

математичних методів. Також необхідно роз'яснити студентам основну причину відсутності успіху у вивченні математики, якщо таке спостерігається (упередженість, відсутність мотивації та недотримання методик вирішення задач), і задати структурування мислення як провідну мету під час навчання математиці. Вивчення всіх тем медичної біофізики та інформатики має розпочинатися з визначення термінів і містити аналіз прикладних задач із дотриманням того ж алгоритму.

Список використаної літератури

1. Володин Н.Н. Медицинское образование на рубеже веков / Н.Н. Володин, В.С. Шухов // Лечащий врач. – 2000. – № 4. – С. 68–70.
2. Абаев Ю.К. Культура мышления врача / Ю.К. Абаев // Здравоохранение. – 2010. – № 7. – С. 46–53.
3. Абаев Ю.К. Особенности и противоречия клинического мышления врача / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2008. – № 16. – С. 6–13.
4. Абаев Ю.К. Диагностическое мышление врача и законы логики / Ю.К. Абаев // Военная медицина. – 2008. – № 4. – С. 66–69.
5. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок / И.И. Бенедиктов. – Свердловск, 1977. – 162 с.
6. <http://www.joyfulaging.com/iatrogenic.htm>
7. <http://newvesti.info/ezhegodno-ot-vrachebnyx-oshibok-v-rossii-umirayut-okolo-100-tysyach-chelovek>
8. Горбач Т.В. Логика / Т.В. Горбач, М.В. Лягушевич. – Мн. : БГМУ, 2006. – 60 с.
9. Кротков Е.А. Логика врачебной диагностики / Е.А. Кротков. – Днепропетровск, 1990. – 133 с.
10. Демидова Е. В. Формирование клинического мышления в условиях профессиональной подготовки будущих военных врачей : на материале изучения онкологии : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук / Е. В. Демидова. – Саратов, 2006.
11. Борискова И. В. Формирование клинического мышления у студентов медицинского колледжа на основе их учебно-исследовательской деятельности: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук / И.В. Борискова. – Краснодар, 2006.
12. <https://www.coursera.org/course/maththink>
13. Keith Devlin. Introduction to Mathematical Thinking. – Palo Alto, 2012. – 102 p.
14. Селина Е. М. Влияние математического образования на развитие личности в современных условиях // <http://nsportal.ru/npo-spo/obrazovanie-i-pedagogika/library/2014/09/21/vliyanie-matematicheskogo-obrazovaniya-na>
15. Постникова О.А. Особенности формирования профессиональной компетентности студентов медицинского вуза в процессе преподавания математики / О.А. Постникова, Н.В. Константиновская // Медицина и образование в Сибири. – 2010. – № 4. – Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=438

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ

Кравченко С.П.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Розглянуто питання становлення сімейної медицини (загальної практики) як окремої медичної дисципліни. Висвітлено особливості підготовки лікарів загальної практики в європейських країнах.

Ключові слова: загальна практика, реформа систем охорони здоров'я, первинна ланка, сімейна медицина.

Останніми роками вважають, що лікар, який працює в системі загальної практики (ЗП), є клініцистом широкого профілю. Він мусить мати такий же рівень клінічної компетенції, як і всі інші категорії лікарів [1, с. 14].

Лікар загальної практики надає персональну первинну і безперервну медичну допомогу окремим особам і сім'ям. Він може відвідувати своїх пацієнтів удома, приймати їх у амбулаторних умовах і в окремих випадках – у стаціонарі. Він бере на себе відповідальність за прийняття первинного рішення з кожної проблеми, пов'язаної зі здоров'ям, із якою пацієнт звертається до нього, за необхідності консультуючись із фахівцями. Зазвичай він працює в групі з іншими лікарями загальної практики, а також іншими колегами – парамедиками. Крім того, в нього мають бути сформовані навички роботи з представниками всіх вікових груп.

Всесвітньою організацією національних коледжів, академій та академічних асоціацій сімейних лікарів (WONCA) у 1991 р. було прийнято документ, у якому визначені вимоги до лікаря загальної практики. Підкреслюється комплексний характер медичної допомоги, наданої лікарями ЗП, який охоплює не тільки лікувальну допомогу, а й реабілітацію, профілактику і зміцнення здоров'я. Ця допомога має бути легкодоступною і надаватися без зволікання [2].

Безліч проблем зі здоров'ям, що виникають на рівні першого контакту пацієнтів із їхнім сімейним лікарем, можуть бути вирішені в рамках ЗП, але все ж сімейний лікар мусить забезпечувати належне і своєчасне направлення пацієнта до відповідного фахівця.

Протягом останніх десятиліть у багатьох країнах Європи відбулося реформування систем охорони здоров'я. Реформи спрямовані на вдосконалення служб охорони здоров'я, включаючи реорганізацію чинних систем загальної практики (та їх упровадження в разі відсутності таких). Під егідою Європейського регіонального бюро ВООЗ за останні роки були розроблені документи, присвячені проблемам загальної практики. У них висвітлено роль ЗП у загальнонаціональній інтегрованій профілактиці неінфекційних захворювань; внесок сімейних і загальнопрактикуючих лікарів; розвиток ЗП у країнах центральної та Східної Європи; реформи у сфері сімейної медицини і ЗП; стратегія розвитку сімейної практики і т. д.

У 1995 р. була видана "Хартія загальної практики / сімейної медицини в країнах Європи". У 1998 р. ВООЗ видала "Посібник з професійних та адміністративних аспектів розвитку загальної практики / сімейної медицини в

країнах Європи". У 2001 р. був проведений огляд, присвячений профілю діяльності та завданням лікарів ЗП, який став джерелом інформації про те, чим займаються загальнопрактикуючі лікарі в окремих країнах Європи, і як організована загальна практика [3].

Визнання високої значимості первинної медико-санітарної допомоги підкреслює необхідність належної підготовки фахівців у галузі загальної практики.

У медичній освіті донедавна отримання науково обґрунтованих знань домінувало над опануванням навичок роботи з хворими. Ця особливість була відома протягом століть. 200-річна історія загальної практики Единбурзької медичної школи з урахуванням досвіду Лейденського університету, колишнього піонера в справі медичної підготовки, заснованої на демонстрації пацієнтів (напротивагу традиційним лекціям і доповідям), посідала чільне місце в галузі медичної освіти, особливо в безперервній професійній освіті. Тут слід нагадати, що перша академічна кафедра загальної практики була створена лише в 1963 р.

Міжнародна група лікарів ЗП у 1974 р. сформулювала положення, яке сприяло просуванню загальної практики в Європі. Освітні цілі підготовки лікаря ЗП були розділені на три підгрупи:

1) знання:

- наявність достатніх знань і розуміння процесів захворювань, зокрема найбільш загальних і хронічних;
- розуміння можливостей, методів, меж і обмежень профілактики, ранньої діагностики та менеджменту в установах ЗП;

- розуміння обставин соціального життя і навколишнього середовища пацієнта та їхнього впливу на взаємозв'язок між здоров'ям і захворюванням;

- знання і відповідне використання доступних видів втручання;
- розуміння базових методів дослідження, що застосовуються в загальній практиці, та ін.;

2) уміння і навички:

- уміння встановити діагноз;
- здатність приймати відповідні початкові рішення по кожній проблемі, з якою звертаються пацієнти;
- здатність застосовувати принципи епідеміології та статистики;

3) відносини:

- розуміння лікарем того, що надання допомоги пацієнтам у вирішенні їхніх проблем – одне з основних завдань лікувальної допомоги;

- бажання і здатність критично оцінити свою роботу;

- визнання лікарем ЗП власної потреби в безперервній освіті та критичному осмисленні медичної інформації

[4, с. 16].

Цілі та програми підготовки лікаря ЗП були розроблені Комітетом освіти загальної медичної ради (Великобританія) в 1983 р. і переглянуті в 1993 р. Насамперед лікар ЗП має займатися пацієнтами, які звертаються до нього по медичну допомогу, тому підготовка переважно ґрунтується на знанні найпоширеніших проблем.

У Великобританії середньостатистичний лікар ЗП має справу приблизно з 2 тис. пацієнтів (це більше, ніж у інших європейських країнах). Нещодавнє дослідження захворюваності в Англії та Уельсі показало, що протягом року лікар оглядав 78% усіх зареєстрованих пацієнтів. З них 24% звернулися по допомогу з приводу ГРЗ, 15% – із захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини, 11% – із незначними травмами, 10,1% – із захворюваннями вух, 6,5% – із невротичними синдромами, 5,4% – із хронічними захворюваннями легень, 4,2% – із гіпертонією, 4,0% – із кишковими інфекціями, 1,7% – з ІХС, 1,2% – із діабетом.

Для лікарів сімейної (загальної) практики необхідною вимогою є розуміння епідеміології та історії захворювань. Вони також мають урахувати вплив захворювання на життя пацієнта і його родини.

Лікар загальної практики, який отримав усебічну підготовку з питань здоров'я, – це лідер команди первинної медичної допомоги. З навичками лідерства не народжуються – їх здобувають, тому лікар має бути навчений оптимальному використанню кадрових ресурсів. Отже, підготовку з менеджменту необхідно розширювати і посилювати.

Усі професіонали охорони здоров'я та медичні фахівці, які працюють у ланці первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), мають пройти додипломну, післядипломну підготовку, а також неперервну професійну освіту за Концепцією і змістом ПМСД. Загальна практика має бути частиною додипломної програми підготовки. Усіх студентів-медиків слід ознайомити із ЗП; вони мусять розуміти необхідність співпраці всіх секторів системи охорони здоров'я. Аби стати сімейним лікарем, потрібно пройти післядипломну підготовку, зорієнтовану на первинну допомогу і засновану на ЗП.

Передумови підвищення рівня навичок, підтримки і поліпшення якості медичної допомоги пов'язані з безперервною професійною освітою. При цьому головна відповідальність за підвищення професіоналізму лежить на медичних працівниках. Сучасні навчальні технології, зокрема дистанційне навчання, можуть полегшити доступ лікарів до післядипломної освіти. Системи клінічного аудиту, організовані лікарями і здійснювані при розгляді випадків колегами, – ефективний підхід у підвищенні професійного рівня. У деяких країнах Європи розроблені посібники, які є важливими інструментами професійного розвитку, оскільки адаптовані до національних, місцевих умов [5; 6; 7; 13].

Загальна практика – це лікарська спеціальність. Необхідне її визнання як академічної дисципліни. Для цього слід розвивати кафедри ЗП під керівництвом практикуючих лікарів або осіб із солідною базою ЗП. Академічні кафедри мають не тільки готувати кадри, а й проводити наукові дослідження. Післядипломна підготовка має орієнтувати майбутніх сімейних лікарів на дослідження проблем, із якими сімейні лікарі мають справу в щоденній практиці.

Навчання лікарів ЗП охоплює лекції, клінічні демонстрації та конференції з розбору випадків, дистанційне навчання, аналіз діяльності практики й ін.

За останніми дослідженнями ВООЗ, понад 2/3 усіх лікарів загальної практики в країнах Західної Європи пройшли професійну підготовку. Найбільша частка лікарів, які пройшли спеціальну підготовку, – в Данії (99%), дещо нижчі показники в Швеції (96%), Чехії (90%), Швейцарії (86%), Голландії (82%), Великобританії (71%).

Професійна підготовка лікаря ЗП у країнах Східної Європи перебуває ще на стадії розвитку, тому результати програми підготовки будуть очевидні після багатьох років. Так, профпідготовкою охоплені в Литві 16% лікарів, у Естонії – 12%, у Польщі – 19%, у Франції – 16%, у Італії – 11%, у Болгарії – 15%. У той же час у деяких країнах,

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,