

«Епідеміологія», «Медична біометрія», «Медична інформатика». На підставі оцінок всіх трьох тестів розраховується середній бал в тому випадку, якщо кожен з трьох тестів оцінений не нижче, ніж «задовільно». Систематичний контроль і система допуску до подальших занять, що враховує рівень засвоєння матеріалу, змушує студентів ретельно займатися протягом усього навчального періоду, а не тільки перед іспитами.

Система кредитів виступає як багатофункціональний інструмент навчання. Кредити оцінюються як міра трудовитрат студента (аудиторні заняття, самостійна підготовка і час, необхідний на тестування успішності), так і як система накопичення кредитів, що стимулює студентів до занять протягом всього семестру, щоб набрати необхідну кількість кредитів і бути допущеним до іспиту.

Навчальні програми також передбачають мобільність навчального процесу. В електронній формі студенти інформуються про дати, теми і місце проведення занять, за своїм кодом вони отримують персональні відомості про результати іспитів. Система обов'язкової попередньої реєстрації створює передумови

для відносної гнучкості у виборі термінів відвідування занять і складання іспитів.

Безпосередні виконавці навчального процесу на основі регламентацій основних напрямів діяльності можуть конкретизувати програми, їх обсяг і терміни навчання. Внаслідок цього є відмінності в змісті програм, навчального навантаження і часу проведення курсів. Програми підготовки фахівців громадського здоров'я з біостатистики проводяться декількома циклами в межах V–IX семестрів. Наприклад, в медичному університеті м. Відень на викладання біостатистики, клінічної епідеміології та медичної інформатики виділено 212 академічних годин, в м. Інсбрук – 95, м. Берлін – 290, м. Гейдельберг – 60 академічних годин.

Таким чином, підготовці фахівців громадського здоров'я з біостатистики в медичних університетах Європи приділяється належна увага та виділено достатню академічних годин. Навчальні програми з цього предмету спрямовані на міжпредметну інтеграцію, мають модульну конструкцію, включають як обов'язкові так і заняття за вибором та факультативні, різноманітні форми навчання та кредитну систему, передбачають мобільність навчання.

С.С. Касинець

Особливості психічного здоров'я військовослужбовців як проблема системи громадського здоров'я

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців в останні роки набула актуальності у зв'язку з агресією на Сході України, яка призводить до збільшення кількості учасників бойових дій. Разом із бойовим досвідом, вони отримують не тільки фізичні, але й психологічні травми. Демобілізовані учасники АТО починають відчувати труднощі у процесі адаптації до мирного життя. Тому виникає потреба у якомога ранній діагностиці, пошуку ефективних шляхів адаптації та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, що побували в районі збройних конфліктів.

Мета роботи – вивчити особливості психічного здоров'я учасників АТО.

Матеріали та методи: на базі обласної МСЕК Полтавського обласного Центру МСЕК було опитано практичним психологом 225 хворих, серед них було 60 учасників АТО, 38 учасників бойових дій в Афганістані, 39 ліквідаторів ЧАЕС та 88 хворих з загальним захворюванням. Використовували шкалу госпітальної тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка має дві підшкали для окремої оцінки тривоги (HAS) та депресії (HDS). При інтерпретації даних

враховувався сумарний показник: 0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічно виражена депресія/тривога, понад 11 балів – клінічно виражена депресія/тривога.

Результати: серед 60 опитаних учасників АТО у 6 чоловік було встановлено ступінь втрати працездатності без ознак інвалідності та 54 особи було визнано інвалідами, серед яких III група інвалідності у 33 учасників АТО та II група – у 21 особи. У 34% учасників АТО, серед яких було встановлено ступінь втрати працездатності, сумарний бал за шкалою HAS складав 8–10 балів без клінічних проявів. У 12% учасників АТО, яких було визнано інвалідами III групи, та у 33%, яких було визнано інвалідами II групи, сумарний бал за шкалою HADS складав ≥ 11 балів з перевагою балів за шкалою тривоги (HAS). А у 42% учасників АТО з III групою інвалідності та у 38% з II групою, сумарний бал за шкалою HADS складав 8–10 балів.

Висновки: аналіз отриманих даних свідчить про значну (45%) поширеність тривоги серед учасників АТО, яку вони дуже часто не помічають. Але якщо їм вчасно не допомогти, то війна для них не закінчиться ніколи. Відповідно всім учасникам АТО необхідна консультація психолога та заходи соціально-психологічної реабілітації.