

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL

# GRAIL OF SCIENCE

№ 50 (March, 2025)

with the proceedings of the:  
IX Correspondence International  
Scientific and Practical Conference

## **AN INTEGRATED APPROACH TO SCIENCE MODERNIZATION: METHODS, MODELS AND MULTIDISCIPLINARITY**

held on March 21<sup>st</sup>, 2025 by

NGO European Scientific Platform  
(Vinnytsia, Ukraine)  
LLC International Centre Corporative  
Management (Vienna, Austria)

МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

# ГРААЛЬ НАУКИ

№ 50 (березень, 2025)

за матеріалами:  
IX Міжнародної науково-  
практичної конференції

## **AN INTEGRATED APPROACH TO SCIENCE MODERNIZATION: METHODS, MODELS AND MULTIDISCIPLINARITY**

що проводилася 21.03.2025

ГО «Європейська наукова  
платформа» (Вінниця, Україна)  
ТОВ «International Centre Corporative  
Management» (Відень, Австрія)



КРИТЕРІЇ, ПОКАЗНИКИ ТА РІВНІ СФОРМОВАНOSTІ МОРАЛЬНОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ Павленко І.Г., Алексєєва О.Р. ....	707
МАЙНДФУЛНЕС ТА ЕМОЦІЙНА СТІЙКІСТЬ Лопатинська І.С. ....	714
ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ ВИХОВНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В ЗАКЛАДІ ОСВІТИ В УМОВАХ ДІЇ ПРАВОВОГО РЕЖИМУ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ Борисенко Н.О., Гречаник О.Є. ....	720
ФЕНОМЕН ПАРТНЕРСТВА ЯК КЛЮЧОВИЙ ЧИННИК РОЗВИТКУ СУЧАСНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ Анісімова О.Е. ....	726
ФОРМИ ТА МЕТОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ НА БАЗІ КАФЕДРИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ З ЗДМФУ Акімова Л.С., Чорна І.В., Кошля О.В. ....	733

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

TEACHING TEXT MEDIATION SKILLS TO ENGINEERING STUDENTS IN THE ENGLISH LANGUAGE CLASSROOM Kotkovets A., Korbut O. ....	742
АКТИВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ОСВІТІ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ Брюховецька І.В., Тригуб А.Ю. ....	745
ПРАКТИКО ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ: ЗАСОБИ ВПРОВАДЖЕННЯ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ Вишківська В.Б., Прокоф'єв Є.Г., Ілішова О.М. ....	748
ПРОЄКТНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ПОЧАТКОВІЙ ОСВІТІ Мацільюк О.Ю., Войтович А.Ю. ....	752
ТЕХНОЛОГІЯ КОНТЕКСТНОГО НАВЧАННЯ: ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ У ВИЩІЙ ШКОЛІ Патлайчук О.В., Западинська І.Г. ....	756

**РОЗДІЛ XXV.  
ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ****СТАТТІ**

РОЗВИТОК СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА НАВИЧОК САМОМЕНЕДЖМЕНТУ ЯК ЗАСІБ АДАПТАЦІЇ ДО НЕПЕРЕДБАЧУВАНИХ СИТУАЦІЙ У НАВЧАЛЬНО-ДОСЛІДНИЦЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ Єремєєв Є.Ю., Коробкіна Т.В. ....	759
---	-----

DOI 10.36074/grail-of-science.21.03.2025.096

# ФОРМИ ТА МЕТОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ НА БАЗІ КАФЕДРИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ З ЗДМФУ

Акимова Лілія Сергіївна

асистент кафедри внутрішніх хвороб З

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна*

Чорна Інна Володимирівна

канд.мед.наук, доцент кафедри внутрішніх хвороб З

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна*

Кошля Олена Володимирівна

канд.мед.наук, доцент кафедри внутрішніх хвороб З

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна*

**Анотація:** Використання знань та інформації, набутих студентами в процесі навчання в медичному університеті, на практиці – необхідна і невід’ємна складова становлення майбутнього лікаря і системи медичної освіти в цілому. Інтеграція теоретичних знань з практичною діяльністю та надання можливості студентам старших курсів отримувати клінічний досвід повинні забезпечуватись викладачами клінічних кафедр медичних університетів на базі лікувальних закладів, діагностичних та лабораторних центрів. В статті обґрунтовано важливість та необхідність покращення практичної підготовки студентів старших курсів медичних університетів, запропоновано і досліджено форми та методи оптимізації практичної підготовки, детально розглянуто вплив різних видів активності на практичних заняттях з клінічних дисциплін на формування окремих компетенцій, вмінь та навичок майбутнього лікаря.

**Ключові слова:** практична підготовка; професійні компетенції лікаря; клінічна кафедра; клінічна база; лікувальна діяльність.

Студенти старших курсів, з якими ми працюємо на кафедрі внутрішніх хвороб З, стоять на порозі важливого та відповідального етапу – початку практичної діяльності в якості лікаря-інтерна. Зовсім скоро їм доведеться приймати самостійні рішення і брати на себе відповідальність за пацієнтів. Після закінчення медичного університету студентам необхідно буде інтегрувати теоретичний матеріал, який вони вивчали протягом шести років, з практичними аспектами роботи лікаря, та навчитися застосовувати знання на практиці, реалізовувати їх у вигляді конкретних дій. Одне неможливо без іншого, теорія та практика в роботі лікаря – це послідовні і взаємопов’язані етапи



процесу клінічної діагностики та лікування. Неможливо займатися практичною діяльністю, не маючи достатнього теоретичного підґрунтя, і недоцільно вивчати теорію, не застосовуючи її на практиці. Італійський математик, винахідник, інженер, натураліст, художник Леонардо да Вінчі писав: «Наука – полководець, а практика – солдати», адже теорія – це ідея, напрямок та план, а практика – реалізація цього плану. «Знання не є силою, поки воно не застосовується на практиці» - неодноразово говорив на своїх виступах Дейл Карнегі, американський психолог, педагог, письменник і публіцист.

На жаль, ми маємо дуже серйозну проблему на етапі інтеграції теоретичної підготовки та практичних вмій. Використанню набутих знань на практиці в медичних університетах приділяється недостатньо уваги та часу, а також в багатьох випадках можна помітити відсутність чіткої стратегії, форм та методів для проведення симуляційних практичних занять. Студенти старших курсів більшість часу на занятті проводять в учбовій кімнаті за вивченням теоретичного матеріалу. А найбільш ефективно навчання відбувається біля ліжка хворого. В результаті ми маємо молодих людей, які все знають, і нічого не вміють. Не вміють застосовувати величезний багаж знань і фактів для вирішення реально існуючих проблем. Така тенденція спостерігається не тільки в нашій країні, а й у всьому світі. Проблема ця існує і в навчальних закладах країн третього світу, і в найпрестижніших університетах зі світовим ім'ям – в Гарварді, Оксфорді, Стенфорді. Метт Маккарті, британський лікар та автор відомої книги про свої студентські роки та інтернатуру «Справжній лікар скоро підійде» іронізував з цього приводу і писав: «Коли у пацієнта стається серцевий напад, студент Гарварду інстинктивно біжить не до його ліжка, а в бібліотеку, щоб почитати про біль у грудях» [1]. Про те, що в медичних університетах недостатньо уваги приділяється навчанню застосовувати знання на практиці, розмірковував у своїй книзі «Імператор усіх хвороб. Біографія раку» і Сіддгартха Мукерджі, відомий лікар-онколог індійського походження. Він писав: «Стаючи інтерном, потім стажером, потім ординатором в онкології, я помітив, що моя підготовка дуже неповна. Так, мені потрібні основи цитології, щоб зрозуміти, наприклад, чому результати переливання тромбоцитів у більшості пацієнтів зберігаються лише 2 тижні (бо тромбоцити в людському тілі живуть лише 2 тижні). Заняття з анатомії допомогли мені зрозуміти чому пацієнт після операції прокинувся з паралізованою нижньою частиною тіла (в артерії, яка постачає кров до нижньої частини спинного мозку, утворився тромб, спричинивши «інсульт» спинного мозку). Знання фармакології дозволяють не забувати чому певний антибіотик приймається 4 рази на день, тоді як його близький молекулярний «родич» - лише раз (вони з різною швидкістю розпадаються в тілі). І водночас я швидко зрозумів, що всю цю інформацію можна знайти в один клік в інтернеті або в довіднику. Бракувало інформації про те, що з усім цим робити, особливо коли дані непевні, неповні або неопрацьовані. Чи ефективно та безпечно лікувати гострий лейкоз у сорокарічної жінки за допомогою агресивної трансплантації кісткового мозку, якщо в неї різко гіршає загальний стан здоров'я? Чи може таке лікування ще більше погіршити її стан? Але що як різке погіршення загального стану викликано якраз лейкозом?» [2]. І ця проблема, до речі, не нова і не сучасна. Молоді і недосвідчені лікарі завжди лякали пацієнтів або ставали предметом

жартів. Марк Твен іронізував з цього приводу, пишучи: ««Він почав медичну практику рік тому і мав двох пацієнтів – чи, скоріше, трьох, так, трьох: я був на їх похоронах» [3].

Отже, незважаючи на величезну кількість прочитаного матеріалу та вивчених фактів, формул, термінів, студенти дуже часто не вміють застосувати їх для вирішення реальних клінічних проблем. І в першу чергу через те, що просто не мали такого досвіду. Немає жодного іншого шляху для оволодіння практичними навичками, окрім тренування. Американський журналіст, письменник та публіцист Наполеон Хілл казав: «Майстерність приходить тільки з практикою і не може з'явитись лише в ході читання інструкцій». Тож, наша задача – виділити час та дати можливість студентам в клініці працювати не з підручником, а з пацієнтом, ділитися своїм практичним досвідом та контролювати і регулювати процес опанування практичними навичками. Роль практики для формування професійних компетенцій майбутнього лікаря неможливо переоцінити, вона величезна. Але для того, щоб оволодіти навіть найпростішою навичкою, недостатньо виконати дію декілька разів. Рівень виконання навички прямо пропорційний кількості часу, яку витратили на тренування.

На початку 1990-х психолог Андерс Еріксон провів дослідження в Академії музики з Берліні. За допомогою викладачів студентів-скрипалів розділили на три групи. В першу увійшли зірки, майбутні потенційні солісти світового класу, в другу – ті, кого оцінили як перспективних, в третю – студенти, які навряд чи могли б стати професійними музикантами. Всім учасникам задали єдине питання: скільки годин ви практикувалися з того моменту, як вперше взяли до рук скрипку, і до сьогоднішнього дня. Майже всі студенти почали грати приблизно в одному віці – в п'ять-шість років. І протягом перших кількох років всі займалися приблизно однаково довго – 2-3 годин на тиждень. Але приблизно у віці 8 років почали з'являтися розбіжності. Студенти, яких вважали кращими в класі, почали займатися більше за інших: к 9 рокам – по 6 годин на тиждень, к 12 – по 8, к 14 – по 16, і так до 20 років, коли вони стали займатися по 30 годин на тиждень. Таким чином, у кращих студентів до 20-річного віку в суммі набиралося до 10000 годин занять, у студентів середнього рівня – до 8000, а у гірших студентів – не більше 4000 годин. Цікавим є той факт, що Еріксону з колегами не вдалося знайти жодної людини, яка б досягла високого рівня майстерності, не прикладаючи особливих зусиль і практикуючись менше, ніж однолітки. Не було виявлено і тих, хто працюючи над собою з усіх сил, так і не вирвався вперед просто через те, що не володів необхідними якостями, схильностями чи талантом. «Думка про те, що досягнення високого рівня майстерності в складних видах діяльності неможливе без певного об'єму практики, не один раз висловлювалась і доводилась в дослідженнях щодо професійних компетенцій. Науковці навіть вивели чарівне число, яке веде до майстерності – 10000 годин.» - Малькольм Гладуелл в книзі «Генії та аутсайтери» [4]. Невропатолог Даніель Левітін пише: «З багаточисельних досліджень вимальовується наступна картина: про яку б область не йшла мова, для досягнення рівня майстерності, співставного зі статусом експерта, потрібно 10000 годин практики. В дослідженнях, об'єктами яких ставали композитори, баскетболісти, хокеїсти, письменники, фігуристи, шахматисти, і навіть злочинці - крадії-карманники та викрадачі автомобілів, ця цифра



зустрічається з дивовижною регулярністю.» Отже, чим більше практики, тим вищий рівень майбутнього лікаря.

Формула хорошого практикуючого лікаря має всього три складових – це теоретичні знання, помножені на зусилля і на час, приділений своєму професійному розвитку. Якщо знань немає, то скільки б часу не проводив студент в лікарні, в результаті множення на нуль, він отримає нуль. А наявність певного рівня знань, якщо помножити його на постійно зростаючі зусилля та час, проведений за практичною діяльністю, буде давати все вищий і вищий результат. Дуже важливо, щоб студенти, вивчаючи клінічні дисципліни, могли спілкуватися з хворими, оглядати, бачити, пальпувати, торкатися. Метт Маккарті дуже влучно сформулював це, коли писав: «Мені було складно вивчати медицину за підручниками. Я відчував необхідність побачити своїми очима, пощупати, обговорити. Багато я дізнався саме під час обходів пацієнтів» [1].

Можна виділити декілька складових практичної підготовки студента, які є незамінними при проведенні симуляційних занять на клінічних кафедрах.

### **1. Побудова тематичного плану занять**

На молодших курсах, коли студенти тільки починають вивчати клінічні дисципліни, тематичний план занять будується за нозологічним принципом. Це корисний підхід, щоб оволодіти необхідним теоретичним матеріалом та запам'ятати основну інформацію про різні захворювання. Але на старших курсах такий підхід є недоцільним та навіть шкідливим, адже він ніби заганає студентів у вузький коридор, де не можна і не треба відхилитися ні на крок від якоїсь конкретної нозології. Використання таких планів не стимулює клінічне мислення та не потребує включати й розвивати одне з найважливіших вмінь клініциста – вміння проводити диференційну діагностику. Студент автоматично налаштований на те, що сьогодні всі задачі, всі питання, всі тести будуть стосуватися однієї, вже озвученої патології. І замість клінічного мислення на занятті студент відтворює запам'ятований матеріал. Тому на старших курсах необхідно адаптувати плани занять, щоб вони відповідали реальним життєвим ситуаціям та скаргам пацієнтів, з якими зіштовхнеться лікар в своїй практиці. Доцільніше будувати плани за синдромальним принципом, наприклад, «Ведення пацієнта з кашлем» або «Ведення пацієнта з абдомінальним болем». Причиною абдомінального болю може бути виразкова хвороба, панкреатит, гепатомегалія, жовчнокам'яна хвороба, захворювання нирок та сечовивідних шляхів, аневризма аорти, і навіть пневмонія або інфаркт міокарда. Отже така тематика заняття стимулює студентів пригадувати багато інформації з усіх розділів внутрішньої медицини, аналізувати, синтезувати, використовувати клінічне мислення для того, щоб встановити діагноз при наявності даного синдрому. Це вже не вузький коридор, це широке поле, в якому необхідно знайти потрібну стежку. А саме цим ми і займаємося на старших курсах – вчимо студентів спортивному орієнтуванню на пересіченій місцевості ознак, симптомів, синдромів та нозологій.

### **2. Візуалізація та наочність**

Під час розбору теоретичних основ теми заняття дуже корисним є використання наочних матеріалів – плакатів, таблиць, малюнків, мультимедійних презентацій, манекенів, моделей здорових та патологічно змінених органів та систем, адже чим більше рецепторних систем задіяно в сприйнятті, тим краще відбувається процес розуміння матеріалу та його

запам'ятовування. Наочність допомагає краще зрозуміти сутність патологічного процесу або захворювання, що створює міцний фундамент для призначення діагностичних методів та лікувальних засобів – ми розуміємо які зміни в органах ми будемо шукати і на які процеси ми будемо впливати, призначаючи певні ліки.

### **3. Огляд та фізикальне обстеження**

В наш час сучасних технологій лікарі і студенти стали недооцінювати такі базові інструменти роботи лікаря, як збір та аналіз скарг, анамнезу, огляд та фізикальне обстеження. Але що робити, якщо ці методи недоступні, пацієнт не має фінансової змоги для проходження певних високотехнологічних обстежень, або він у критичному стані і у вас є всього декілька хвилин, щоб його обстежити, зрозуміти причину та надати екстрену допомогу? Навіть в більш спокійній атмосфері амбулаторного прийому правильно проведений огляд та фізикальне обстеження можуть дати лікарю безліч підказок та натяків на певне захворювання, і тим самим дати коректний вектор в подальшій діагностиці. Це підвищує рівень довіри і прихильності пацієнта до лікаря. Таким чином, ще одна наша задача – це відпрацювання зі студентами практичних навичок фізикального обстеження. Це базис, яким вони повинні володіти на високому рівні. На думку спадає історія з книги «Буде боляче» відомого британського акушера-гінеколога, письменника і коміка Адама Кея: «Помічаю, що всі пацієнти в палаті мають однаковий пульс – шістдесят ударів, який інтерн заносить до температурного листа, тому потайки вивчаю, як саме він виконує вимірювання. Він знаходить пульс пацієнта, дивиться на годинник і ретельно рахує кількість секунд на хвилину» [5]. Тож навіть така банальна навичка, як підрахунок пульсу потребує нашої уваги – ми, викладачі, повинні бути впевнені, що студент проводить фізикальне обстеження методично правильно.

### **4. Медичні прилади та девайси**

На столі у сучасного терапевта лежить безліч медичних приладів та девайсів, які так само, як і фізикальне дослідження, можуть надати багато корисної і важливої інформації про пацієнта. Термометр, тонометр, пульсоксиметр, глюкометр, гемоглобінометр, пікфлоуметр дозволяють швидко оцінювати вітальні функції та метаболічні процеси в тілі пацієнта, допомагають провести більш повну оцінку стану, отримати додаткові відомості для диференційної діагностики. Отже, навчити студента користуватися такими приладами під час прийому пацієнта та правильно інтерпретувати їх результат – ще один крок в опануванні практичних засад підготовки.

### **5. Опанування базових маніпуляційних навичок**

Ми часто чуємо від досвідчених клініцистів, що хороший лікар має вміти робити все, але, на жаль, сучасні студенти не приділяють достатньої уваги тренуванню, так званих, сестринських, або маніпуляційних навичок. За нашим переконанням, студент-медик повинен за період навчання оволодіти технікою таких маніпуляцій, як ін'єкції, інфузії, катетеризація, забір крові, перев'язки. Кажуть, що краще один раз побачити, ніж сто разів почути. Можна продовжити цю фразу таким чином - краще один раз зробити, ніж сто разів побачити.

### **6. Клінічні мультидисциплінарні обходи та консилиуми**

Участь студентів клінічному обході та в мультидисциплінарних консилиумах дозволяє їм за короткий проміжок часу побачити велику кількість



пацієнтів з різноманітними проблемами, складних і коморбідних пацієнтів, хворих із рідкісними захворюваннями та почути експертну думку досвідчених лікарів стосовно кожного випадку.

### 7. Поліклінічний прийом

Амбулаторний прийом в поліклініці ставить лікаря в жорсткі рамки стосовно таймінгу консультації, вимагає від лікаря багатозадачності та вміння зберігати високий рівень концентрації та пильності, швидко переключатися на іншого пацієнта з абсолютно іншими проблемами. Для студентів медичних університетів амбулаторний прийом – одне з кращих місць для практики, де він вчиться застосовувати свої знання та вміння, комунікувати з пацієнтом, виділяти найважливіше, звертати увагу на непримітні на перший погляд деталі та ознаки. Обмежений час – сам по собі гарний вчитель, адже стимулює думати і діяти швидко і точно. Щоб продемонструвати до якого рівня майстерності варто прагнути лікарю, хочу навести уривок з книги Сіддгартхи Мукерджі «Закони медицини». Ще будучи студентом, цей відомий лікар проходив практику в онкологічному центрі і ось що він писав: «Одного разу я бачив як блискучий онколог приймає пацієнтку з раком легень. Огляд проходив загалом звично. Він прослухав її серце та легені, подивився чи немає на шкірі висипань, попросив пройти кабінетом. А потім, наприкінці огляду, засипав її дивними питаннями. Лікар метушився за своїм письмовим столом, заповнюючи документи, і назвав неправильну дату. Пацієнтка засміялась і виправила його. Він запитав куди вона востаннє ходила гуляти з друзями, чим зараз захоплюється її дитина, чи не змінився в неї почерк, чи дивиться вона нове комідійне шоу, яке виходить після опівночі, коли восени вона починає вдягати рукавички і чи не вдягає вона другу пару шкарпеток під черевики. Коли жінка вийшла, я запитав, навіщо він говорив про все це. Відповідь була навдивовижу простою: він шукав ознаки депресії, тривожності, безсоння, нейропатії та безлічі інших ускладнень, які могли бути спричинені хворобою або терапією. Процес був настільки відпрацьованим, що його запитання, здавалося б, незрозумілі, влучали точно в ціль, як вигострені стріли. Він пояснив мені, що жінка може розгубитися, якщо запитати чи нема в неї ознак нейропатії. Але вона обов'язково згадає, що у неї мерзнуть ноги і вона вдягає зайву пару шкарпеток. Вона може боятися або соромитися визнати, що у неї депресія, апатія та тривожні думки. Але оцінивши її соціальну активність та залученість в життя своєї родини та друзів, лікар може зробити певні висновки про наявність або відсутність таких проблем. І дату легше пригадати, якщо тебе спеціально запитують. А от виправити чужу помилку – це вже інший рівень концентрації, пам'яті та когнітивних здібностей.» [6]. Як бачимо, правильний збір скарг, анамнезу, виявлення прихованих та непомітних навіть самому пацієнту ознак хвороби, аналіз вірогідності виникнення певної проблеми або ускладнення, а ще й забезпечення комфорту пацієнта під час такої бесіди, потребує величезної майстерності, яка відточується та вдосконалюється роками. І починати практикуватись в цьому необхідно якомога раніше.

### 8. Курація пацієнтів

Закріплення за студентом палати під час циклу на клінічній кафедрі покладає на нього більшу відповідальність, ніж споглядання та дискутування під час консилиуму. А відповідальність – це дуже потужний стимулятор активності,



пошуку інформації про хворобу, її діагностику та лікування. Це сприяє високому рівню розуміння патології, виробленню стратегії та алгоритму її діагностики і лікування, дає можливість спостерігати за перебігом хвороби і одужання в динаміці, корегувати терапію, виявляти побічні або небажані ефекти ліків, а також вчить студента спілкуватися з пацієнтом, пояснювати, надавати рекомендації в доступній формі. Пацієнт зі скаргами, хвилюваннями та очікуваннями, питаннями та уточненнями гарантовано не залишить студенту шансів покинути якість аспекти певної хвороби недослідженими. «У мене було стійке переконання, що якщо я проконтактував з пацієнтом, доторкнувся до нього, то я за нього відповідальний» писав Метт Маккарті в своїй книзі «Справжній лікар скоро підійде». [1]. І це дійсно працює саме таким чином і сприяє формуванню професійних компетенцій.

### **9. Інтерпретація результатів інструментальних та лабораторних досліджень**

Важливою складовою роботи лікаря є інтерпретація результатів аналізів у відповідності зі стандартами діагностики, з урахуванням клінічної картини, індивідуальних особливостей, супутніх захворювань пацієнта. І цей етап зазвичай викликає складнощі через брак досвіду роботи з результатами обстежень. Ми на нашій кафедрі надаємо великого значення цьому аспекту та на кожному практичному занятті надаємо студентам копії результатів обстежень для тренування в інтерпретації, коригуємо та контролюємо цей процес, пояснюючи деталі кожного випадку.

### **10. Ведення медичної документації**

Велика частина робочого часу лікаря йде на заповнення медичної документації. Оформлення первинних оглядів, консультаційних заключень, історії хвороби та виписних епікризів дає можливість структурувати свої думки та ідеї, надати чітку форму своїм спостереженням та знахідкам, накладаючи їх на матрицю з чітких пунктів «скарги», «анамнез хвороби», «анамнез життя», «діагностичні призначення», «лікування» і т.д.

Також ми знаходимось зараз на фінальному етапі комп'ютеризації медичної допомоги і все більше медичних закладів переходять на ведення документації в електронному вигляді, користуючись такими платформами, як DrEleks, HelsiPro, HelsiMe та іншими локальними внутрішньолікарняними сервісами. Вміння працювати з цими електронними платформами – актуальна, сучасна та важлива компетенція лікаря. І це потребує € безліч технічних тонкощів, налаштувань, розділів, секцій та форм, які необхідно заповнювати правильно не тільки з медичної точки зору, а ще й з технічної, і тому досвід роботи з ними під керівництвом викладача дуже цінний.

### **11. Командна робота і конкуренція**

В сучасній медицині неймовірно високий рівень конкуренції серед лікарів. Сьогодні для того, щоб досягти успіху, недостатньо добре виконувати свою роботу. Потрібно виконувати її ідеально, виконувати краще за інших, тому важливою та актуальною задачею є навчити студентів працювати в умовах конкуренції, робити акцент на власному безперервному розвитку, конкурувати чесно та гідно. Таким самим невід'ємним компонентом сучасної медицини є командна робота. Галузь медичних знань та технологій, фармацевтики розширюється з високою швидкістю, і один лікар не може володіти всіма



необхідними знаннями та компетенціями. Саме тому зараз існує тенденція до створення мультидисциплінарних команд в клінічній роботі. Підхід, який імітує ці дві тенденції, та дозволяє студентам краще зрозуміти середовище, в якому вони будуть працювати – це розділення студентів на практичному занятті на невеликі групи, які конкурують між собою у виконанні певної задачі. Робота в команді допомагає налагоджувати комунікацію, розвивати навички взаємодії з колегами, розподіляти обов'язки, ділитись досвідом, виробляти комплексний підхід до менеджменту пацієнта, а конкуренція стимулює робити все це швидше та якісніше.

### **12. Створення гуртка терапевтичного спрямування на базі кафедри**

Для студентів, які планують пов'язати своє майбутнє з терапією, сімейною медициною або вузькими терапевтичними спеціальностями, було б доцільно створення на базі кафедри терапевтичного гуртка для більш глибокого вивчення терапевтичних дисциплін та оволодіння практичними навичками. Заняття в гуртку можуть включати курацію складних коморбідних пацієнтів, розбір та обговорення цікавих та незвичайних випадків з практики, оволодіння інструментальними методами діагностики (наші спеціалісти володіють необхідними компетенціями і на кафедрі є обладнання, що дозволяє навчати таким методикам, як запис та інтерпретація ЕКГ, спірометрія, добове моніторування артеріального тиску, холтер-ЕКГ, ультразвукове дослідження внутрішніх органів, С13-сечовинний дихальний тест на *H.pylori*), розбір сучасних протоколів та гайдлайнів по веденню пацієнтів, творчі завдання у вигляді створення ментальних карт з диференційної діагностики синдромів у практиці внутрішньої медицини та графічного оформлення алгоритмів ведення хворих, які дозволяють не тільки краще систематизувати знання та опанувати навички, а ще й стануть фундаментом для створення власної «скарбнички» матеріалів та напрацювань для майбутнього лікаря, які він зможе використовувати на практиці.

### **13. Спілкування з пацієнтами**

Робота з людьми є найбільш складним аспектом лікарської практики. Лікар повинен вчитися чітко доносити свої думки, пояснювати простими словами складні явища, вміти переконувати, в певних моментах наполягати, навчитися «відчувати» пацієнта – його настрій, думки, страхи, знати в яких ситуаціях та з якими пацієнтами застосувати партнерську модель, а де – бути більш авторитарним. «В медичній школі ми вивчали величезну кількість теорії, корпіли над книгами. На практиці виявилось, що головне для лікаря – вміти спілкуватися з людьми» - пише в цього приводу Метт Маккарті [1]. Досвід комунікації з пацієнтом незамінний з перших років навчання в медичній школі. Емоційна складова роботи і, відповідно, навчання керувати своїми емоціями і почуттями під час роботи посідає одне з перших місць в підготовці лікаря. «Це дивно, але найскладнішим в моїй роботі терапевта є те, що не має безпосереднього відношення до медицини. Це гнів, смуток, журба, розчарування, любов, радість, трагедія, страх, співчуття, ненависть та втрати» - Макс Скиттл в книзі «Детектив в білому халаті» [7]. Підсумовуючи, можна сказати, що чим більше часу студент буде приділяти спілкуванню з пацієнтами, тим більшого прогресу він в результаті буде досягати в їх лікуванні та відновленні якості життя.

Як ми змогли переконалися, підготовка студента до того, щоб стати лікарем – це не просто перевірка наскільки добре вивчений матеріал. Наша задача – спланувати роботу на занятті і обрати форми і методи так, щоб вони симулювали реальну практичну діяльність лікаря і студенти могли повністю реалізувати свій потенціал та застосувати знання на практиці.

#### **Список використаних джерел:**

- [1] McCarthy, M. (2023). *The real doctor will see you shortly: A physician's first year*. St. Martin's Press.
- [2] Mukherjee, S. (2010). *The emperor of all maladies: A biography of cancer*. Scribner.
- [3] Twain, M. (1885). *The adventures of Huckleberry Finn*. Charles L. Webster and Company
- [4] Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*. Little, Brown and Company.
- [5] Kay, A. (2017). *This is going to hurt: Secret diaries of a junior doctor*. Picador.
- [6] Mukherjee, S. (2015). *The laws of medicine: Field notes from an uncertain science*. TED Books.
- [7] Skittle, M. (2022). *Bloke in a white coat: A doctor's tale of disillusionment*.

---

## **FORMS AND METHODS OF OPTIMISATION OF PRACTICAL SKILLS TRAINING OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL DISEASES 3 ZSMPU**

Liliia Akimova

Assistant of the Department of Internal Diseases 3  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine

Inna Chorna

Ph.D. in Medical Sciences, Associate Professor  
Department of Internal Diseases 3  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine

Olena Koshlia

Ph.D. in Medical Sciences, Associate Professor  
Department of Internal Diseases 3  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine

**Summary:** *The use of knowledge and information acquired by students in the process of studying at a medical university in practice is a necessary and inseparable component of the formation of a future clinician and the medical education system as a whole. The integration of theoretical knowledge with practical activities and the provision of opportunities for upper year students to have clinical experience should be provided by teachers of clinical departments of medical universities on the basis of medical clinics, diagnostic and laboratory centres. The article substantiates the importance and necessity of improving the practical training of upper-year medical students, proposes and studies the forms and methods of optimising practical training, and discusses in detail the impact of various types of activity in practical classes in clinical disciplines on the formation of certain medical competencies, skills and abilities of a future doctor.*  
**Keywords:** *practical training; professional competences of a clinician; clinical department; clinical base; medical practice.*