

4. Шалкина, Т. Н. Проектирование учебной деятельности студентов на основе электронных учебно-методических комплексов / Т. Н. Шалкина // Педагогическая информатика. – 2008. – № 1. – С. 53-57.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧАМ-ИНТЕРНАМ

Малик Н. В.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Каждый пациент уникален и требует индивидуального подхода. Лечить не болезнь, а человека – таково основополагающее правило врачевания. Чтобы лечить, врач должен знать не только причину, но и условия, в которых развилось заболевание.

Врач должен учиться всю жизнь, постоянно повышать свою квалификацию, только тогда он сможет более эффективно лечить своих пациентов. Если врач остановился в своем профессиональном развитии, он перестает соответствовать требованиям времени и ожиданиям пациентов. Среди врачей должна быть здоровая конкуренция за пациентов.

В период реформирования системы здравоохранения Украины все врачи должны понимать, что зарплата будет прямо зависеть от количества пациентов и качества работы. В новых условиях семейный врач вынужден искать равновесие между деньгами пациента, которые необходимо сохранить, и степенью удовлетворенности пациента, чтобы он не пошел к другому врачу [4].

К последипломной подготовке семейных врачей должны предъявляться высокие требования. Акцент в обучении должен делаться на практические знания и навыки с учетом того, с чем практикующий врач столкнется в своей работе. На практике часто оказывается, что имея достаточно глубокие знания, молодые доктора, оказываясь один на один с пациентом, пребывают в растерянности, теоретические знания у них слишком оторваны от практики. Поэтому при прохождении двухгодичной интернатуры по специальности «Общая практика – семейная медицина» на кафедре общей практики – семейной медицины и внутренних болезней ХНМУ наряду с вопросами клиники, диагностики, профилактики, реабилитации большое внимание уделяется аспектам врачебной этики и деонтологии. На занятиях делается акцент на том, что семейный врач наблюдает всю семью, которая, как правило, включает несколько поколений. У каждого члена семьи своя история, свой характер, свои личностные особенности, свое видение сложившейся ситуации, поэтому важно найти подход, контакт с каждым, завоевать доверие и стать именно тем доктором, которому откроют душу и доверятся пациенты. Выбор доктора всегда остается за пациентом [1, 2].

Роль семейного врача не должна заключаться в том, чтобы он один лечил больных вместо всех узких специалистов. Он должен брать на себя только типичные и понятные заболевания, а в случае затруднения прибегать к помощи специалистов. Украина сейчас вступает в новый этап реформирования здравоохранения, когда «деньги идут за больным». Поэтому в сложившейся ситуации особенно важно семейному врачу не упустить ту грань, когда необходимо направить пациента к узкому специалисту.

Во время обучения в интернатуре врачи-интерны самостоятельно курируют пациентов в полипрофильной Университетской клинике, амбулаториях семейного врача, Хосписе, которые являются клиническими базами кафедры. Врачи-интерны имеют возможность увидеть широкий спектр патологии, с которой пациенты обращаются к врачу, а также научиться у высококвалифицированных специалистов профессиональному общению с «разнохарактерными» пациентами. На кафедре проводятся клинические разборы, на которых разбираются вопросы определения проблемы самого пациента, построения синдромального диагноза.

На занятиях освещаются вопросы существующей проблемы сохранения здоровья и профилактики психоэмоциональных расстройств у самих докторов, посвятивших себя делу помощи больным, которая, к сожалению, часто умалчивается. Врачи подвержены тем же социальным страхам, что и все люди. Это страх критики, быть отвергнутым, быть неполноценным, боязнь новых ситуаций. Многие врачи знакомы с понятием синдрома «эмоционального выгорания», сталкиваются с психастеническими, депрессивными, тревожными расстройствами [5]. Несмотря на это, доктор прежде всего должен решать проблемы пациента. К большому сожалению, эта проблема существует, и именно она может стать камнем преткновения в общении между врачом и пациентом. С этой целью на занятиях рассматриваются ситуационные задачи, разыгрываются ролевые игры для моделирования различных непредвиденных ситуаций, с которыми может столкнуться семейный врач.

В своей практике семейные врачи сталкиваются с разными психотипами пациентов. На психическое состояние в связи с болезнью огромное влияние оказывают особенности личности больного. Уравновешенные люди мужественно переносят болезни, умеют управлять своими чувствами, способны к борьбе с трудностями и препятствиями. Слабые духом, наоборот, легко впадают в отчаяние даже от небольших неприятностей.

Одна и та же болезнь у разных людей протекает по-разному, каждый пациент «болеет по-своему». Одни уходят в болезнь, живут ею. Они красочно о ней рассказывают, скрупулезно перечисляют все свои ощущения до мельчайших подробностей. Они тянутся к людям с медицинским образованием, ищут с ними общения. Доступность медицинской литературы дает им возможность обрести мини-знания в области медицины. Они внимательно прислушиваются к каждому назначению врача, в то же время критически относятся к его рекомендациям. Проверяют правильность назначений, сверяясь

с медицинским справочником или консультируясь у других врачей, чем значительно снижают эффект лечения.

Встречаются пациенты, убежденные в неизлечимости своего заболевания. Такие представления наиболее типичны для пессимистически настроенных людей. При малейшем недомогании они впадают в панику, много времени тратят на хождение по разным специалистам, заняты поисками «новейших» лекарств.

Часто семейные врачи сталкиваются с пациентами, у которых наблюдается состояние с установкой на болезнь. При этом формируется определенный стереотип, преодолеть который больному очень трудно. Фиксированная болезненная установка может оказываться серьезным препятствием для перехода от привычного состояния болезни к деятельности здорового человека. Она часто связана с психоэмоциональными конфликтами в быту или на работе. Конечно, такого пациента врач должен поддержать. Но установка на болезнь может стать выражением невольного и неосознаваемого стремления продолжать пользоваться некоторыми преимуществами, предоставляемыми больному. Иногда так проявляется желание уйти от тех или иных трудностей. Подобное особенно характерно для психопатических личностей.

Фиксация внимания на болезни бывает неизбежно связана с изменением отношения больного к окружающим, к своим обязанностям. Болезнь меняет тенденции личности, ее интересы и потребности [3]. В таком случае для успешного лечения пациента семейному врачу приходится прибегать к психотерапии. Если внимание и помыслы человека продолжительное время сосредоточены на недуге, это приводит к усугублению болезненных явлений, в результате чего очень скоро может появиться чувство беспокойства, тревоги, страха.

Есть еще одна категория пациентов, которые совсем не любят лечиться, а здоровье воспринимают как нечто само собой разумеющееся. Даже к серьезным заболеваниям они относятся не критично. В этом случае задача семейного доктора заключается в убеждении пациента отнестись к своему состоянию со всей ответственностью.

При обучении семейных врачей-интернов обязательно надо акцентировать их внимание на разном отношении пациентов к болезни, т. к. переживания пациента самым определенным образом отражаются на течении патологического процесса. Врач всегда должен стремиться вызвать у пациента душевный подъем, укрепить уверенность в выздоровлении. Одно из главных условий успешного лечения – глубокое доверие больного человека к врачу, который его наблюдает, а значит, вера в успешный результат назначенного им лечения.

Литература

1. Головаха Е. И., Панина И. В. Психология человеческого взаимопонимания / Е. И. Головаха, И. В. Панина. – Киев, 2017. – 216 с.

2. Деонтология в медицине: учебник (ВУЗ III – IV ур.а.) / О. Н. Ковалева, Н. А. Сафаргалина-Корнилова, Н.Н.Герасимчук. – К.:ВСИ «Медицина», 2017-240с.
3. Медицинская этика и деонтология (часть III): учебное пособие / Л. Д. Ерохина и др. – Владивосток: Медицина ДВ, 2017. – 228 с.
4. Семейная медицина: в 3 кн.: учебник. Кн.1. Общие вопросы семейной медицины / О. Н. Гирина, Л. М. Пасиешвили, Г. С. Попик и др.; под ред. О. Н. Гириной, Л. М. Пасиешвили, Г. С. Попик. – К.:ВСИ «Медицина», 2015.-672 с.
5. Огнерубов, Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Н. А. Огнерубов, М. А. Огнерубова // Вестник ТГУ. – 2015. - № 2 (20). – С. 307-318.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ КАК ПУТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Масловская А. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Тестирование как форма контроля знаний широко используется в учреждениях высшего образования для установления уровня и структуры подготовленности обучающихся. Считается, что тестирование является качественным и объективным способом оценивания знаний и представлений, поскольку ставит всех тестируемых в равные условия, с едиными для всех критериями оценки, и сам процесс контроля знаний становится не зависимым от субъективизма преподавателя. Применять тесты можно на любом этапе обучения студентов в университете – в начале изучения дисциплины (для выявления исходного уровня знаний или проверки выживаемости знаний по смежной дисциплине предыдущего этапа/курса обучения), на практическом занятии (как проверка подготовленности студента по теоретической части), на этапе контроля знаний после изучения определенных разделов (итоговое, или контрольное, занятие), перед текущей аттестацией (по окончании цикла, семестра, учебного года). В результате за относительно короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут, можно оценить уровень подготовленности студента по всем разделам темы (дисциплины), в отличие от оценивания знаний на устном или письменном экзамене. В последнем случае в билете предлагаются вопросы по 2-5 отдельным темам, подключается элемент случайности при выборе билета и требуется более длительное время (несколько часов) для осуществления данной формы контроля.

Однако чрезмерное увлечение таким видом контроля, как тестирование, не может считаться приоритетным в медицинском университете, поскольку в этом случае частично упрощается подход к самому механизму оценивания