

1. Поліпшити кооперацію між лікарями-ендокринологами та сімейними лікарями. Потрібен чіткий розподіл обов'язків із гармонійним доповненням, а не дублюванням функцій. Розроблення алгоритмів взаємодії між лікарями та чітке визначення повноважень лікарів різних спеціальностей і ситуацій, коли необхідне залучення суміжних спеціалістів.

2. Створити розширені протоколи надання допомоги діабетологічним хворим, розраховані на лікарів первинної ланки, принаймні на перехідний період.

3. Імплементувати міжнародні протоколи ADA/EASD в Україні та видати єдиний офіційно затверджений варіант перекладу українською мовою. Локальні протоколи, призначені для лікарів первинної ланки, мають базуватися на глобальних протоколах. Освітній та кваліфікаційний рівні лікарів загальної практики необхідно неухильно підвищувати з тим, щоб вони могли вільно працювати з глобальними протоколами.

4. Підвищити рівень володіння лікарями англійською мовою. Англійська мова на сьогодні є офіційною мовою світової медицини. Уся найбільш актуальна інформація, оновлені версії стандартів публікуються англійською мовою. Знання англійської мови дозволить лікарям поліпшувати свою кваліфікацію шляхом проходження інтерактивних навчальних курсів, наприклад, у мережі Medscape education.

Висновки. Проблема надання якісної допомоги хворим на ЦД-2 є однією з актуальних проблем сучасної медицини, тісно пов'язаною з потребою в підвищенні кваліфікації лікарів, які працюють над її вирішенням. Зроблені кроки створюють передумови для підвищення кваліфікації лікаря та поліпшення якості медичної допомоги. Для подальшого прогресу в галузі необхідним вбачається поліпшення кооперації між ендокринологами та лікарями первинної ланки, імплементація міжнародних протоколів з менеджменту діабету та поліпшення знання англійської мови з метою залучення до загальносвітового медичного простору.

Список використаної літератури

1. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)/ Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Buse [http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.long-aff-3et.al./](http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.long-aff-3et.al/) *Diabetes Care* June 2012 vol. 35 no. 6 1364-1379.
2. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes/Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Buse <http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.long-aff-3et.al./> *Diabetes Care* January 2015 vol. 38 no. 1, 140-149.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет типу 2. – Ожиріння. Метаболічний синдром. - №1 (II), 2013.

СКЛАДОВІ ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ: ЧИ МОЖНА ЇХ ПОДОЛАТИ?

Катеренчук І.П.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

У роботі визначені складові, які вплинули на зниження якості підготовки лікарів у останнє десятиріччя, та окреслені подальші напрями оптимізації навчального процесу відповідно до сучасних міжнародних стандартів і національних здобутків.

Ключові слова: якість освіти, оптимізація навчального процесу

Одним із головних завдань підвищення якості освіти та вдосконалення теоретичної і практичної підготовки лікарів є створення умов для інтеграції України в європейський науковий простір, реалізація положень Болонського процесу та кредитно-модульної організації навчального процесу [1; 2]. Сучасна вища медична школа потребує зближення з системою якості міжнародного навчання, інтеграції національної освіти в міжнародну систему, посилення міжнародної конкурентоспроможності її випускників [3].

Незважаючи на певні здобутки в організації навчального процесу та підготовці майбутніх лікарів, слід визнати, що рівень підготовки за останнє десятиріччя не лише не покращився, але навіть став гіршим. Свідченням наявних проблем у підготовці кадрів є постійні наради та конференції, метою яких визначено покращення рівня теоретичної і практичної підготовки, однак намагання учасників цих заходів залишаються марними, оскільки низка причин, які ведуть до зниження рівня підготовки, або ігноруються, або не знаходять своєї практичної реалізації.

У нашій роботі ми зробили спробу визначити низку складових, які, на наш погляд, суттєво впливають на рівень теоретичної і практичної підготовки, і без практичної реалізації яких навряд чи можна сподіватися прориву в покращенні якості підготовки лікарів у сучасних умовах. Більше того, ми повинні повернути втрачене, оскільки ці складові успішного навчання були втрачені в різні періоди.

1. Стабільність навчальних планів і програм. В останнє десятиріччя навчальні плани і програми змінюються чи не кожні 2-3 роки, оскільки у ВНЗ одночасно функціонують по 2-3 навчальні плани, під які створюються програми, навчально-методична документація та ін. Однак упровадження нових навчальних планів і програм не привело до покращення якості освіти, навпаки, постійна зміна планів і програм веде до певної дезорієнтації.

2. Система оцінювання знань студентів. Одночасно зі змінами навчальних планів і програм змінювалася система оцінювання знань студентів. Перехід до кредитно-модульної системи та впровадження рейтингової системи знань замість раніше чинної чотирибальної системи перетворив викладача в постійного оцінювача знань, і нині викладач частіше користується калькулятором, ніж фендендоскопом. Значна втрата часу відбувається через необхідність виставлення оцінки на кожному практичному занятті, причому на кожному окремо взятому занятті неможливо об'єктивно оцінити рівень знань усіх студентів групи, і часто таке опитування має формальний харак-

тер. На наш погляд, немає необхідності в щоденному контролі знань студентів, а його доцільно проводити після завершення вивчення окремого змістового модуля і відображати єдиною підсумковою оцінкою без підрахунку балів за низку складових (теоретична підготовка, практична підготовка, самостійна робота, поточний контроль та ін.). Оцінка має відображати рівень знань, умінь і практичних навичок та здатність їх використання в конкретній клінічній ситуації.

3. «Крок-2» як фактор зниження якості підготовки студентів. Тестовий ліцензійний іспит «Крок-2» перетворився в потужний стимул для студентів щодо підготовки до успішного складання тестового ліцензійного іспиту. Значна частина навчального часу відводиться розв'язуванню тестових завдань, часто на шкоду роботи з хворими та засвоєнню навичок практичної роботи в клініці. Підготовці студентів до успішного складання тестового ліцензійного іспиту сприяють робота в комп'ютерному класі, самостійна робота в позанавчальний час, проведення тренінгів щодо розв'язування тестових задач, аналогічних задачам тестового ліцензійного іспиту «Крок-2». Однак розв'язування тестових завдань не сприяє розвитку аналітичного мислення, лікарської інтуїції, навичкам поведінки в конкретній ситуації в клініці. Часто студент, даючи правильні відповіді на тестові задачі, не вміє виписати рецепт, провести аналіз електрокардіограми, дати оцінку лабораторним та інструментальним методам дослідження, надати невідкладну допомогу.

4. Навчальна література для студентів. Можливість користування

Інтернетом привела до того, що в сучасних умовах студент для підготовки до заняття використовує пошукову базу і черпає дані з різних джерел, часто сумнівної якості. З іншого боку, викладачів змушують створювати навчально-методичну літературу, і таку літературу створюють не лише досвідчені викладачі з великим стажем навчальної роботи, а й молоді викладачі, які не мають достатнього рівня знань і досвіду для цього. Гонитва за друком значної кількості навчально-методичних видань призводить до непродуктивних витрат робочого часу педагога, підготовки неякісних видань, якими або зовсім не користуються, або користуються протягом обмеженого проміжку часу (1-2 роки).

Студент повинен мати у своєму розпорядженні якісний базовий підручник, практикум і, можливо, рекомендації для самостійної підготовки в позанавчальний час, які мають бути стислими і конкретними.

Останніми роками звертається особлива увага на знання студентами стандартів і протоколів надання медичної допомоги. Ці протоколи відображаються в навчальній літературі для студентів. На наш погляд, студент не повинен, та він і не може знати і запам'ятати всі протоколи, з усіх клінічних дисциплін. Студент мусить знати етіологію, патогенез, класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики і диференційовану діагностику, основи лікування і профілактики. Протокольне лікування відповідно до профілю має знати лікар, і ці знання повинні базуватися на знаннях, отриманих у ВНЗ, та принципах доказової медицини, міжнародних і національних стандартах надання медичної допомоги.

5. Участь у науковій роботі. Свого часу діючі на кафедрах невеликі проблемні наукові лабораторії були ліквідовані, оскільки перемогла точка зору щодо проведення наукових досліджень у центральній науково-дослідній лабораторії, яка сертифікована і відповідає стандартам. Однак студенти не мають можливості проводити самостійно дослідження на базі науково-дослідної лабораторії, а наявність невеликих лабораторій на кафедрах могла б забезпечувати участь студентів у наукових дослідженнях, сприяти творчій науковій роботі викладачів.

6. Скорочення лекційного курсу. Зміни навчальних планів привели до того, що з базової фахової навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» протягом двох років навчання на кафедрі студентам читають 4 лекції з внутрішньої медицини та одну лекцію з військової медицини. На 6 курсі лекційний курс відсутній. З нашої точки зору, лекційний курс відіграє важливу як навчальну, так і виховну роль. Він сприяє підвищенню іміджу завідувача кафедри, який запалює іскру жадоби до знань.

7. Якісний викладач як одна з найголовніших складових освітнього процесу. Останніми роками зі зростанням загальної чисельності студентів зростала кількість викладачів, однак професійний освітній ріст не відбувся. До цього призвели відсутність конкурсу на зайняття посади і практично відсутня конкуренція за право займатися науково-педагогічною діяльністю; відсутність стажу практичної роботи в зарахованих за конкурсом; відсутність чергувань викладачів у клініці в нічний час. Усе це призводить до декваліфікації як лікаря-спеціаліста, так і досвідченого педагога-практика.

Сучасний викладач має відповідати трьом основним критеріям:

– вільно володіти українською та англійською мовами;

– вміти працювати в режимі користувача на персональному комп'ютері;

– глибоко володіти знаннями і практичними навичками відповідно до профілю лікувальної та викладацької роботи.

Безсумнівно, викладач має бути патріотом своєї держави, інтелігентом, носієм загальної культури, взірцем для студентів і практикуючих лікарів. У нього має залишатися час для ознайомлення з новинами світової культури, відвідуванням культурно-освітніх закладів, спілкування з творчими особистостями з різних галузей знань та ін.

Отже, є низка проблем, які можна успішно долати, однак для цього необхідні бажання і спільні зусилля МОЗ України, адміністрації вищого навчального закладу, викладачів і студентів.

Список використаної літератури

1. Медицинское образование в мире и в Украине / [Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерий, А.П.Волосовец и др.]. - X. : ИПП «Контраст», 2005. – 464 с.
2. Пίδαев А.В. Болонский процесс в Европе. Что такое и нужен ли он Украине? Возможна ли интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? / А.В. Пίδαев, В.Г. Передерий. - - Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 2004. – 192 с.
3. Система управління якістю медичної освіти в Україні: монографія / [І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко та ін.]. – Донецьк: АРТ-ПРЕС, 2003. - 212 с.