

Висновки. 1. Створення мультидисциплінарних науково-дослідних програм є пріоритетом розвитку сучасних закладів освіти.

2. В умовах мультидисциплінарного навчання післядипломна освіти має бути багаторівневою. При цьому послідовність викладання навчального матеріалу має враховувати наступність між основними (нормативними) і додатковими (факультативними) модулями.

УДК: 378.147:[378.016:616-006]-057/875

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ОНКОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ. РОЗДУМИ ВИКЛАДАЧА З 40-РІЧНИМ ДОСВІДОМ

Шевченко А.І.

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: пацієнт, медична освіта.

На одній із зустрічей високоповажних колег, присвяченій проблемам викладання онкології, я задав їм декілька питань: хто з них пам'ятає правило «буравчика», чому дорівнює рівняння $\sin 2\alpha + \cos 2\alpha = ?$, хто пам'ятає дванадцять квітневих тезисів Леніна або зміст листів Р. Люксембург? Питання викликали неабияке збентеження. Все це ми старанно вчили у школі, інституті, витрачаючи дорогоцінні години короткого людського життя на знання, які ніяк не знадобились у практичній роботі. Хтось заперечить мені, що людина з вищою освітою повинна бути всебічно розвиненою, а не тільки вузьким фахівцем. Але життя показує, що години, які забрані з професійної підготовки майбутнього лікаря на другорядні дисципліни, негативно відлунюються на її рівні.

Рік – півтора тому у місцевій Запорізькій газеті «МІГ» була надрукована гнівна стаття про те, що дівчинці дванадцяти років лікарі-педіатри несвоєчасно діагностували пухлину головного мозку і дитина загинула. А чи були в процесі їх навчання створені умови для якісної підготовки? Як можна вимагати від лікаря цих знань, коли і сімейні лікарі і майбутні педіатри вивчають онкологію за однією програмою де і слова немає про дитячу онкологію. А про нейроонкологію у цій програмі взагалі не згадується. До речі, незважаючи на те, що онкопатологія серед причин смертності стоїть на другому місці після серцево-судинної патології, - лекційні часи на її викладання в цьому році скорочені вдвічі, зменшена з 10 до 8 і кількість практичних занять! Скажіть будь-ласка, шановні керівники МОН, високоповажні професори медичних університетів – як можна розповісти на одній лекції про всю онкопатологію шлунково-кишкового тракту? Яка користь від такої лекції? Також бентежить той факт, що відвідування лекції є обов'язковим. За кордоном саме якість лекцій спонукає займати місця за декілька годин до початку лекції! Про яку якість ми можемо казати при нашій програмі викладання?

За свій викладацький вік я «пережив» багато реформ вищої освіти, існування яких закінчувалося найчастіше протягом каденції чергового міністра.

Впровадження Болонської системи, на мій погляд (до речі так думаю не тільки я!), остаточно зруйнувало багаторічні напрацювання вітчизняної вищої медичної освіти. Спілкування викладачів зі студентами практично зведено до тестування. Щорічно від викладачів вимагають поповнення банку тестів з кожної теми і тому з'являються такі питання, які є вузько професійними і не потрібні сімейному лікарю і їх текст доходить до абсурду (як у тесті з середньої школи: «Який був номер літерного потягу під колесами якого загинула Г. Кареніна?»). Наприклад, навіщо йому знати про дози опромінення пухлин тієї або іншої локалізації, якщо його основним завданням є своєчасна діагностика пухлин і передача хворого в руки онколога.

Завдяки прийнятим законам щодо захисту прав пацієнтів, останні все частіше відмовляються спілкуватись зі студентами, а всі аспекти практичної підготовки муляжами, фантомами і акторами (до речі останніх у нас в Україні ніхто і не готує!) не замінити.

Кількість студентів у групах безперервно зростає, що теж негативно впливає на їх рівень підготовки. Конвеєр ніколи не був запорукою високої якості товару (З таких характеристик, як: «швидко, якісно, дешево» – можливо вибрати тільки дві. Тобто, якщо швидко та якісно то це буде дорого, якщо швидко та дешево – буде неякісно). Періодична преса часто повідомляє, що чергова автомобільна кампанія відзиває сотні тисяч машин із-за знайдених «огріхів» під час їх експлуатації. А чи може хтось згадати про відкликання хоч одного Роллс-ройсу? Думаю, що ні, адже це автомобіль ручної зборки! Підготовка кваліфікованого лікаря теж вимагає персонального підходу. Недарма ж японці кажуть, що ефективно керувати можна тільки п'ятьма підлеглими, а не 12-тю!

Зараз організатори освітнього процесу намагаються перенести основний тягар на самостійну роботу студентів, дистанційну освіту. Студенту треба мати високий рівень свідомості і самоорганізації, щоб займатись самоосвітою. Вона буде високою лише тоді, коли він, студент, буде знати, що високий рівень його знань, безсонні ночі над книгами і на чергуваннях у клініках будуть належним чином оцінені державою і людьми. А ще в медицині, як в ніякій іншій спеціальності, є така складова навчання, як передача досвіду викладача молодому поколінню лікарів, і замінити її чимось іншим просто неможливо.

Академік О.Ф.Краснов у своїй книзі «Енциклопедія сімейного лікаря» наводить історичний факт про принципову відмову від педагогічної діяльності Нобелівського лауреата, академіка І.П. Павлова в зв'язку за збільшенням радянською владою педагогічного навантаження для професорів понад 400! годин. І.П. Павлов зауважив, що: «Якщо і далі ми підемо такими темпами, то викладачу буде ніколи працювати над собою і займатися наукою. Ми перетворимо вищу школу в училище або гімназію. Ми будемо готувати слабких фахівців і зганьбимо себе на весь світ!» Зараз педагогічне навантаження дорівнює 600 годинам! Викладач-клініцист повинен або сидіти цілий день зі студентами - тоді хто буде лікувати хворих, або лікувати хворих - тоді хто буде займатись зі студентами.

«Дев'ятий вал» паперової звітності, щорічна необхідність переробки навчально-методичної документації тільки з тієї причини, що черговому чиновнику МОН треба імітувати свою бурхливу діяльність і він змінює порядок пунктів у робочій навчальній програмі або методичці, відволікають педагогічних працівників від їх основного призначення – якісної педагогічної роботи, а їх загальне навантаження перевищує 1500 годин!

Отже, реформа вищої медичної освіти повинна бути продуманою, дієвою, з урахуванням, а не сліпим копіюванням, закордонного досвіду, залученням найкращих фахівців, а не чиновників. Її структура і зміст повинні бути розраховані хоча б на декілька років, а не змінюватись щорічно.

УДК: 004.94 : 616-053.2 : 614.253.83] – 047.44

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПРИ АДАПТАЦІЇ КЕЙСІВ В СИСТЕМІ «OPEN LABIRINT» ДЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ КЛІНІЧНОЇ СИТУАЦІЇ, СПРЯМОВАНОЇ НА ПОДАЛЬШИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК

Шумна Т.Є., Недельська С.М., Мазур В.І.

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: студенти, навчання, проблемні питання, лікарські помилки.

Медична наука і освіта сьогодні дуже стрімко крокує вперед, кожен день поновлюються питання щодо діагностики та лікування захворювань. Для кращого засвоєння студентами знань, існує необхідність постійного розширення інформаційного простору та забезпечення нестандартного підходу до навчання, максимально наближеного до майбутньої практичної діяльності. Одним із інноваційних методів є робота з кейсами в системі «Open Labirint» шляхом набуття досвіду за принципом «навчання на лікарських помилках», з якими, крок за кроком, зустрічаються студенти коли обирають «правильний на їхню думку» наступний етап щодо діагностики, лікування захворювання, госпіталізації, виписці, переведення чи консультації пацієнта. Оскільки один і той же кейс розглядається студентами на заняттях в різних країнах, то адаптація матеріалу вимагає використання професійної термінології, назв показників життєдіяльності, симптомів і синдромів, ліків, даних про тривалість перебування в стаціонарі, загальноприйнятих в Україні. При цьому, кардинально змінювати зміст кейсу не можна, щоб зберегти інформацію, яка вказує на допущені лікарські помилки. Наприклад, за умовою завдання, хвора дитина знаходилась в стаціонарі від декількох годин до двох днів, або виписувалась із стаціонару з призначеною антибактеріальною терапією, що саме і вказує на непрофесійну діяльність медичного персоналу. Інколи складно здійснити і такий дослівний переклад з англійської мови, як «вхід повітря знижений з правого боку», і не вказано про проведення аускультативної. Проте, іноваційний підхід до навчання з можливістю