

поглибленого вивчення з використанням різних джерел надходження інформації й консультації з викладачем (висококваліфікованим спеціалістом). Саме такий підхід значно підвищує мотивацію і зменшує аудиторний час, необхідний для опанування і вдосконалення навичок і вмій з викладачем.

Іноді за відсутності можливості демонстрації, огляду, спілкування з реальним пацієнтом виникає необхідність у залученні елементів «симуляційної» медицини, які широко застосовуються на кафедрі.

Створюючи симуляційний клінічний випадок із лікарями-інтернами 1 року навчання, викладач розробляє план і структуру віртуального пацієнта або гри-презентації із залученням лікарів-інтернів. Викладач розподіляє між інтернами ролі (віртуально описати чи продемонструвати скарги, анамнез, об'єктивний стан хворого і результати лікування), вони отримують індивідуальні завдання з різними варіантами перебігу й ускладненнями хвороби. Потім віртуально створені історії хвороб детально аналізують і обговорюють.

З лікарями-інтернами 2 року навчання і лікарями-курсантами викладач виступає в ролі арбітра і за необхідності надає консультативну допомогу. Підготовка віртуального пацієнта в цьому разі стає одним із видів інформальної освіти.

Самоосвіта потрібна і у розв'язанні тестових завдань, особливо це стосується підготовки до складання іспиту «Крок-3. Загальна лікарська підготовка» в системі «Internet-online». Лікарі-інтерни аналізують свої помилки, самостійно знаходять відповіді за допомогою поглибленого вивчення цих питань. За повторної неправильної відповіді розбирають її з викладачем чи базовим керівником.

Під час навчання на циклі «Модуль. Невідкладні стани» лікарі-інтерни в позааудиторний час самі складають тестові завдання, подібні до буклетів «Крок-3», які розглядаються на занятті. У загальному оцінюванні в кінці заняття враховуємо зміст і відповідність дистрикторів.

Таке самостійне складання тестових завдань потребує систематизації отриманої інформації та сприяє успішному складанню іспиту «Крок – 3. Загальна лікарська підготовка».

Лікарі-курсанти завдяки впровадженню сучасних інноваційних інтернет- технологій мають можливість підвищувати професійну кваліфікацію в зручній для них час, дистанційно, у тому числі в режимі online.

Отже, використання елементів формальної й інформальної освіти на післядипломному етапі навчання входить до складу безперервного процесу навчання, сприяє мотивації лікарів-курсантів до використання різних форм самоосвіти, постійному самовдосконаленню і формуванню висококваліфікованого лікаря.

Список використаної літератури

1. Ждан В.М. Застосування інноваційних технологій на курсах підвищення лікарів // Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Шилкіна Л.М., Кітура О.Є., Ткаченко М.В.// Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Вип.4, т. 1 (146). –С. 142- 145.
2. Ждан В.М. Інноваційні технології в організації самостійної роботи студентів вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» / Ждан В.М., Бобирьов В.М., Білаш С.М., Лохматова Н.М.// Матеріали науково-практичної конференції «Інноваційні технології в організації самостійної роботи студентів медичних освітніх закладів». – Полтава, 2017. – С.3-5.
3. Льовкін О.А. Використання симуляційних технологій при навчанні лікарів невідкладних станів / О.А.Льовкін, К.В.Серіков // Сімейна медицина. – 2015. – №6. – С.44-45.
4. Постанова Кабміну від 28.03.2018 р. №302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua>

ДОСЯГНЕННЯ ЯКІСНОГО НАВЧАННЯ – ПРОВІДНА МЕТА СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Приліпка К. О., Алексеєва А. В.

Українська медична стоматологічна академія

Медична освіта має забезпечити високоякісну підготовку студентів і стати важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я та реалізації соціальних пріоритетів держави, оскільки від рівня підготовки майбутніх лікарів залежить якість надання медичної допомоги населенню.

Ключові слова: медична освіта, якість освіти, конкурентоспроможність, євроінтеграція, реформа.

Medical education should provide high quality training for students and become an important component of health care reform and implementation of the state's social priorities, since the quality of health care delivery to the population depends on the level of training of future doctors.

Keywords: medical education, quality of education, competitiveness, European integration, reform.

Медична освіта – це система підготовки медичних кадрів, яка забезпечує вивчення загальноосвітніх і спеціальних дисциплін, а також оволодіння необхідними практичними навичками.

Прогрес сучасної медичної науки стимулює розвиток медичної освіти, їхній симбіоз формує нові навчальні програми, визначаючи їхню якість, а отже, й ефективність.

Нині у світі налічують понад 16 тисяч вищих медичних навчальних закладів, що функціонують на національному рівні, а їхня діяльність стимулюється провідними міжнародними організаціями: Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Всесвітньою федерацією медичної освіти, UNESCO, Радою Європи, Міжнародним інститутом медичної освіти, Асоціацією шкіл громадської охорони здоров'я Європейського регіону, Європейською асоціацією медичної освіти та іншими.

Головною вимогою для конкурентоспроможності освіти, поза всякими сумнівами, є її якість. Але в наш час система освіти має певні складнощі та протиріччя. У сучасному світі освіта стала пріоритетною сферою людської діяльності, значні досягнення якої лягли в основу глобальних соціальних і науково-технологічних суспільних змін.

І освіта найшвидше реагує на всі ті зміни, які відбуваються в суспільстві.

Економічно розвинені країни в стратегії свого розвитку стали робити ставку на освіту. Основні цілі й завдання освітньої політики України визначені в Національній доктрині розвитку освіти. Її провідна мета – створити механізм відповідності запитам особи, суспільства і держави. Серед фундаментальних принципів процесу формування загального науково-освітнього простору в масштабах Європи особливе місце займає саме система безперервної освіти, яка створює найсприятливіші умови для розвитку кожної людини, збільшення тривалості її активного життя, максимального й ефективного використання людського досвіду й інтелекту [1; 2].

Вітчизняна система охорони здоров'я нині перебуває в пошуку шляхів виходу з кризової ситуації й побудови нової моделі, наближеної до європейських стандартів. І цей процес обов'язково потребує зміни парадигми базової середньої та вищої медичної освіти.

Саме тому в умовах стрімкого розвитку інноваційних технологій і доказової медицини, упровадження в практику роботи закладів охорони здоров'я нових методів лікування і діагностики захворювань, новітніх інформаційних і сучасних телемедичних технологій, що дають змогу працювати в єдиному професійному світовому чи європейському просторі, на часі гостро стоять питання реформування системи медичної освіти.

Підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових і загальноєвропейських стандартів із метою посилення конкурентоспроможності вітчизняної вищої медичної освіти, оптимізації умов для міжнародної мобільності студентів-медиків і розширення можливостей українських медичних фахівців на вітчизняному та міжнародному ринках праці зумовлені й проголошенням Україною курсу на євроінтеграцію. Україна має доволі розвинуту мережу вищих медичних навчальних закладів різного рівня акредитації, яка готує спеціалістів для потреб вітчизняної охорони здоров'я, а також фахівців для інших країн світу.

Медична освіта забезпечується мережею медичних, фармацевтичних і стоматологічних коледжів, інститутів, академій і університетів, у яких відбувається середньо-спеціальна і вища фахова підготовка, перекваліфікація і вдосконалення майстерності, а також післядипломна освіта медичних кадрів різного рівня.

В Україні основним видом освіти після отримання диплома є інтернатура. Інтерн перебуває у виші лише 1/3 часу, 2/3 часу виш не має до нього жодного відношення. Резидентура – це форма навчання, яка проводиться після інтернатури для здобуття устоїв спеціальності, відбувається виключно у виші, а не в закладах охорони здоров'я. В Україні резидентура передбачена, але не реалізована.

Тому реформування системи післядипломної освіти лікарів має враховувати необхідність зменшення кількості спеціальностей у інтернатурі за рахунок переведення вузьких і високотехнологічних спеціальностей у лікарську резидентуру; розробки моделі підготовки фахівців у інтернатурі, лікарській резидентурі та спеціалізації, а також переліків спеціальностей; затвердження нових положень про інтернатуру і лікарську резидентуру; забезпечення поетапного скасування лікарських (провізорських) кваліфікаційних категорій відповідно до закінчення терміну їхньої дії; запровадження нової системи підтвердження фахової кваліфікації тощо.

Потребує належного нормативно-правового забезпечення система підготовки молодших спеціалістів із медичною (фармацевтичною) освітою для потреб галузі охорони здоров'я з метою збереження мережі й статусу медичних училищ і коледжів.

У сучасних умовах в Україні набуло особливої актуальності питання підготовки медичних кадрів для потреб оборони, спроможних надавати вчасну кваліфіковану медичну допомогу в умовах бойових дій із метою мінімізації людських втрат, захисту й збереження життя та здоров'я і військових, і цивільних громадян.

Якщо Україна рухається в бік євроінтеграції й має шанс колись стати частиною європейської спільноти, актуальними стають питання вивчення позитивного зарубіжного досвіду розвитку медичної освіти як складової професійної вищої освіти. Для цього слід з'ясувати, які системні розбіжності наразі є між українською медичною освітою і медичною освітою країн-лідерів галузі, та що корисного ми можемо запозичити для підготовки медичних фахівців [4].

Так, якщо в Україні повний термін навчання для лікаря становить 6–9 років, 5–6 із яких він здобуває освіту у вищому навчальному закладі та 1–3 витрачає на інтернатуру й магістратуру (також передбачена лікарська резидентура, яка поки не реалізується), то, скажімо, у США здобути фах лікаря менше ніж за 11 років не вдасться. Загалом термін навчання там становить від 11 до 14 років. 3–4 роки майбутній лікар навчається в медичному коледжі, 4 роки – у медичній школі. Наступні 3–5 років ідуть на проходження лікарської резидентури (рік інтернатури й 2–4 роки факультативного навчання). 12 років становить термін здобуття професії лікаря в Ізраїлі, 11–12 – у Німеччині, 8–11 – у Франції.

У світі є різні варіанти післядипломної освіти: одноетапна (безперервне навчання в інтернатурі або резидентурі), двохетапна (базова спеціальність і поглиблене навчання), трьохетапна (інтернатура із загальної практики та резидентура I рівня і резидентура II рівня).

Одноетапна підготовка неоднозначна, бо протягом п'яти років країна не має фахівців. Вигіднішими для країни є гнучкіші 2–3-етапні системи. Так, в Ізраїлі після шести років навчання, після отримання диплома, обирається одна спеціальність, яку треба опанувати ще шість років. Є приклад Молдови, коли після шести років навчання випускник обирає одну із 43 спеціальностей і продовжує навчання від 3 до 6 років.

Наприклад, у Великобританії – двохетапна модель: два роки після завершення навчання, перший рік – базові дисципліни, завершується тим, що фахівець складає екзамен із загальної медицини та може працювати в загальній медицині. Майже скрізь у Британії ці фахівці можуть працювати помічниками лікаря. Аби отримати статус спеціаліста, майже скрізь потрібно вчитися ще до шести років.

У Польщі також діє двохетапна модель, вона відрізняється від британської тим, що там повне навчання, а потім 13 місяців стажування після отримання диплома. Після стажування це може бути лікар, але на найнижчих кар'єрних сходинках. Щоб стати лікарем, потрібно перейти на другий етап, вибрати одну із 77 спеціальностей і провчитися від 2 до 6 років.

Однією з найкращих у світі моделей трьохетапної освіти визнано французьку. Після завершення навчання у Франції три роки відведено на підготовку із загальної медицини. Це щось схоже на українського лікаря загальної практики. Він може полишити навчання і працювати лікарем загальної практики. Але матеріальні стимули сприя-

ють бажанню вчитися далі. Є резидентура 1 рівня до 2-х років – 36 спеціальностей, є резидентура 3 рівня з найбільш вузьких спеціальностей.

Американські стандарти надання медичних послуг – одні з найвищих у світі, тому для задоволення потреби в таких стандартах рівень підготовки медичних працівників також має відповідати найвищим критеріям. Оскільки медична галузь у США високоспеціалізована, ресурсомістка і дорога, навчання лікарів відповідне. Тому весь процес навчання від середньої школи до роботи практичним лікарем триває від 11 до 15 років.

Слід зазначити, що в Америці медична освіта складається з двох частин. Першу – дипломну освіту – здобувають у медичному університеті, після випуску здобувачі отримують диплом лікаря, проте не мають спеціалізації й права практикувати медицину самостійно. Таке право вони отримують після закінчення другої частини медичної освіти – післядипломної освіти. Це практична робота в лікарнях під керівництвом старших лікарів, під час якої молоді лікарі здобувають ту чи іншу лікарську спеціальність [3].

Пильну увагу на міжнародному рівні привертає і така проблема як міграція медичного персоналу з регіонів України в розвинені країни. Цей негативний процес характерний не тільки для сфери охорони здоров'я, але він особливо відчутний саме в цій галузі людської діяльності. А способів вирішення даного питання, на жаль, досі немає.

У більшості країн останнім часом особливого значення надають проблемам медичної етики в підготовці нового покоління фахівців медичного профілю, й особливо питань біоетики у зв'язку з новими досягненнями в галузі молекулярної біології. Саме прорив у біомедичних дослідженнях і створення нових технологій сприяють універсалізації навчальних програм, що дозволяють успішно здійснювати підготовку медичних фахівців відповідно до сучасних вимог охорони здоров'я і медичної науки.

Останнім часом спостерігається тенденція приватизації в галузі медичної освіти й охорони здоров'я. Комерціалізація цих сфер, які є основою так званих реформ у галузі освіти й охорони здоров'я, призводить до соціально-економічної нерівності членів суспільства. Саме ці реформи створюють сприятливі умови для незначної привілейованої частини суспільства і мінімізують можливості більшості.

Розвиток медичної науки вимагає від лікарів постійного навчання, самовдосконалення, уміння аналізувати дедалі більший обсяг знань і застосувати його у своїй лікарській практиці.

Саме тому медична освіта має забезпечити високоякісну підготовку студентів і стати важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я і реалізації соціальних пріоритетів держави, оскільки від рівня підготовки майбутніх лікарів залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Реформування в системі охорони здоров'я створює нові вимоги до формування спеціалістів нового типу, які мусять не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, ділового спілкування, уміти адаптуватися до змін, розумітися в питаннях страхування, економіки і юриспруденції.

Сучасний розвиток медичної науки і практики зумовлює необхідність вносити корективи в підготовку і підвищення кваліфікації медичних працівників із наближенням їхньої освіти до міжнародних стандартів.

Список використаної літератури

1. Астахова В. Система освіти України в пошуках відповідей на глобальні виклики епохи / В. Астахова // Харківський гуманітарний університет «Народна українська академія». – <http://library.uipa.kharkov.ua>.
2. Москаленко В.Ф. Нано-біотехнології та наномедицина як концептуальний фактор і дидактичний ресурс для інноваційного розвитку вищої медичної освіти / В.Ф. Москаленко, А.І. Єгоренко, А.П. Яворівський // Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. XVIII конференція «Нано-біотехнології та наномедицина як концептуальний фактор і дидактичний ресурс для інноваційного розвитку вищої медичної освіти». – <http://www.mce.su/rus/archive>.
3. Архипова С.П. Якість освіти у контексті вимог сучасності / С.П. Архипова // Вісник Черкаського університету. – № 135. – С. 11-14.
4. Чемерис О.А. Якість освіти як загальна тенденція європейської інтеграції / О.А. Чемерис // Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. – 2005. – Вип. 25. – С. 219-221.

ОСНОВИ СУЧАСНОГО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ АНАТОМІЇ І ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ

Проніна О.М., Жемела А.П., Пирог-Заказникова А.В., Білич А.М.

Українська медична стоматологічна академія

Використання симуляційних технологій у навчальному процесі з вивчення оперативної хірургії та клінічної анатомії стало нагальною потребою сьогодення, оскільки сприяє глибшому засвоєнню матеріалу і кращій професійній підготовці студентів.

Ключові слова: симуляційні технології, оперативна хірургія і топографічна анатомія, манекен-тренажер.

Using of simulation technologies in the educational process in the study of surgical surgery and clinical anatomy is an urgent need of today, which contributes to a deeper assimilation of the material, better professional training of students.

Keywords: simulation technologies, operative surgery and topographic anatomy, dummy-simulator.

Використання сучасних технологій для освоєння і вдосконалення практичних навичок у фаховій підготовці медичних працівників нині стало невід'ємним атрибутом навчального процесу, мета якого – забезпечити якісну професійну підготовку молодих фахівців.

Для цього широко використовуються симуляційні технології, які мають неоціненне значення в клінічній практиці, адже дозволяють скоротити час розгляду теоретичних питань, більше уваги приділити практичному виконанню маніпуляцій чи навчальних операцій на біотренажерах, муляжах, моделях людського тіла чи окремих органів.

Актуальність такої форми навчання полягає в можливості отримати необхідні теоретичні й практичні знання,