

Застосування методики проблемно-орієнтованого навчання з метою підвищення якості підготовки сімейних лікарів

В.І. Ткаченко, Л.В. Хіміон

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

В умовах активного реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини та необхідності забезпечити згідно із Законом України від 7 липня 2011 року № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» до 2020 року первинну ланку кваліфікованими сімейними лікарями через короткі терміни якості підготовки сімейних лікарів є недостатньою. Для забезпечення якості навчання в країнах світу застосовують різні методики, наприклад, розгляд клінічних випадків – у 29 країнах, структурований клінічний огляд пацієнта – у 15 країнах, навчання в групі – у 17 країнах, рольові ігри (стандартизований пацієнт) – у 16 країнах, методику Балінта – у 10 країнах, методику e-Portfolio (щоденник) – у 20 країнах, метод проблемно-орієнтованого навчання – у 22 країнах, безпосереднє спостереження викладача – у 28 країнах, відеоспостереження за роботою інтерна – у 18 країнах, непряме спостереження – у 20 країнах.

Проблемно-орієнтоване навчання – вид навчання в невеликих групах із застосуванням ситуаційних завдань після вивчення теоретичних даних з метою застосування їх слухачем на практиці. Проведені з 1990 року 4 системні аналізи щодо застосування проблемно-орієнтованого навчання у додипломній освіті засвідчили позитивні результати та більшу тривалість вживання знань, ніж при застосуванні традиційних методик. Ефективність та перевага даної методики доведені на додипломному етапі багатьма вченими, але на післядипломному етапі є лише поодинокі роботи із застосування цього підходу, наприклад, Paul B. Smits (2003) – за опитуванням слухачів виявлено незначну перевагу проблемно-орієнтованої методики над традиційною за ефективністю щодо кращого засвоєння, так і більш тривалого збереження і закріплення знань.

Мета дослідження – проаналізувати результати методи-

ки проблемно-орієнтованого навчання під час підготовки сімейних лікарів.

Матеріали та методи. Проведене опитування слухачів циклів щодо оцінювання запровадження нової методики за загальноприйнятою анкетною з оцінки навчання. Статистичний аналіз здійснювали за допомогою Excel 2003, 2007, SPSS.

Результати. Нами застосовано методику проблемно-орієнтованого навчання під час підготовки сімейних лікарів на циклах інтернатури, спеціалізації та тематичного удосконалення. Слухачам під час семінарських занять після обговорення теоретичних аспектів щодо проблеми надавали для вирішення стандартні ситуаційні завдання (клінічні випадки), які мали етапи вирішення – на початку слухачі повинні були визначитись з попереднім діагнозом та обсягом діагностичних досліджень, надалі їм оголошували результати обстеження і вони повинні були визначити тактику лікування та в подальшому, залежно від результату, – його корекцію чи направлення до інших спеціалістів. Таким чином, моделювалися найбільш часті випадки звернень пацієнтів до сімейного лікаря і відпрацьовувався алгоритм дій та особливості клінічного мислення лікаря відповідно до міжнародно-встановлених компетенцій лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Після проведених занять із застосуванням методики проблемно-орієнтованого навчання за анонімним анкетуванням лікарі виявляли більшу зацікавленість до викладеного матеріалу, відзначили незвичний підхід при вивченні матеріалу та краще його засвоєння у зв'язку з моделюванням стандартизованих випадків у загальнолікарській практиці.

Висновки. Застосування нових методик, зокрема проблемно-орієнтованого навчання, сприяє більшій зацікавленості слухачів та кращому засвоєнню матеріалу, а також підвищенню якості підготовки сімейних лікарів в цілому.

Перспективи дослідження якості життя ліквідаторів аварії на ЧАЕС у практиці сімейного лікаря

В.П. Синельник

Харківська медична академія післядипломної освіти

Минуло вже майже 30 років після трагедії, яка відбулася на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС). Для ліквідації наслідків аварії було залучено сотні тисяч чоловік, які при виконанні аварійно-рятувальних робіт різною мірою піддалися впливу іонізуючого випромінювання. У результаті цього в практичній медицині виникла необхідність надання амбулаторної та стаціонарної допомоги в загальносоматичних та спеціалізованих відділеннях ліквідаторам аварії на ЧАЕС. За даними чисельних досліджень, у структурі захворюваності серед ліквідаторів, на етапі віддалених наслідків переважають захворювання серцево-судинної системи (ССС). За даними літератури, захворюваність та

смертність від цієї патології, а також рівень коморбідності (поєднання захворювань ССС із захворюваннями інших органів та систем, у тому числі і захворювань травного тракту), у ліквідаторів аварії на ЧАЕС достовірно вище, ніж у загальній популяції. Таким чином, окрім лікувально-профілактичних методів терапії важливу роль в медицині відіграє й оцінка якості життя (ЯЖ) цих пацієнтів. Дані про ЯЖ, отримані до лікування, можуть дати сімейному лікарю цінну інформацію про можливість результату захворювання при використанні цього методу терапії і, таким чином, допомогти у виборі правильної стратегії лікування.

ЯЖ оцінюють за критеріями, які характеризують сфери

фізичного, психічного, емоційного і соціального комфорту індивідуума. ЯЖ характеризує не стільки тяжкість патологічного процесу, скільки те, як пацієнт переносить своє захворювання. Вивчення ЯЖ є надійним і простим методом оцінювання загального благополуччя та загальноприйнятим у міжнародній практиці методом оцінювання стану здоров'я населення. Йому притаманна висока інформативність та чутливість. Цей метод можна застосовувати в одній людині, групі осіб, різних прошарків населення, а також суспільства в цілому. Загальноприйнятим інструментом оцінювання ЯЖ є опитувальник, який заповнює хворий до лікування, під час лікування і після його завершення. Маючи деякий кількісний показник ЯЖ, отриманий при тестуванні, можна судити про ЯЖ хворого взагалі або про його динаміку. Цінність методики визначення ЯЖ пацієнтів полягає у тому, що вона дозволяє оцінити суб'єктивну міру благополуччя пацієнтів і їхнє задоволення умовами свого життя та відображає індивідуальне сприйняття свого життя у таких сферах, які пов'язані зі здоров'ям. Вона дає змогу визначити суб'єктивну оцінку фізичного стану, психологічних функцій, ступінь соціальної адаптації хворих, що необхідно для більш повного розуміння лікарем проблем пацієнта та формування правильного індивідуального терапевтичного підходу.

За специфічністю виділяють три види основних опитувальників: загальні, приватні та спеціалізовані. Однією з важливих вимог до опитувальників, які використовуються, – це наявність високої валідності та надійності. Під надійністю розуміють ступінь узгодженості двох незалежних отриманих видів показників, які характеризує показник кореляції. Під валідністю опитувальника розуміють ступінь придатності методики з метою дослідження. Для вивчення ЯЖ у кардіології використовують такі опитувальники: MOS-SF-36, CARDIAC, SAQ, WHOQOL-100 та ін. Дані про ЯЖ, отримані до лікування, можуть дати лікарю цінну інформацію про можливість результату захворювання при використанні цього методу терапії і, таким чином, допомогти у виборі правильної стратегії лікування у ліквідаторів аварії на ЧАЕС. Оцінювання ЯЖ також має важливе значення на етапі реабілітації хворого. Реабілітаційні програми розробляють на основі даних про ЯЖ. Дані про ЯЖ можуть бути корисні для оцінювання роботи лікувального відділення або лікувального закладу взагалі. Органи охорони здоров'я можуть використовувати результати оцінювання ЯЖ при розробленні заходів щодо покращення системи охорони здоров'я.

Восстановление репродуктивной функции у женщин с хроническим эндометритом в практике семейного врача

Л.В. Снопкова, В.И. Черепова, Л.И. Кандыба, И.Н. Сыкал
Харьковская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время воспалительные заболевания половых органов продолжают оставаться одним из частых факторов нарушения репродуктивной функции женщин – невынашивания. В мультифакторной природе невынашивания выделяется хронический эндометрит, являющийся самостоятельной нозологической формой. Актуальность проблемы хронического эндометрита обусловлена повышением его частоты с расширением внутриматочных вмешательств, эволюцией микробной флоры и наибольшей распространенностью в возрастной группе 21–45 лет, наиболее важной для реализации репродуктивной функции. Все это оправдывает необходимость совершенствования ведения женщин с хроническим эндометритом, частота которого составляет 2,6–19,2%.

Хронический эндометрит – это синдром, проявляющийся морфологическими повреждениями эндометрия: торможением пролиферации, неполноценностью секреторных изменений для имплантации и функциональной несостоятельностью в виде снижения рецептивности и негормональной недостаточности II фазы.

В практике семейного врача в наблюдении за женщинами с хроническим эндометритом следует выделить 2 этапа: диагностика и лечение.

I этап – диагностика.

1. Данные анамнеза об абортax, выскабливаниях, использовании ВМС 3–5 и более лет, воспалительных заболеваниях придатков матки, менструальной и генеративной функциях. Оценка клинических проявлений: нарушения менструального цикла, перименструальные кровотечения. Хронический эндометрит может протекать зачастую субманифестно или асимптомно.

2. Выявление инфекционно-этиологического патогена (лабораторные методы). В большинстве случаев это комбинированная персистирующая инфекция (хламидии, микро-

уреаплазма, вирус герпеса, Candida, кокки грамположительные). При этом у 47–50% женщин этиологический фактор вообще выявить не удастся.

3. Инструментальные методы: УЗИ-мониторинг трансформации эндометрия, несоответствие и запаздывание на 3–4 дня циклических изменений эхо-эндометрия; доплерометрия – нарушение кровотока в маточных и спиральных артериях; гистероскопия – биопсия эндометрия.

4. Гистологическое исследование эндометрия дает возможность верификации диагноза хронического эндометрита: склеротические изменения базального и функционального слоя эндометрия, фиброз стромы, деформация желез.

II этап – лечение.

1. Традиционное противовоспалительное: неспецифическое, антибактериальное. Оправданно эмпирическое, при невыявленном патогене, рекомендованы препараты с широким спектром действия.

2. Восстановление рецептивной активности эндометрия – стимуляция его рецепторов: негормональная (санаторно-курортное лечение, физиотерапия, бальнеотерапия); гормональная: натуральные гестагены (прогестерон) во II фазе цикла или эстрогены в сочетании с гестагенами в течение 3 мес.

Комбинированное поэтапное лечение хронического эндометрита приводит к морфофункциональному восстановлению эндометрия и обеспечивает благоприятные условия для имплантации и развития плодного яйца. Таким образом, осведомленность семейных врачей о маточном факторе невынашивания – хроническом эндометрите – даст возможность значительно повысить совместно с акушерами-гинекологами эффективность оказания помощи, что будет способствовать повышению фертильности и снижению репродуктивных потерь.