

наприклад, у Бельгії та Німеччині, є надлишкова кількість професійно підготовлених лікарів ЗП.

Час, витрачений на самоосвіту (години на місяць), варіює від 10 до 37 годин. У Бельгії, Нідерландах, Ірландії, Великобританії та Швейцарії затрачають на безперервну професійну освіту менше 15 годин на місяць; 25 годин витрачають на самоосвіту в Болгарії, Угорщині, Греції, Іспанії та Румунії. Більше часу – 37 годин – було витрачено в Туреччині, хоча ці результати пояснюються значною мірою підготовкою молодих випускників, які готуються до вступного іспиту за спеціалізацією.

Найважливішою передумовою визнання ЗП особливою дисципліною є її визнання іншими колегами-фахівцями. Прийнято розрізняти чотири фази еволюції ЗП як дисципліни:

- 1) визнання того, що лікарі ЗП представляють окрему галузь знань і їм необхідна академічна структура для її розвитку;
- 2) формування такої академічної структури;
- 3) створення спеціальної літератури, де описуються результати використання цієї дисципліни на практиці;
- 4) визнання академічної структури дисципліни.

Ці чотири стадії (фази) можуть бути відслідковані в досвіді розвитку загальної практики у Великобританії та Нідерландах. Королівський коледж лікарів ЗП був заснований у 1952 році, але його діяльності перешкоджали професійні організації фахівців. Вирішальним моментом у розвитку Голландського коледжу була Ваудсотенська конференція, на якій було вироблено базовий опис роботи голландського лікаря ЗП, який згодом став одним із основоположних положень Левенхорстської групи. Обидва коледжі створили свої наукові журнали [9; 10; 11].

Перша кафедра була заснована, як уже зазначалося, в Единбурзі в 1963 р., друга – в Утрехті в 1965 р. Це стало академічним визнанням ЗП. Публікації наукових статей і книг, активна академічна діяльність, а також значна кількість лікарів, які отримали вищі ступені, зміцнили статус лікаря ЗП у цих двох країнах. І у Великобританії, і в Нідерландах діють програми післядипломної підготовки із ЗП, відповідні програми безперервної підготовки. Діють асоціації, які захищають інтереси лікарів загальної практики.

Зважаючи на вищевказане, стає очевидною необхідність підвищення ефективності діяльності первинної ланки, що має стати імпульсом до створення національного пріоритетного проекту розвитку вітчизняної охорони здоров'я на сучасному етапі.

Список використаної літератури

1. Практическое руководство для врачей общей практики / [Денисов И.Н. и др.]. – М., 2001.
2. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина) / И.Н. Денисов. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005.
3. Мерта Дж. Справочник врача общей практики / Дж. Мерта. – М.: Практика, 1998.
4. Дрыгалю И.Н. Семейная медицинская сестра / И.Н. Дрыгалю. – М.: Ростов н/Д : МарТ, 2005.
5. Лапішев Є.С. Формування системи сімейної медицини в Україні / Є.С. Лапішев. – К., 2005. – 176 с.
6. Москаленко В.Ф. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря): посібник / Москаленко В.Ф., Гирина О.М. – Дніпропетровськ: "АРТ-ПРЕС", 2002. – 370 с.
7. Поліклінічна справа і сімейний лікар: посібник. – К.: Здоров'я, 2003. – 636 с.
8. Семейная медицина. Том 1. Киев, Медицина, 2007.
9. Сімейна медицина в Україні: момент істини. Круглий стіл: "Сімейна медицина - основа реформування діючої системи охорони здоров'я". – Львів: Ліга-Прес, 2003. – 71 с.
10. Слабкий Г.О. Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації діяльності відділень профілактики міських поліклінік: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.10 / Г.О. Слабкий. – К., 1996. – 23 с.
11. Справочник семейного доктора. – М.: Эксмо, 2007.
12. Указ Президента України від 7.12.2000 р. №1313 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України».
13. Чирков А.И. Лечебно-профилактическое учреждение. – М.: Медицина, 2001. – 302 с.
14. Чирков А.И. Организация и механизация работ в лечебно-профилактических учреждениях. – М.: Медицина, 2001. – 317 с.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМАТИКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Крючко Т.О., Кушнерева Т.В., Остапенко В.П.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Автори статті обґрунтовують думку, що здобуття вищої медичної освіти – це не просто оволодіння переліком знань, навичок, компетенцій, а й досягнення конкретних результатів навчання за системою безперервної медичної освіти і практики.

Ключові слова: медична освіта, лікар, концепції навчання, педіатрія.

Професію лікаря зазвичай обирають усвідомлено, незважаючи на високу відповідальність і тривалий термін навчання. Шлях людини, яка обрала цю професію, нелегкий: тільки наполеглива праця і самовдосконалення формують лікаря-фахівця високого професійного рівня. Навчання в медичному виші, інтернатура, стажування, курси підвищення кваліфікації – етапи постійного здобуття й удосконалення медичних знань. Практично в усіх країнах обов'язковість сертифікації лікаря зазначена в національному законодавстві. Стажування лікаря після закінчення вишу відповідає загальнонавчальній концепції підготовки, яка ґрунтується на програмах вищої медичної школи та є етапом безперервної медичної освіти і практики.

У XXI столітті змінилася наша епістемологія – філософія про знання: через загальну доступність до інформації, лікарі втратили монополію на медичні знання, а пацієнти все частіше звертаються до Інтернету. Що є «ядром медичних знань», яким лікарі мають володіти? Відомо, що ці знання мають бути універсальними. Багато медичних шкіл мають концепцію проблемного навчання зі стимулюванням мотивації до підвищення якості навчання,

«прищепленням звички» до розв'язання проблеми, а не запам'ятовування фактів.

Професійно-релевантна компетенція передбачає усвідомлення майбутніми лікарями необхідності продовження навчання протягом усього життя і постійного вдосконалення власної професійної майстерності, здатності критично оцінювати медичні джерела інформації, можливості ставити наукові питання, проводити дослідження, формулювати наукові гіпотези і працювати з використанням найновіших наукових підходів до вирішення прикладних завдань медицини.

В умовах сьогодення змінюються навчальні плани і програми медичних дисциплін. Нові освітні програми часто розробляються і реалізуються з використанням методологій для підвищення валідності та результативності. Клініцисти і викладачі-науковці розходяться в думках про те, яким має бути зміст більшості медичних навчальних планів. З одного боку, слід більше приділити увагу розвитку навичок спілкування з хворими, дослідницьких навичок; водночас простір для фундаментальних і клінічних знань звуужується. Так, останнє видання Голландської Національної програми бакалаврату (Dutch National Framework of undergraduate) містить тільки загальні медичні питання, які замінили детальні тематичні розділи. Міжнародними стандартами вищої освіти є вивчення загальних категорій, процесів, середовища. Рекомендації для оцінки рівня знань, як правило, обмежуються загальними питаннями: "нормальна і ненормальна поведінка людини", "молекулярні, клітинні, біохімічні і фізіологічні механізми, що підтримують гомеостаз у організмі", "оцінка здоров'я пацієнтів з урахуванням фізичних, психологічних, соціальних і культурних факторів". Розгляд і рішення щодо вивчення проблематики окремих захворювань покладаються на місцевий рівень (вищий навчальний заклад). Національні іспити базуються на загальних стандартах навчання і не узгоджуються з локальними навчальними програмами.

Ефективність функціонування медичної освітньої системи, зокрема системи неперервної освіти, залежить від оптимальності взаємодії її підсистем і зв'язку між ними. Кожна з цих підсистем удосконалюється автономно, що не завжди забезпечує цілісність системи неперервної освіти щодо професійного становлення фахівця.

За досвідом американської системи медичної освіти, щоб задовольнити потребу студентів-медиків, зацікавлених у оволодінні компетенціями з педіатрії, Council on Medical Student Education in Pediatrics (COMSEP) та The Association of American Medical Colleges (AAMC) розробили програму з субординатури. Таким чином, у 2011 році на щорічній нараді Педіатричних академічних товариств учасниками було порушено питання про збільшення загального терміну резидентури з педіатрії. Асоціація американських медичних коледжів провела редизайн підготовки студентів, зацікавлених у педіатрії, яка починається на 2 курсі медичного коледжу і триває до кінця резидентури. Перехід із медичного коледжу до ординатури та резидентури ґрунтується насамперед на компетентності здобувача. Таким чином, освітня програма відповідає принципу «безперервності навчання». На 4 курсі студенти підтверджують вибір спеціальності; освітня програма базується на вивченні загальних і спеціальних питань та оволодінні практичними навичками, які мають удосконалюватися в ординатурі та резидентурі. Навчання за такою програмою допомагає студентам уточнити вибір професії та обрати вузьку спеціальність. Для студентів, які планують працювати в первинній ланці охорони здоров'я, програма підготовки значно відрізняється від програми з підготовки педіатра.

Зміни, що відбуваються в медичній освіті країн Заходу, також стосуються визначення професійної ідентичності щодо безперервного медичного навчання за програмами бакалаврату і резидентури. Годинне навантаження в резидентурі в більшості країн Євросоюзу складає 48 на тиждень, у США – 80 год/тиждень, що аргументується безпекою пацієнтів та їх захистом. За бажанням резидента кількість навчальних годин на тиждень може зменшуватися через поєднання клінічної роботи з науково-дослідною, освітньою або через бажання працювати неповний робочий день.

Pediatric Academic Societies виступає за безперервне навчання по всьому континууму медичної освіти. Ця тенденція стосується фінансування одного компонента з цього континууму, а саме резидентури. Федеральний уряд і уряди Штатів підтримують резидентуру лікарів-педіатрів зі стабільних джерел фінансування. Фінансування післядипломної медичної освіти є важливим та ефективним інструментом і гарантом того, що компетенція майбутнього педіатра може забезпечити оптимальні медичні послуги для новонароджених, дітей і підлітків.

Система медичної освіти різних країн орієнтована на остаточний результат – підготовку фахівців, які володіють різнобічними навичками і мають широкий світогляд, здатні інтегрувати свою роботу в діяльність сектора охорони здоров'я й інших професійних напрямів, можуть самостійно приймати професійні рішення на підставі оволодіння визначеним колом функцій і завдань.

Отже, в умовах сьогодення особливого значення набуває підтримка державою здобуття вищої медичної освіти, яка є суспільним благом і невід'ємною частиною формування високих особистісних і професійних якостей лікаря-фахівця.

Список використаної літератури

1. Launching the Harvard Medical School Academic Innovations Collaborative: Transforming primary care practice and education/ A. Bitton, E. Ellner, E.Pabo [et al.]// Acad Med. - 2014;89.- P.1239-1244.
2. Roberts K.B. Preparing future pediatricians: making time count / K.B. Roberts, W.V. Raszka //Pediatrics. – 2011.- Vol. 128, №5. –P. 827-829.
3. Ten Cate O. Competency-based medical education: Origins, perspectives and potentialities/ O. Ten Cate, S.Billett //Med Educ.- 2014.- № 48.- P.325–332.
4. Ten Cate O. What Is a 21st-Century Doctor? Rethinking the Significance of the Medical Degree/ O.Ten Cate//Academic Medicine.- Vol. 89. – Is. 7. – P. 966–969.