

міжнародною участю «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів: зб.пр. – К., 2007. – С. 3-9.

3. Білинська М.М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: монографія / М.М. Білинська. – К.: Вид-во– НАДУ, 2004.– 246 с.

4. Вища освіта і Болонський процес: навч.посіб./ [Степко М.Ф., Болюбаш Я.Я., Шинкарук В.Д. та ін.]; за ред.В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навч. кн.– Богдан, 2004.– 384 с.

5. Волосовець О.П. Проблеми та перспективи розвитку вищої медичної школи в Україні / О.П. Волосовець //Проблеми медичної науки та освіти.– 2003. – №1. – С. 4-7.

6. Вороненко Ю.В. Медична та фармацевтична освіта в умовах Болонського процесу / Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, В.П.Черних // Внутрішня медицина.– 2007. – №3. – С.128-131.

7. Высшее образование в XXI веке. Подходы и практические меры: Всемирная конференция по высшему образованию ЮНЕСКО.– Париж, 5-9 октября 1998 г.– 136 с.

8. Закон України «Про вищу освіту» від 17.01.2002 р. № 12-13. – 20-27 лютого. – 2002.– С.5-12.

9. Логуш Л.Г. Актуальність якості неперервної освіти / Л.Г. Логуш// Якість неперервної освіти в умовах євроінтеграційних процесів: тенденції, проблеми, прогнози: міжнародна науково-практична конференція.– Чернівці, 2015.– С. 112-114.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Радченко В. В.

кандидат медичних наук,

асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО

Дніпропетровська медична академія

м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область, Україна

В останні роки на всіх рівнях охорони здоров'я обговорюються шляхи і робляться спроби здійснити процес реорганізації охорони здоров'я. Особливо це стосується первинної ланки охорони здоров'я, до якої відноситься вся амбулаторна служба. За визначенням Всесвітньої асоціації сімейних лікарів

(WONCA), сімейний лікар є фахівцем, який повинен надавати необхідну первинну медико-санітарну допомогу всім членам сім'ї незалежно від віку, статі, характеру захворювання, з урахуванням психологічних, соціальних, культурних та індивідуальних особливостей пацієнта і сім'ї [2].

Сімейний лікар повинен бути різнобічно підготовлений не тільки в питаннях терапії, педіатрії, але і в питаннях акушерства, гінекології, перинатології, неврології, офтальмології, хірургії, психіатрії та інших розділів медицини. Він повинен орієнтуватися в області медичної психології, законодавстві про охорону здоров'я, соціального захисту сімей. Переорієнтація охорони здоров'я на сімейну медицину висуває підвищені вимоги до лікарів, які працюють на принципі сімейної медицини.

Накопичений невеликий досвід роботи сімейних лікарів свідчить про те, що їх підготовка в наших умовах, починаючи з вузівської, потребує вдосконалення.

Однією з головних проблем сучасного стану вищої медичної освіти є досить високий рівень теоретичної підготовки і недостатнє володіння практичними навичками [3]. Подібна розбіжність пов'язана з багатьма причинами, серед яких можна назвати:

- значне зростання кількості нових наукових даних, іншої медичної інформації, і перерозподіл акцентів в навчанні у бік теоретичної складової;
- збільшення кількості нових технологій, прийомів, практичних методів, які повинен опанувати майбутній лікар;
- відсутність можливості кожному лікарю-інтерну виконати, причому неодноразово, до автоматизму, окремі прийоми, методики, тим більше, що об'єктами навчання є вагітні та плід;
- неоднозначне, часто негативне ставлення самих пацієнтів до бачення себе в ролі «навчальної моделі» для відпрацювання практичних умінь і навичок.

В результаті вже традиційним є той факт, що лікар не вміє правильно обстежити хворого, спілкуватися з ним та надавати практичну мануальну допомогу. Опинившись абсолютно не підготовленими до виконання елементарних практичних навичок, лікарі-інтерни в більшості своїй уникають демонструвати своє невміння, проявляють низьку активність [3]. Такий стан справ є неприйнятним.

Система навчання сімейних лікарів повинна передбачати:

1. Виділення тих практичних умінь, які відповідають вимогам професії та відповідають рівню навчання.
2. Проведення навчання від простого до складного, починаючи з найпростіших навичок.

3. Відпрацювання на доклінічному етапі окремих прийомів на манекенах, тренажерах та інше.

4. Методичне опрацювання програми навчання. Не повинно бути суперечностей в думках щодо методик виконання окремих прийомів, всієї системи лікування пацієнта – тобто робота в команді не тільки лікарів-інтернів, але і викладачів,

5. Кадрові рішення – якісно викладати за даною програмою можуть високопрофесійні викладачі лікарі-клініцисти, затребувані і в реальній клінічній практиці.

6. Тісну міждисциплінарну взаємодію з метою уніфікації викладання.

7. Подальше втілення симуляційної практики навчання. Симуляційне середовище імітує клінічну ситуацію та дає наступні переваги: навчання проводиться по заданих параметрах, немає ризику для пацієнтів та тих, хто навчається, можливість необмеженого повторення необхідного прийому, відпрацювання командного стилю роботи, можливість створення будь-якого варіанту ситуації, можливість об'єктивної оцінки, тестування.

Недоліком навчання окремим навичкам є їх «технічність», відірваність від реальної клінічної ситуації, що не дозволяє здійснити єдиний цілісний підхід в підготовці студентів. Рішенням даної проблеми є впровадження імітаційних методик в освітній процес (імітація клінічної ситуації), що дозволяє «підлаштувати» ситуацію під потреби навчального процесу, теоретичні і практичні можливості.

Необхідно виділити різні ступені оволодіння практичними вміннями:

- Складова знань (знайомство: бачив, чув, читав, але сам не виконував).
- Вміння (виконував під контролем викладача).
- Навичка – автоматизоване вміння (немає необхідності в покроковому контролі).

На початковому етапі навчання – на найпростіших манекенах, тренажерах відпрацьовуються окремі складові. Забезпечення – економні тренажери, а також педагогічна складова – відповідно до робочої програми дисципліни за спеціальністю. Кожен навик «прописується покроково», бажано – візуалізується (покрокова фотозйомка, або відео достатньої якості).

Високий рівень навчання – застосування симуляторів, симулювання середовища, можливість використання симульованих пацієнтів. На цьому ж рівні відпрацьовується навик роботи в команді та міждисциплінарна взаємодія. Педагогічна складова – розробка ситуаційних завдань, попереднє теоретичне «промовляння» ситуації до початку ситуаційної ділової гри, і наступний дебрифінг (обговорення) за результатами роботи.

На підставі вивчення досвіду провідних вищих навчальних закладів нами впроваджена нова методика організації навчального процесу – матрикули практичних навичок з акушерства та гінекології для сімейних лікарів [1].

Матрикул – це рівень засвоєння практичних навичок. Перелік і рівень оволодіння практичними навичками відображали у вигляді таблиці і видавали кожному лікарю (табл. 1).

Таблиця 1

Перелік практичних навичок

№	Назва навичок та умінь	Рівень оволодіння				
		I	II	III	IV	V
1.	Ведення фізіологічної вагітності					
2.	Гінекологічне обстеження. Бімануальне обстеження					
3.	Гінекологічне обстеження за допомогою дзеркал					
4.	Забір матеріалу із піхви для бактеріоскопічного дослідження					
5.	Забір матеріалу із шийки матки для цитологічного дослідження					
6.	Огляд і пальпаторне обстеження молочної залози					
7.	Вимірювання висоти стояння дна матки, обводу живота					
8.	Визначення терміну вагітності і терміну пологів					
9.	Оцінка стану плода (аускультация серцебиття, ведення гравідограми)					

**Оцінювання рівня оволодіння практичними навичками проводилось викладачем по п'ятибальній системі на протязі навчання*

I рівень – теоретичні знання всіх етапів виконання практичної навички.

II рівень – крім знання передбачає і розуміння всіх етапів виконання, візуалізація даної методики на практиці.

III рівень – передбачає виконання навички на муляжі, фантомі або в лабораторних умовах.

IV рівень – вимагає проведення діагностичної маніпуляції під керівництвом викладача.

V рівень – отримання самостійного досвіду виконання практичного навичку фахівцем.

Таким чином, за період навчання, кожна з практичних навичок відпрацьовується неодноразово, сумісно з викладачем, згідно вказаних рівнів.

На базі філії нашої кафедри у м. Кривий Ріг у 2015-2016 навчальному році пройшли підготовку з акушерства і гінекології 77 лікарів-інтернів циклу первинної спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна

медицина» по традиційній методиці навчання. Середній бал, отриманий ними по практичним навикам склав 3,5. У 2016-2017 навчальному році за такою ж програмою, але з використанням матрикул практичних навичок пройшли підготовку з акушерства і гінекології 75 лікарів-інтернів. Середній бал, отриманий ними по практичним навикам збільшився на 14,6% та склав 4,1.

Висновки. Системний підхід до організації навчального процесу, використання матрикул практичних навичок допомагають активізувати пізнавальну діяльність і самонавчання, забезпечує повноцінне освоєння тематичного матеріалу, відповідних практичних навичок, отримання додаткової інформації, сприяє розвитку клінічного мислення та підвищує рівень підготовки сімейних лікарів.

Література:

1. Мокія-Сербіна С.О. Використання основних засад доказової медицини у підготовці фахівців з клінічної лабораторної діагностики / С.О. Мокія-Сербіна, Т.І. Єльчанінова, С.Г. Сітало // Лабораторна діагностика. – 2013. – № 4 (66). – С. 40 – 42.
2. Старча Т.М. Сучасні завдання вищої медичної освіти та кадрового забезпечення реформування галузі / [Т. М. Старча, О.П. Волосовець, І.В. Клоченко та ін.] // Медична освіта. – 2015. – № 2(66). – С. 9 – 14.
3. Хвисяк О.М. Удосконалення післядипломної підготовки лікарів – шлях до забезпечення ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я / [О. М. Хвисяк, В. Г. Марченко, В.В. Жеребкін, М.О. Бортний та ін.] // Медична освіта. – 2015. – № 2. – С.89 – 91.