, що забезпечує як залікову, так і накопичувальну функції. Запропонований і діє перелік позицій, тобто навчальних дій, що враховуються в рамках системи накопичувальних кредитів. Банк накопичувальних кредитів охоплює всі форми оновлення знань і вмінь із клінічної діяльності лікаря-спеціаліста:

1) освоєння нових методів лікування, практичних навичок або навчальний тренінг рідко виконуваних практичних процедур; участь у клінічній апробації нових фармакологічних засобів, технічних пристроїв та апаратури;

2) участь у роботі товариства молодих учених і фахівців навчального закладу, професійних асоціацій, науково-практичних конференцій тощо;

3) теоретичні аспекти діяльності майбутнього фахівця, засновані на інтересі та участі в наукових розробках, і публікації на їхній основі статей, тез, методичних рекомендацій та інших видів друкованої наукової продукції;

4) закріплення пріоритету майбутнього лікаря в будь-яких розробках у вигляді патентів на винахід,

5) участь у державних регіональних програмах з охорони здоров'я, підтримання здорового способу життя, профілактики захворювань, а також санітарно-освітня робота та інші форми і позиції.

Якщо контролем теоретичного навчання в інтернатурі, співвідносного з Болонською системою, став іспит «Крок-3», то єдина система оцінки практичних навичок вимагає доопрацювання.

Російські колеги провели аналіз практичної діяльності лікарів-інтернів із метою вивчення ефективності навчання [1]. Був проведений аналіз можливих причин недоліків надання стоматологічної допомоги, що призводять до розвитку ускладнень і *скарг пацієнтів* на неефективність стоматологічного лікування. Аналіз кожного такого випадку здійснювався в процесі детального обговорення з викладачем клінічних ситуацій. При цьому певний акцент робився на оцінку можливих правових наслідків (юридичної відповідальності) дефектів стоматологічного лікування, якщо такі мали місце. Як показало подальше анкетування, якби конфліктні ситуації не були своєчасно усунені, одна третина пацієнтів могла б звернутися до суду з цивільним позовом про відшкодування матеріальної та моральної шкоди.

Поряд із розборами клінічних ситуацій, російські колеги провели «двобічне» анкетування лікаря-інтерна і пацієнта з метою оцінки результатів стоматологічної допомоги кожної зі сторін. Аналізуючи анкети лікарів-інтернів, виявили, що однією з важливих причин виникнення професійних помилок у стоматології стає порушення нормальних взаємин між лікарями і пацієнтами (майже в кожному другому випадку скарги); підвищена вимогливість пацієнтів до результатів лікування (майже в третині спостережень). Питання про *необхідність підвищення медико-правової грамотності* лікарів-стоматологів отримало повну підтримку всіх інтернів.

При вивченні думки пацієнтів було встановлено, що неефективність стоматологічного лікування у всіх випадках вони пов'язували з недоліками і помилками в роботі медперсоналу (недостатнє обстеження (зазначив кожний четвертий пацієнт); низький рівень культури обслуговування (кожен третій пацієнт); неухважність стоматолога (лікаря-інтерна) (кожен десятий пацієнт). На об'єктивні труднощі лікування ніхто з пацієнтів не вказав.

Далі російські колеги провели аналіз скарг пацієнтів на неефективність надання стоматологічної допомоги (200 спостережень). При цьому критерії якості надання стоматологічної допомоги передбачали: 1) своєчасність (обстеження, встановлення діагнозу, призначення та проведення лікування тощо); 2) правильність діагнозу, лікування та ін.; 3) економічну ефективність (співвідношення між фактичною вартістю медичної допомоги і стандартною та ін.); 4) дотримання принципу «необхідної достатності»; 5) дотримання принципу «інформованої згоди»; 6) дотримання етичних норм.

Дослідження встановили, що причиною скарг пацієнтів, головним чином, послужили діагностичні помилки, що склали майже половину спостережень. Неправильний вибір стратегії і тактики лікування виявили більш ніж у третині випадків. В інших спостереженнях неефективність надання стоматологічної допомоги була пов'язана з організацією лікувального процесу.

На підставі результатів клінічних обговорень було запропоновано відповідний алгоритм експертного аналізу професійних помилок стоматологів [1]: 1. З'ясування етапу помилки: діагностика; планування лікування; реабілітаційні заходи; прогнозування наслідків; помилка у веденні медичної документації; 2. Оцінка самої помилки за критеріями: дії лікаря правильні; помилка, яка *не має зв'язку* із нанесенням шкоди здоров'ю; помилка, що *має опосередкований зв'язок* із нанесенням шкоди здоров'ю; помилка, що *має прямий зв'язок* із нанесенням шкоди здоров'ю.

За результатами цих досліджень необхідно зробити висновок, що має проводитися стандартизований контроль щонайменше на 5-ти етапах практичної роботи лікаря-інтерна з пацієнтом. По-перше, ін-

терн має самостійно провести діагностику і встановити діагноз, який має бути перевірений викладачем. По-друге, перевіряється вибір інтерном стратегії і тактики лікування, тобто лікар-інтерн доповідає про свої наміри лікування. По-третє, це контроль виконання лікувальних маніпуляцій. Четвертий крок – контроль якості виконаних маніпуляцій. І нарешті, викладач має перевірити й оцінити, що саме інтерн рекомендує пацієнту надалі, тобто прогнозування і подальші рекомендації.

Отже, провідна мета післядипломної підготовки – досягти, щоб українські фахівці за рівнем теоретичної і практичної підготовки відповідали світовим стандартам.

Список використаної літератури

1. К вопросу о медико-правовом статусе врача-стоматолога в рамках первичной профессиональной подготовки [Электронный ресурс] / [П.О.Ромодановский, М.Р. Бозров, Д.В. Фролов, Е.Х. Баринов] // Судебно-медицинский журнал. – 2007. – Вып. 5. – Режим доступа: <http://journal.forens-lit.ru/node/239>.
2. Пίδαев А.В. Болонский процесс в Европе. Что это такое и нужен ли он Украине? Возможна ли интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? / А.В. Пίδαев, В.Г. Передерий.-Одесса : Одес.гос.мед.ун-т, 2004. – 192 с.

КОНЦЕПЦІЯ КРИЗОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В ПІДГОТОВЦІ СПЕЦІАЛІСТІВ У ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ КРИТИЧНИХ СТАНІВ

Шкуруній Д.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Узагальнюється наведений у літературних джерелах досвід використання стратегії кризового менеджменту в підготовці лікарів медицини критичних станів. Обґрунтовується доцільність використання тактики симуляції реальних ситуацій для формування здатностей командної роботи і нівелювання впливу людського фактора на стратегію і тактику медичних дій.

Ключові слова: медицина критичних станів, концепція кризового менеджменту, підготовка фахівців.

За визначенням одного з провідних анестезіологів світу і пострадянського простору А. П. Зільбера (1997) [1], медицина критичних станів (МКС) – це багатовекторна дисципліна, складовими частинами якої є анестезіологія, реаніматологія, інтенсивна терапія, медицина невідкладних станів. Спільним для цих складових є необхідність у заміщенні вітальних функцій пацієнта на різних рівнях і етапах надання медичної допомоги.

На курсі анестезіології та інтенсивної терапії викладаються питання, пов'язані з усіма складовими МКС. Особливістю викладання означених питань є необхідність формування вмінь щодо швидкої організації ефективних дій медичного персоналу з відновлення і підтримки функцій життєво важливих органів і систем. Формування цих умінь студентами й інтернами – ключове завдання навчання МКС, оскільки значна кількість ускладнень і летальних випадків у зв'язку з анестезією й інтенсивною терапією стає наслідком людських помилок, неналежної професійної орієнтації і низки аспектів, на які недостатньо звертають увагу в процесі навчання [2, 3].

Для адекватного здійснення професійної діяльності анестезіолог мусить опанувати значною кількістю досить складних маніпуляцій і постійно вдосконалювати свої навички з їх виконання. Однак останні наукові публікації свідчать, що, крім виконання професійних технічних навичок, остаточний результат роботи спеціалістів МКС значною мірою залежить від навичок поведінки, спілкування, здатності приймати рішення і працювати в команді.

Відомо, що близько 10 % пацієнтів мають певні ускладнення під час лікування. Припускають, що стільки ж помилок можуть залишатися непоміченими, при цьому половині з них можна було б запобігти за рахунок контролю над людським фактором [4-6]. Висока відповідальність і значущість остаточного результату роботи спеціалістів МКС, які залежать від прийняття негайних рішень і чітких командних дій, обґрунтовують можливість навчання цих спеціалістів за системою технологій кризового керування. Вищевказані позиції й обґрунтування впровадження цих технологій на основі досвіду іноземних колег були детально досліджені Площенко Ю.А. (2013) [7].

Концепція кризового менеджменту (Crisis resource management, CRM) була започаткована в 1979 році в Національному управлінні з авіації і дослідження космічного простору США у зв'язку з питанням підвищення безпеки польотів. Її основою стало впровадження відпрацювання професійних навичок на тренажерах-симуляторах пілотами і диспетчерами, яких допускали до роботи лише після опанування здатністю керувати змодельованою ситуацією. Важливим компонентом зазначеної концепції став аналіз людських помилок, які розглядаються як природне повсюдне явище й одночасно є цінним джерелом інформації. Якщо помилки неминучі, CRM пропонує набір контрзаходів, спрямованих на їх зменшення. CRM успішно працює в інших галузях із високим ступенем ризику. Її застосування скоротило кількість крупних аварій з 0,71 на мільйон годин польоту в 1989 році до 0,155 на мільйон годин польоту в 2008 році [8-10].