

СИСТЕМА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В ІНТЕРНАТУРІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ

М.С.Скрипніков, Л.Г.Павленко

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

I. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНТЕРНАТУРИ.

Згідно з концепцією реформи вищої медичної освіти, постановою кабінету Міністрів України №96 від 27.02.92 р., наказом МОЗ України №104 від 20.06.94 р. "Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних і фармацевтичних інститутів" спеціалізація інтернів є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів і фармацевтичних інститутів. Тривалість навчання в інтернатурі становить 1-3 роки залежно від спеціальності. Незважаючи на велику роботу, проведену інститутами України по удосконаленню навчання в інтернатурі, залишається багато питань, які потребують негайного вирішення.

Перш за все, в організаційному плані виникають ускладнення в післядипломній підготовці магістрантів, бо до магістратури можуть бути зараховані відмінники навчання після закінчення вузу, але на розподілі молодих спеціалістів вони направляються в Управління охорони здоров'я України і з серпня повинні приступити до спеціалізації в інтернатурі. Іспити проводяться в середині вересня, а в жовтні МОЗ України затверджує це рішення, в листопаді магістранти розпочинають заняття. Таким чином, випускники три місяці не навчаються або ж навчаються в інтернатурі і чекають вирішення свого питання. А якщо магістрант не буде зарахований наказом МОЗ, він залишається на рік без інтернатури. За магістратурою немає юридичної підстави. Ми вважаємо, що інтернатура повинна бути для всіх випускників, як це записано в положенні, а потім уже магістратура. Повинні бути якісь юридичні права після закінчення магістратури. Бо навчання магістрантів-відмінників (2-3 роки) закінчується атестацією на звання лікаря-спеціаліста, як і у інтерна.

Зарахування в інтернатуру Управлінням охорони здоров'я повинно проводитись тільки до 15 серпня, хто не розпочав навчання, то початок 11 переноситься на наступний рік і це положення порушується, бо в наказі №104 допускаються винятки, ці винятки складають велику групу, яка навчається з запізненням і атестується пізніше. Це ускладнює роботу атестаційних комісій, бо випускники не допускаються до роботи, а засідання комісії не збігається з цим закінченням навчання в інтернатурі. Доводиться терміново збирати комісію, а через кілька днів ситуація повторюється і т.д.

II. ПЕРЕЛІК СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.

З метою удосконалення підготовки лікарів-спеціалістів в інтернатурі 15.06.94р. виданий наказ №101 МОЗ України та додатки до нього про спеціалізацію в інтернатурі з переліком спеціальностей, з яких дозволяється підготовка випускників. У академії готується 447 лікарів-інтернів з 22 спеціальностей, які затверджені при ліцензуванні вузу. Найбільші групи є за фахом "Терапія" та "Стоматологія" по 90 лікарів, потім за фахом "Хірургія" — 45 чоловік, "Акушерство і гінекологія" — 38 чоловік, "Педіатрія" — 33 чоловіка і т.д.

Академія не готує лікаря-спеціаліста з "Терапевтичної стоматології", бо вважаємо, що в основному випускники стоматології працюють зараз у дільничих та районних лікарнях, де потрібна підготовка лікаря за програмою "Стоматологія".

III. БАЗИ.

Для підготовки лікарів-інтернів у академії створений факультет післядипломної підготовки, до складу якого ввійшли дві спеціальні кафедри: кафедра післядипломної підготовки лікарів-стоматологів та терапевтів і 12 профільних та 9 суміжних кафедр. На цих кафедрах виділені окремі викладачі, які ведуть заняття тільки з лікарями-інтернами.

Досвід окремих кафедр по роботі з інтернами показує, що підготовка інтернів покращується. Кафедри повністю відповідають за виконання учбового плану та програми на профільних та суміжних кафедрах, забезпечують кожного інтерна робочим місцем, забезпечують навчання методичними матеріалами не тільки під час очного, а і заочного циклу і, найголовніше, проводять велику навчальну роботу з керівниками на базах лікувально-профілактичних закладів. На цих кафедрах інтерни виконують наукові роботи. У цьому навчальному році на підсумковій конференції лікарів-інтернів була підготовлена 21 доповідь лікарів-інтернів та магістрів за фахом "Стоматологія" та 33 — за фахом "Лікувальна справа". Співробітники кафедри беруть активну участь у роботі науково-методичних конференцій викладачів, виступають з досвідом роботи та пропозиціями для її удосконалення. Тільки в цьому році кафедри післядипломної підготовки взяли участь у трьох навчально-методичних конференціях. Одна конференція повністю була присвячена післядипломній підготовці інтернів (49 доповідей). Кафедри з післядипломної підготовки широко використовують навчальні центри та кабінети фірм та спільних підприємств "Комподент", "Дента", "Інтермедіо". Кращі лікарі-інтерни після закінчення інтернатури запрошуються на роботу в лікувальні кабінети фірм та центрів. Так, наприклад, із 10 лікарів навчального центру "Комподент"-8 в минулому інтерни, які закінчили навчання 1-2 роки тому, пройшовши додаткову підготовку під керівництвом спеціалістів фірми "Дентсплай" і володіють прогресивними методами лікування та профілактики хворих. Лікарі-інтерни беруть участь у міжнародних навчальних семінарах "Реставрація зубів матеріалами "Дентсплай" та в чемпіонатах професійної майстерності.

Така форма підготовки лікарів-інтернів підвищує мотивацію до навчання та дає змогу набути нових професійних навичок. З метою поліпшення підготовки, враховуючи складне економічне становище лікарів-інтернів, з дозволу МОЗ України, академія відкрила 2 філії по підготовці спеціалістів (відповідності до наказу №303 від 2.12.94 р.) в м.Чернігові та в м.Кременчуці. Дворічний досвід роботи філії в м.Чернігові показав, що навчання інтернів у філії дозволяє уникнути складностей для інтернів з соціальних та економічних питань побуту та життя, дає можливість наблизити спеціалізацію до місця призначення. А це ми вважаємо надзвичайно суттєвим. Бо інтерн повинен набувати практичних навичок в умовах майбутньої

роботи, а не в штучних умовах, не маючи свого робочого місця, а навичками оволодіваючи "із-за плеча" керівника.

Звичайно, всі фінансові витрати припадають на академію, разом з тим, це велика економія коштів в управліннях охорони здоров'я. Вважаємо, що наказ №303 від 2.12.94 р. "Фінансування філії" треба коректувати, додати витрати на відрядження викладачів за рахунок коштів управлінь за домовленістю. На кожного інтерна за 4 місяці економія коштів на філії складає до 40 мільйонів. Тому витрати на філію треба розподілити між академією та управлінням. Підхід до затвердження баз заочного навчання потребує також подальшого удосконалення. За наказом №104 базами стажування інтернів можуть бути обласні, міські та великі центральні районні лікарні. Вони повинні відповідати вимогам "Положення про інтернатуру". Але уявімо ситуацію: лікар акушер-гінеколог розподілений в районну лікарню, де він дуже необхідний, в нього термін навчання 3 роки, з них 14 місяців на кафедрі, а інші місяці — в обласній лікарні, а районна лікарня свого лікаря не бачить 3 роки. Тому виникають ситуації, при яких лікарі-інтерни бувають уже і не потрібні. Головний лікар знаходить лікаря першої або вищої категорії, а інтерна вже не чекає.

Вважаємо доцільним дати можливість інтернам відразу приїхати за призначенням, визначитися житлом, роботою дружини, дитсадком та, якщо є можливість, спеціалізуватись на базі цієї лікарні з віздами в обласну для консультацій на тиждень або два-три. Для цього провести ліцензування лікарень і не кожний рік затверджувати базу, а зробити це з перспективою на 5 років. Зробити її клінічною базою відповідно до положень. Щорічно затверджувати тільки керівників. Потребує удосконалення і робота з керівниками. Керівниками на базах (згідно з "Положенням про інтернатуру") призначаються переважно завідувачі профільних відділень з розрахунку на одного керівника не більше 7 інтернів. Треба бути реалістами і визнати, що для того, щоб виконати вимоги по підготовці інтерна, треба весь робочий час займатися тільки інтернами, а на них же відділення. Може, краще було б у таких лікарнях готувати спеціального лікаря-керівника, який би і виконував усе те, що передбачено планом навчання інтерна.

IV. ТЕРМІН НАВЧАННЯ.

Для визначення терміну навчання необхідно провести аналіз типових учбових планів та програм, визначити новизну кожного року навчання, і тоді буде установлений і термін його. У планах і програмах для інтернів з 2-х або 3-річним навчанням матеріали 1-го року повторюються на 2-му і 3-му. Виходячи з цього, виникне необхідність скорочення терміну навчання або наближення його до баз призначення на роботу. Пропонуємо: експертним комісіям за фахами переглянути навчальні плани та програми для визначення терміну з кожної спеціальності. Зі стоматології пропонуємо зробити перший рік базовим, а потім залежно від замовлень управлінь охорони здоров'я протягом 4-6 місяців спеціалізувати інтернів з ортопедичної та хірургічної стоматології.

V. НАВЧАЛЬНІ ПЛАНИ ТА ПРОГРАМИ.

Навчальні плани та програми створені великими колективами і в цілому заперечень не викликають. Але вони потребують корекції фахівців. Треба створити постійно діючу експертну комісію при центральному методичному кабінеті, яка б щорічно аналізувала пропозиції вузів України і вносила б свої корективи.

У планах дуже багато суміжних дисциплін з малою кількістю годин. Наприклад у лікарів-педіатрів у плані стоїть вірусологія (6 годин), у лікарів-оториноларингологів — "Питання імунології та алергології" (6 годин) і так у кожному плані у великій кількості. Виникає питання: чому можна навчити інтерна за 6 годин? А це відриває інтерна від хворого. Плани I, II, III року повторюються.

У розкладі з'являється багато суміжних кафедр; годин у них мало, а роботи з методичного забезпечення надзвичайно багато. На засіданнях вченої Ради факультету проведені скорочення суміжних дисциплін з малою кількістю годин у дозволених межах (20%). Навпаки, у навчальних планах та програмах існує розбіжність з наказом МОЗ України №104 по педагогічному навантаженню, де рекомендується дотримуватись таких розрахунків: практичні заняття — повністю зарахувати, а самостійну лікарську діяльність інтерна під контролем викладача зараховувати в межах 50%. Але в більшості програм та в учбових планах практичні заняття відсутні і визначаються як самостійна лікарська діяльність, в інших же навпаки-тільки практичні заняття. Не збігаються і розрахунки по інтерно-місяцях та годинах учбових планів. За учбовими планами це години на ставку викладача, а за інтерно-місяцями-це 0,5 ставки. Це положення потребує уточнення та корекції.

VI. ПІДГОТОВКА ДО ДЕРЖАВНОЇ АТЕСТАЦІЇ.

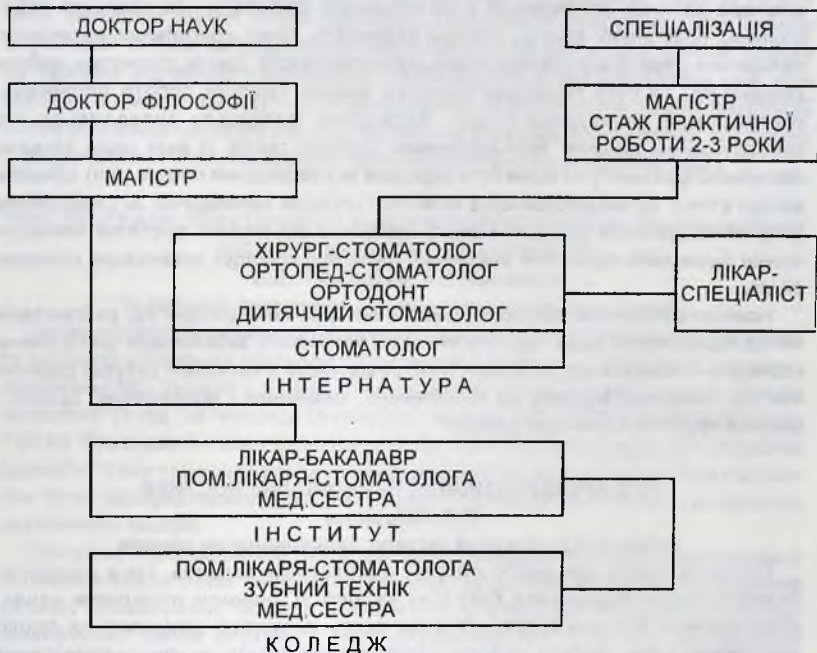
Система підготовки до державної атестації визначена в положенні непогано. Єдине, що потрібно уніфікувати, це форми обліку виконаних практичних навичок та перелік документів, які повинні залишатися на кафедрі, в деканаті після атестації.

Потребують корекції і комп'ютерні програми, які повністю для всіх спеціальностей закуплені академією в "Медінформатиці". Там є помилки та інші недоліки.

Бажано було б з метою мотивації навчання лікарям-інтернам відмінникам присвоювати другу категорію (атестаційну) або якимось по-іншому відзначати їхні успіхи.

У цілому, підводячи підсумки, можна сказати, що система підготовки лікарів в інтернатурі вже має методичне та юридичне забезпечення.

СТУПЕНЕВА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ



ДОЦІЛЬНІСТЬ МОДУЛЬНОГО МЕТОДУ НАВЧАННЯ ПРИ ВИХОВАННІ ЛІКАРІВ

О.В.Удовицька, Т.Є.Бойченко

Київський державний інститут удосконалення лікарів

Застосування нових педагогічних технологій в медичній освіті ще не досягло рівня їх використання в технічних та гуманітарних вузах зокрема, через орієнтацію лише на необхідність апаратури, тоді як існують ефективні "безмашинні" методи підвищення ККД навчання, серед них — модульний. У ряді країн цей навчальний метод є основним, бо забезпечує слухачеві велику особисту ініціативність і максимальне застосування власних здатностей, економного використання часу за індивідуальним планом, звільняє від зрівнялівки і примусового навчання. Це вимагає від слухача відповідальності за якість навчання шляхом самопідготовки, від викладача — значної методичної роботи (підготовки комплексу різноманітних довідкових матеріалів, контрольних тестів для поетапного і заключного контролю тощо). У системі вищої медичної школи України модульне навчання, з нашого погляду, придатне для засвоєння окремих, чітко окреслених розділів інформації.

Модулі, розроблені нами, складаються з ознайомлювально-установчої лекції, семінарів-дискусій, конференцій з обговоренням реферетів і контрольних робіт, клінічних практичних занять. Слухачі отримують пакет допоміжних матеріалів: методичних (тези та аудіозаписи лекцій, навчальні тексти, списки літератури, набори ділових ігор) та суто технічних (розклад занять, графіки роботи бібліотеки, консультацій викладачів тощо). Засвоєння матеріалу знаходиться під самоконтролем завдяки "тест-драбинкам" (набори тестів, із яких серія завдань наступного фрагменту не може бути вирішена без оволодіння попереднім). Цінність методу в тому, що він диференціює за якістю і слухачів, і викладачів. За самостійним графіком модульним методом можуть навчатися всі слухачі, протягом навчання можна формувати однотипні академічні групи, що спрощує організацію клінічних занять.

Наявність поточного контролю, широке використання ділових ігор, рейтинговий метод оцінки знань і вмінь надають методів можливість забезпечити третій рівень навчання — навчати слухачів практично реалізувати в нетиповій ситуації рішення життєво важливих завдань по збереженню, зміцненню і відновленню здоров'я кожного пацієнта в сучасних умовах.

ПРО АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПРИНЦИП ДІАГНОСТИКИ

О.В.Удовицька

Київський державний інститут удосконалення лікарів

Головною хибою діяльності лікаря є діагностична помилка. Це є наслідком безсистемного порівняння багатьох хвороб зі значним переліком ознак. обумовленого звичним репродуктивним видом розумової діяльності на основі накопичених знань, що були засвоєні і надалі використовуються шляхом відтворення по образу, по знайомих ознаках і зв'язках (вгадування). Такий методичний підхід обумовлений I-II рівнями навчання, є економічним в часі та зусиллях. Та його можливості обмежені при пошуку однієї відповіді серед безлічі інших, коли необхідне включення більш могутнього — продуктивного, творчого типу мислення, що виховується III-IV рівнями навчання, є більш напруженим, але забезпечує 100 відсотків рішення задачі незалежно від здатностей і творчого потенціалу лікаря. Для оптимізації розв'язання діагностичних питань, що потребують альтернативного рішення, фахівцем з медичної педагогіки Наумовим Л.Б., в 1983 р., запропоновано симптомний принцип на основі виявлення вирішального симптому для подальшого перебору хвороб, яким він притаманний, методом алгоритмування, що дозволяє поступально ділити оцінювані об'єкти за принципом "так — ні". Можлива констатація патологічного процесу, що обумовлює ведучий симптом, звужує коло пошуку, але зовсім виключається нозологічний принцип опису патологічних станів. Така методика зацікавила, її втілення виявилось успішним. Бо діагностика стає простою, якщо для кожної групи хвороб, подібних за основним симптомом, створено алгоритм (певний порядок вивчення ознак). Якщо симптом в якості основного вибрано