

Отже, дослідження структури мотиваційної сфери й факторів, що сприяють бажанню студента досягати високих результатів у теоретичному навчанні й практичній діяльності, їх самореалізації у професії залишається актуальним питанням сучасної медичної освіти [6; 9].

Підсумовуючи отримані дані, зазначимо, що позитивна мотивація студента до навчання сприяє успішному засвоєнню фахових знань і опануванню практичних навичок і навіть певною мірою компенсує його посередні здібності.

#### Список використаної літератури

1. Глушко Л.В. Удосконалення якості підготовки лікарів в умовах Болонського процесу / Л.В. Глушко, Н.В. Чаплинський, Н.З. Позур // Медична освіта. – 2011. – №4. – С. 47-48.
2. Закон України «Про освіту» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2017. – № 38-39, ст. 380 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
3. Занюк С.С. Психологія мотивації: навчальний посібник / С.С. Занюк. – К.: Либідь, 2002. – 304 с.
4. Злишков В. Л. Професійна ідентичність та особистість педагога / В.Л. Злишков; навчальний посібник для студентів ВНЗ, рекомендовано МОН України.– Ніжин, 2014. – 131 с.
5. Конюхова Н.А. Особливості організації самостійної навчально-пізнавальної діяльності студентів / Конюхова // Теорія та методика управління освітою. – 2010. – № 4. – С. 1-10.
6. Котикова О.І. Система управління якістю підготовки фахівців у вищих навчальних закладах України / О.І. Котикова // Інноваційна економіка: Всеукраїнський науково-виробничий журнал. – 2012. – С. 36-40.
7. Малинаускас Р.К. Мотивація студентів різних періодів навчання / Р.К. Малинаускас // Социологические исследования. – 2005. – № 2. – С. 134-138.
8. Малінка О.О. Психологічні проблеми мотивації навчально-професійної діяльності студентів у сучасних умовах / О.О. Малінка. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.psych.kiev.ua](http://www.psych.kiev.ua).
9. Мороз В.М. Модернізація вищої медичної освіти в контексті Болонської конвенції – ідея, мета та реалії / В.М. Мороз, Ю.Й. Гумінський, Л.В. Фоміна // Медична освіта. – 2012. – №2. – С.42-44.
10. Півторак К.В. Формування особистості та мотивації до навчання у студентів медичного університету / К.В. Півторак, І.В.Феджага // Медична освіта. – 2011. – №4. – С.28-31.

## ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ТЕРАПІЇ В СИСТЕМІ ДОДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ: ЧОМУ «НЕ СХОДЯТЬСЯ ПАЗЛИ»?

Катеренчук І.П.

Українська медична стоматологічна академія

*Автор узагальнив власний 40-річний досвід викладання терапії (внутрішньої медицини) на додипломному етапі навчання; визначив зміни, що відбулися в освітньому процесі, і їхній вплив на якість підготовки лікаря, виокремивши при цьому проблеми вивчення терапії (внутрішньої медицини) на додипломному етапі навчання.*

**Ключові слова:** терапія, додипломний етап навчання, проблеми вивчення.

*The author summarizes his own 40-year experience of teaching therapy (internal medicine) at the undergraduate level of training, identifies changes that taken place in the educational process and their impact on the quality of physician training, highlighting the problems of studying therapy (internal medicine) at the pre-diploma stage.*

**Key words:** internal medicine, undergraduate training, problems of studying.

**1980 р. (40 років тому).** Діагностику й терапію вивчали послідовно на трьох терапевтичних кафедрах – пропедевтики внутрішніх хвороб на 3 курсі (симптоматика й діагностика хвороб внутрішніх органів), факультетської терапії на 4 курсі (класичний перебіг основних хвороб внутрішніх органів) і госпітальної терапії на 5 курсі (особливості індивідуального перебігу, диференційованої діагностики й індивідуалізованої терапії). На 6 курсі студенти-субординатори з терапії понад півроку проводили курацію хворих у ролі помічника лікаря, брали участь у роботі клінічних і клініко-патологоанатомічних конференцій та ін. Завдяки такій послідовній підготовці випускник медичного ЗВО міг наступного дня після завершення навчання і складання державних іспитів самостійно виконувати складові професійної діяльності, тобто працювати лікарем-терапевтом поліклініки чи стаціонару.

Якійсній підготовці студентів, на наш погляд, сприяла низка складових:

1. До проведення занять зі студентами допускали лікарів зі стажем практичної роботи не менше 5 років.
2. Співробітники кафедри й практичні лікарі працювали як єдиний функціонуючий організм. Завідувач кафедри був реальним керівником клініки, мав право розпорядчих функцій, реально впливав на організацію лікувального процесу. Доценти кафедри відповідали за лікувальну роботу в окремих структурних підрозділах клініки.
3. Для вивчення навчальної дисципліни були наявні високоякісні підручники, зазвичай один або два, які виконували не інформативну, а суто навчальну функцію.
4. У процесі навчання студенти реферували наукові монографії й статті, аналізуючи новини разом із викладачем.
5. Для викладачів із науковим ступенем кандидата медичних наук не було необхідності мати сертифікат із вузької спеціальності, вони могли працювати в різних відділеннях, розширюючи свій фаховий кругозір і практичну підготовку.
6. Практичні заняття проводились біля ліжка хворого, хворі позитивно ставилися до роботи студентів і всіляко сприяли навчанню студентів.

**2000 рік (20 років потому).** Розмови про реформи, хоча ніяких реформ немає. Відбувається перейменування кафедр із терапії в кафедри внутрішньої медицини. З цими змінами порушується логістика викладання

навчальної дисципліни. В освіті декларується то Болонський процес, то кредитно-модульна система, то ще якісь інші новації, які зовсім не впливають або негативно впливають на якість підготовки.

На кафедри приходять працювати викладачами випускники ЗВО, безпосередньо після навчання, без досвіду практичної роботи. Зазвичай вони намагаються стати вузькопрофільними спеціалістами, при цьому набагато знижується рівень базової фундаментальної підготовки, необхідної для викладання терапії.

Адміністрації навчальних закладів зобов'язують викладачів створювати велику кількість різноманітних дидактичних, навчальних і контролюючих матеріалів, посібників, підручників. На зміну якісним підручникам викладачі часто видають підручники й посібники низької якості, які не виконують навчальну функцію, а є лише носіями інформації.

У практичній діяльності лікарів на зміну індивідуалізованій терапії широко починають упроваджуватись протоколи і стандарти надання допомоги, часто неякісні, необґрунтовані. Викладачі акцентують увагу на знання протоколів, а не на розуміння питань діагностики й терапії.

У лікарняних закладах упроваджуються нові господарські механізми, виникають виробничі конфлікти, пов'язані з функціонуванням кафедр на території лікарень. Органи охорони здоров'я починають вимагати арендну плату за користування приміщеннями, світлом, водою та ін., часто скорочуючи навчальну базу кафедр.

Кафедри поступово відтісняються від співпраці з практичними лікарями, завідувачі кафедр перестають бути організаторами лікувального й наукового процесів у структурних підрозділах клініки.

У цей час починає активно розвиватись підготовка іноземних студентів, що зумовлює необхідність підготовки навчально-методичної документації, підручників і посібників англійською мовою. Ця підготовка забирає значну частину часу викладача, з надто низьким коефіцієнтом корисної дії.

У цей час практично в умовах недофінансування перестає функціонувати факультет підвищення кваліфікації викладачів у Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця, який виконував функцію вдосконалення саме викладачів медичних вишів. Підвищення кваліфікації викладачів почали здійснювати викладачі педагогічного університету, які не розуміються на освітньому процесі в медичному ЗВО. Тому підвищення кваліфікації набуло формального характеру. Розрив між викладачами старої «традиційної» школи й новою генерацією викладачів поглиблюється. Молоді вже не чують старшого покоління. Студенти все менше працюють біля ліжка хворого. Якість підготовки поступово погіршується.

**2020 рік (сьогодення).** У XXI сторіччі поглиблюється розмежування роботи кафедри і практичного закладу охорони здоров'я. Лікувальні заклади стають комунальними підприємствами, а заклад вищої освіти залишається в підпорядкуванні МОЗ України.

За останні 20 років постійно більше уваги приділяється організації контролю освітнього процесу, ніж якості навчального процесу.

Комп'ютеризація, яка почала проникати в усі сфери підготовки лікаря, не здійснила суттєвого впливу на якість практичної підготовки.

Якісні підручники й посібники, незважаючи на їх щорічний друк у великій кількості, відсутні. Студенти все більше починають користуватись гаджетами, засвоюють часто неякісну й недостовірну інформацію.

У стаціонарах набагато зменшилася кількість пацієнтів, хворі зазвичай перебувають там не більше тижня. Студенти мають обмежений доступ до хворих, і практично жоден із них не має можливості самостійно їх обстежувати.

Відмова від логічного обґрунтування послідовної підготовки на кафедрах факультетської й госпітальної терапії знищила філософію вивчення дисципліни, уміння студента аналізувати, аргументувати, доводити.

До суттєвого погіршення якості підготовки призвели також упровадження тестового ліцензійного іспиту «Крок-2» і позиціонування підготовки лікаря на додипломному етапі як сімейного лікаря. Упровадження тестового ліцензійного іспиту «Крок-2» лише шкодить навчальному процесу, оскільки студент багато часу витрачає на заучування відповідей, часто не розуміючи суті проблеми. Результати тестового ліцензійного іспиту не можуть служити критерієм якості підготовки лікарів у ЗВО і критерієм видачі або невидачі диплома. Оцінювання за результатами тестового контролю призвело до того, що замість роботи з пацієнтом у клініці студенти в навчальній кімнаті у кращому випадку аналізують із викладачем правильні відповіді.

З упровадженням інституту сімейної медицини відбувається намагання сімейну медицину вважати спадкоємницею тієї терапії, яка була у XX сторіччі. Однак сімейна медицина – це не спадкоємниця. Це окрема навчальна дисципліна й окрема спеціальність зі своїми методичними й організаційними особливостями.

Терапія – це фундамент спеціальності лікаря. Саме на терапії надбудовуються всі лікарські спеціальності. Терапії не можна навчитися через Інтернет або через вивчення лише протоколів і стандартів надання медичної допомоги.

Платон вважав: «Qui bene diagnosticit – bene curat» (Хто добре діагностує, той гарно лікує), а теза «Vitae, non Scholae discimus» (Вчимося заради життя, а не заради оцінки) має бути домінуючою й визначальною і в роботі викладача, і в навчанні студента.

**Завтра.** Суцільна невизначеність. Комплексної цільової програми підготовки студентів у медичних закладах вищої освіти немає. Рівень підготовки науково-педагогічних кадрів поступово знижується, викладачі позбавлені можливості повноцінно займатись лікувальною роботою, статус викладача в клініці не визначений нормативними документами. Студенти обмежені в можливостях самостійно працювати з хворими. Комп'ютерні технології, які намагаються постійно впроваджувати, недосконалі з точки зору розв'язання проблем практичної підготовки лікаря. Триває підготовка великої кількості навчально-методичних матеріалів, які не здатні сприяти покращенню рівня теоретичної й практичної підготовки.

Чому «не сходяться пазли»? Наявні розбіжності не створюють передумов для якісних змін у підготовці майбутніх лікарів, а система підготовки абсолютного розбалансована й потребує зміни парадигми, адекватного фінансування й розуміння ефективного напрямку руху.