

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА – МОЖЛИВОСТІ РЕФОРМУВАННЯ

УДК 61(07):681.142.2

ДЕЯКІ МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО КОНТРОЛЮ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Бобров Л. М., Пасієшвілі Л.М, Шапкін В.Є., Карпенко В.Г., Власенко О.В., Заздравнов А.А., Пасічник І.П.

*Харківський державний медичний університет, кафедра загальної практики сімейної медицини, м.Харків***Ключові слова:** комп'ютерний контроль, оптимізація навчального процесу, курси сімейної медицини

Вступ. Одним із важливих напрямків оптимізації навчального процесу вважається застосування комп'ютерного контролю. Але, незважаючи на дійсно істотні переваги програмованого комп'ютерного контролю (швидкість одержання інформації, об'єктивність, однотипність контролю, його фронтальність та інш.), викладачі клінічних дисциплін часто досить скептично відносяться до цієї форми опитування студента.

Матеріали та методи. Аналізуючи проблеми підготовки лікаря загальної практики, ми бачимо, що викладання внутрішньої медицини на кафедрах на сьогодні часто характеризується підміною практики теорією, хворого-схемами, творчої системи – системою середньої школи.

Добре відомо, що навіть блискуче знання теоретичного матеріалу не завжди гарантує вирішення студентом усіх практичних завдань. Адже останнє потребує від студента вміння клінічно мислити, володіти алгоритмом діагностичного пошуку [1].

Результати досліджень та їх обговорення. У цьому зв'язку дуже цікаві дані інформативності показників комп'ютерного контролю, що одержані співробітниками нашої кафедри під час аналізу якості знань 180 студентів VI курсу при проходженні циклу сімейної медицини.

Нами були розроблені до кожної теми завдання, які містили теоретичні питання та клінічні задачі. Вони будувались на тому учбовому матеріалі, який студенти уже повинні були знати на VI курсі [2].

За даними комп'ютерного програмного контролю, проведеного на початку циклу, більша частина студентів (70.4%), що правильно відповіла на усі теоретичні питання, не змогла розв'язати клінічних задач. При цьому студенти швидше і більш вірно встановлювали діагноз, якщо клінічна задача містила дуже детальне описання скарг та анамнезу пацієнта. У цих випадках неправильні відповіді складають 10-15%. Якщо ж задача складалась тільки з даних об'єктивного обстеження пацієнта (багато розроблених і запропонованих студентам задач містили фотографії з найбільш патогномічними

об'єктивними ознаками того чи іншого захворювання), то це призводило до негативних результатів розв'язання у 30 –40% студентів. До того ж, необхідно враховувати і наявність у якоїсь частки студентів “випадково правильних відповідей”, коли вирішення задачі було не наслідком чітко проведеного алгоритму діагностичного пошуку, а будувалось на констатації 1-2 найбільш характерних ознак захворювання. Найбільше незадовільних результатів одержано студентами при розв'язанні задач, пов'язаних із захворюванням крові (80,2%), сполучної тканини (67,3%), нирок (56,2%) та невідкладним станам (76,8%). Погано розв'язувалися задачі, де пропонувалося намітити тактику диспансеризації хворого та профілактичні заходи, визначити критерії постійної втрати працездатності, призначити індивідуально спрямовану терапію.

Ці дані добре корелювали з результатами опитування студентів біля ліжка хворого.

При проведенні анонімного опитування серед 176 студентів VI курсу більше 64% визнали, що під час контакту з хворим відчувають деяке напруження, бояться виявити свою некомпетентність, важко переборюють негативне ставлення до них хворого, що дуже ускладнює діагностичний пошук. Психологічний захист студентів виявлявся у зміні їх поведінки: 12,6% студентів відзначали намагання скоротити час курації хворого, 14, 3% – зниження засвоєння учбового матеріалу. Було встановлено розбіг даних, які одержані при анонімному опитуванні студентів, з даними, одержаними викладачами при спостереганні за поведінкою студентів під час курації. Так, за даними викладачів, час курації скорочували до 32% студентів, а обсяг обстеження хворого під час курації зменшували 82% студентів.

При цьому, якщо викладач називав діагноз і пропонував виявити у хворого ознаки патології, більшість студентів з успіхом вирішували запропоноване завдання.

Таким чином, ми прийшли до висновку, що однією із слабких ланок у підготовці студентів залишається недостатній рівень їх клінічного мислення і навіть його напрямок. Засвоєння

матеріалу за схемою: етіологія – патогенез – клініка захворювання – діагноз призводить до невміння починати діагностичний пошук у кожного конкретного хворого з виділення симптомів, об'єднання їх у синдроми, проведення диференційного діагнозу. Тому студенти, що добре і навіть відмінно знають теоретичний матеріал, часто безпорадні біля ліжка хворого. Під час організації викладання сімейної медицини ми повинні дотримуватись основного принципу: єдиним, дійсно важливим об'єктом дослідження є тільки хвора людина. Усе інше – учбові фільми, комп'ютерний та інші форми програмконтролю повинні використовуватись тільки як додаток. Медицина є гуманною наукою, для якої характерно встановлення простих людських взаємин між лікарем і хворим. Вміння встановити контакт з пацієнтом повинно виховуватись у лікаря ще з студентських років.

Досвід роботи нашої кафедри показує, що найбільш доцільно використовувати комп'ютерний програмконтроль при перевірці знань з матеріалу, який найкраще піддається формалізації. З цією метою на кафедрі створені спеціальні набори типових задач, контрольні набори ЕКГ, лабораторних аналізів, слайдів з фотографіями уражених органів.

При цьому основними вимогами при складанні завдань для комп'ютерного програмконтролю на залікове заняття є:

Тестування не тільки теоретичних знань, але і практичної підготовки студентів. Комп'ютерний програмконтроль повинен складатися із двох частин: теоретичної і практичної.

Завдання комп'ютерного програмконтролю повинні виявляти у студентів наявність клінічного мислення, привчати студента швидко вмінити будувати алгоритм діагностичного пошуку, мислити синдромологічно, тобто формувати алгоритмізацію клінічного мислення.

Матеріали комп'ютерного програмконтролю повинні доповнювати і поглиблювати дані лекційного курсу та учбової літератури про те або інше захворювання.

Завдання комп'ютерного програмконтролю, що вимагають від студента тільки механічного засвоєння матеріалу, не повинні перевищувати 10-15% усієї програми.

На проведення комп'ютерного програмконтролю не повинно відводитися більше 20-30 хвилин учбового часу.

Дотримання вищезначених умов комп'ютерного програмконтролю дозволяє викладачу швидко виявити ступінь підготовки студентів, звернути увагу на найбільш слабких студентів.

Уточнення ж глибини усвідомлення студентами патогенетичних механізмів захворювання, симптомів і синдромів, тактики ведення на госпітальному і амбулаторному етапі кожного продемонстрованого пацієнта здійснюється тільки біля ліжка хворого. Цій же меті служить і виділення до 70% учбового часу особистій роботі кожного студента з хворим. Повторний аналіз даних програмованого комп'ютерного контролю, проведеного наприкінці циклу сімейної медицини, показав, що розходження якісних показників при вирішенні теоретичних і практичних завдань значно зменшилося у 43% студентів. Більш успішно вирішувалися задачі, які містили тільки об'єктивні ознаки захворювання (неправильні відповіді дали тільки 10% опитаних), а також задачі, де потрібно було намітити тактику диспансерного ведення хворого, запропонувати профілактичні заходи.

Майже 45% студентів відзначили зменшення психологічного напруження під час курації хворого, вміння зосереджуватися на синдромології захворювання та індивідуальній тактиці ведення хворого.

У наш час існує велика відстань між диференціацією внутрішньої медицини та інтеграцією, між теорією і практикою. Враховуючи подальший прогрес науки і удосконалення теоретичних методів дослідження, можна припустити, що спеціалізація і диференціація внутрішньої медицини будуть продовжуватися. З огляду на це ідеальною фігурою у практиці охорони здоров'я є постать сімейного лікаря - терапевта загального профілю, який володіє не тільки теоретичною, але і практичною інформацією про різні методи діагностики та лікування, має глибокі знання усіх гострих терапевтичних захворювань та володіє загальними принципами діагностики і тактики ведення суміжних та нетерапевтичних спеціальностей.

Висновки. На наш погляд, найбільше відповідає завданню підготовки лікаря сімейної практики тільки комплексна оцінка знань студентів (рівня теоретичних знань, практичних навичок, вміння швидко використати найбільш доцільний алгоритм діагностичного пошуку та тактики ведення хворого). Застосування комп'ютерного контролю в учбовому процесі ефективно сприяє формуванню у студентів алгоритмізації клінічного мислення, але є додатковим методом викладання і контролю засвоєння матеріалу, яким ні в якому разі не можна підмінити роботу студента біля ліжка хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лекції о психотерапии/ Франк К., Хензелер Х., Валькер Х., Кайм Ю., Гутвински-Йеггле Ю. – К.: KARAT, 2001. – 139 с.
2. Лоренс Черри. Семейный доктор – новая тенденция //Америка. – 1986. – №356. – С.22-24. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.00 № 986 «Про заходи щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я».

SUMMARY

SOME METHODOLOGICAL ASPECTS OF OF THE APPLICATION OF COMPUTER CONTROL IN A STUDY PROCESS AT THE CHAIR OF FAMILY MEDICINE

Bobrov L.M., Pasiyeshvili L.M., Shapkin V.Ye., Karpenko V.G., Vlasenko O.V., Zazdravnov A.A., Pasichnik I.P.

The authors analysed the peculiarities of application of computer methods for the control of training of students in medical university. Use of the computer control of knowledge has such essential advantages, as speed of reception of the information, objectivity, uniformity фронтальность etc. The application of the computer programs promoted formation at the students algorithmization of clinical thinking, that was showed in improvement of results of the computer control at the end of a course of family medicine. Thus, the introduction of the computer control in educational process at teaching a course of family medicine is expedient and promotes more effective preparation of the students.

Key words: computer control, optimization of educational process, course of family medicine