

© Довганюк І.Е.

УДК: 378.046-021.68:614.253.1(477.44)

Довганюк І.Е.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 20118)

ОСОБЛИВОСТІ ТА МЕТОДИЧНІ НАПРЯМКИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА ВІННИЧИНІ

Резюме. На прикладі підвищення кваліфікації сімейних лікарів Вінницької області розглянуті особливості і проблемні питання післядипломної освіти. З власного досвіду, висвітленому у роботах інших науковців, пропонуються нові методичні напрямки та шляхи оптимізації цієї галузі на основі застосування освітніх кластерів, інтеграції науки, освіти та практики.

Ключові слова: сімейний лікар, післядипломна освіта, удосконалення, освітній кластер.

Вступ

Післядипломна освіта - це спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь та навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду. В країнах Європи відзначається висока якість підготовки лікарів первинної ланки [Вороненко та ін., 2014]. Для її забезпечення Всесвітньою організацією сімейних лікарів та Європейською асоціацією викладачів з сімейної медицини розроблено уніфіковану програму підготовки сімейних лікарів (2011) стандарт післядипломної освіти сімейних лікарів (2013).

Підготовка сімейного лікаря майже у всіх країнах Європи починається ще на додипломному етапі, середня тривалість якого складає 6 років і обов'язково включає практику в закладах сімейної медицини. В деяких країнах після закінчення медичного вузу існує можливість практичної роботи тривалістю 1 - 1,5 роки, протягом цього періоду випускники можуть визначитись щодо обрання своєї подальшої спеціальності. Програма навчання зазвичай складається з обов'язкових та альтернативних дисциплін. Зміст програми професійної підготовки сімейного лікаря відрізняється в країнах відповідно до національних особливостей і компетенцій сімейного лікаря.

Мета роботи: удосконалити методи неперервного підвищення кваліфікації сімейних лікарів.

Матеріали та методи

Загальна практика - сімейна медицина в Україні є клінічною (з 1996) та науковою (з 2010) спеціальністю зі своїми власними науковими дослідженнями, доказовою базою та клінічною діяльністю, орієнтованою на надання первинної медичної допомоги [Лехан и др., 2013]. Метою первинної спеціалізації є підготовка до практичної роботи в якості лікаря загальної практики - сімейного лікаря (ЗПСМ). Основними завданнями є удосконалення практичної підготовки дільничних педіатрів і те-

рапевтів з усіх основних розділів ЗПСМ, підвищення їх професійного рівня та ступення готовності до самостійної роботи в амбулаторіях сімейного типу [Шекера, 2013]. Після закінчення навчання лікар повинен самостійно консультувати пацієнта, надавати йому інтегровану медичну допомогу, незалежно від віку та статті, в амбулаторії та вдома, визначити маршрут пацієнта, проводити профілактичні заходи [Лисенко та ін., 2013].

Ефективним науковим підходом в системі організації післядипломної освіти є застосування освітніх кластерів на основі інтеграції медичної науки, освіти і практичної охорони здоров'я [Вороненко та ін., 2014].

Результати. Обговорення

Вінницька область одна з чотирьох областей-учасниць пілотного проекту реформування медичної галузі. Медична громада Вінничини з розумінням і професійністю поставилась до відповідальної роботи. На факультеті післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова здійснюється перепідготовка терапевтів і педіатрів на циклі спеціалізації за спеціальністю загальна практика - сімейна медицина. За період 2011-2014 р. підготовлено 300 сімейних лікарів, 78,3% (235) з них володіють першою і вищою категоріями за попередніми фахами (табл. 1). Середній вік лікарів склав 44,6±0,5 років, більше 15% склали люди пенсійного віку.

Відповідно, можна виділити, щонайменше 3 особливості, які формують певні методичні напрямки. Першим є факт, що для отримання спеціальності за фахом загальна практика - сімейна медицина лікарю потрібно опанувати 23 медичні спеціальності (16 основних та 7 додаткових програм з інших спеціальностей), які включає фах. При цьому слід врахувати, що освітній рівень та практичний досвід кожного лікаря індивідуальний. За уніфікованою програмою та навчальним планом 2012 року для очного навчання на циклі спеціалізації за спеціальністю загальна практика - сімейна медицина виді-

Таблиця 1. Розподіл лікарів (терапевтів та педіатрів), котрі пройшли курс спеціалізації за фахом ЗПСМ з 2011 по 2014 р.

Курс спеціалізації Загальна практика - сімейна медицина	2011 рік	2012 рік	2013 рік	2014 рік
Вінницька обл. та м.Вінниця	терапевти - 19 (47,5%) педіатри - 21 (52,5%)	терапевти - 75 (65%) педіатри - 41 (35%)	терапевти - 68 (65,5%) педіатри - 21 (52,5%)	терапевти -28 (57,1%) педіатри - 21 (42,9%)
Кількість курсантів	40	116	95	49

лено 624 години, а для заочного 312 годин [Гойда та ін., 2014]. За європейським досвідом опанування фахом сімейного лікаря відбувається роками і поетапно [Хімїон та ін., 2014]. Тому в наших умовах для досягнення відповідного рівня підготовки фахівців потрібен кластерний підхід щонайменше: високий професіоналізм викладачів, відповідальність і наполегливість лікарів - слухачів, розуміння і професійна підтримка керівників Центрів первинної медико-санітарної допомоги (бази заочних циклів), а ще досвід, який приходить з часом. Аналізуючи засвоєння слухачами області навчального плану слід відмітити обмеження в часі очного циклу, особливо короткими і незбалансованими відносно робочого дня є курси психіатрії, дерматовенерології і ряд хірургічних циклів, відсутність додаткових програм з курсу експрес - лабораторної діагностики. Введення заочного циклу, за умови відповідності базового забезпечення і розмежування програми для педіатрів і терапевтів, можна вважати позитивним напрямляючим. Найбільш організованими, оптимістично налаштованими і сприйнятними для засвоєння матеріалу є слухачі з хорошими комунікативними здібностями і достатнім професійним досвідом. Вони складають 62-65% і це лікарі, вік яких складає переважно від 35 до 53 років. Педіатри є найбільш організованими і допитливими слухачами. Лікарі пенсійного віку, від 65 років складніше сприймають великий об'єм нового матеріалу, в зв'язку з віковими властивостями пам'яті, наявністю хронічних захворювань. Вони недостатньо володіють комп'ютерною технікою, невпевнені в можливості досконало оволодіти суміжними спеціальностями. Статистично, 3,5% сімейних лікарів старшого пенсійного віку пропрацювавши в новому статусі не більше року - вийшли на пенсію. З анкетування лікарів перших 3-х років роботи в якості сімейного лікаря для терапевтів найбільшу складність і тривогу викликала робота з найменшими пацієнтами, для педіатрів, відповідно, хворі з інфарктами міокарда, інсультами, цирозами печінки в стадії декомпенсації. Відсутність досвіду у лікарів з вищеперечислених нозологій намагаємось компенсувати проведенням курсів тематичного удосконалення, клінічними розборами пацієнтів, рекомендаціями по самопідготовці і здобутті досвіду на робочому місці.

Другою особливістю з якої формується певна методична направленість є те, що ми працюємо в медичній галузі і на наше переконання обов'язковою умовою успішної професійної діяльності є фізичне здоров'я, психологічна адаптація і оптимістична налаштованість самого сімейного лікаря. Її успішним результатом є

профілактика та надання кваліфікованої і своєчасної медичної допомоги. Слід відмітити, що у Вінницькій області найвищий відсоток по Україні надання першої медичної допомоги безпосередньо сімейними лікарями, він становить 86,8%. Одним з основних завдань лікаря загальної практики - сімейної медицини є здатність професійно і вчасно відповідати на сучасні виклики і потреби здоров'я суспільства. Досвід економічно розвинених країн свідчить, що збільшення тривалості життя їх населення досягнуто не шляхом поліпшення якості лікування, а шляхом зниження захворюваності через первинну профілактику. І головною діючою особою в реалізації заходів по профілактиці має стати сімейний лікар, який володіє унікальною інформацією про стан здоров'я декількох поколінь, в тому числі про спадкові та набуті захворювання, і може скласти оптимальну програму профілактики для конкретного пацієнта. Реформування охорони здоров'я, що проводиться в Україні, передбачає посилення профілактичної спрямованості в роботі сімейного лікаря. На наше переконання профілактика повинна бути не проектом, а повсякденною роботою лікаря первинної ланки і займати в ній не менше 30% робочого часу. Успіх профілактичної діяльності лікаря залежить не тільки від професійних знань, а й від його переконаності у важливості заходів і особисто тому прикладі, щодо формування здорових звичок. Важливо, щоб лікар сам відмовився від шкідливих звичок, розвивав себе фізично, правильно харчувався, не мав надмірної маси тіла, контролював фізичний і моральний стан свого здоров'я. Проведене нами анкетування серед лікарів - слухачів засвідчило, що індекс маси тіла у 43,8% перевищує 25, лише 15,3% лікарів старших 40 років контролюють свій ліпідний спектр і 4,7% онкомаркери полові сфери та шлунково - кишкового тракту, а 82,5% відмічають часті стресові ситуації, більше 50% яких пов'язані з професійною діяльністю. Тому, на нашу думку, сприяння профілактичній роботі серед сімейних лікарів додасть їм впевненості і сил в оволодінні новою спеціальністю і організує на більш досконалу профілактичну роботу з пацієнтами.

Третьою особливістю в розрізі післядипломної освіти, враховуючи світовий досвід вважаємо реалізацію переходу від кваліфікаційної моделі підготовки фахівця до компетентнісної [Гребенник та ін., 2014].

Компетенція - це єдність професійних знань, навичок та позапрофесійних ціннісних орієнтирів (етики, відношення, емоцій, мотивації). Адже в час стрімкого прогресу лікар первинної ланки разом з ґрунтовними професійними знаннями повинен оперувати і управля-

ти інформацією, активно діяти, швидко приймати рішення і навчатись упродовж всього життя. Сімейний лікар працює з широким контингентом населення, а кожна людина потребує індивідуального підходу. Аналізуючи успішність навчання та адаптації на робочому місці слухачів молодого віку 25 - 30 років. Незважаючи на володіння молодих лікарів інформаційними технологіями, рівень їх успішності і робочої адаптації нищий ніж у вищевказаних слухачів середнього віку. Це можна обґрунтувати недостатністю практичного досвіду, комунікативних навичок і мотивації, переважно економічної. Тому, важливим моментом у підготовці і практичній діяльності сімейного лікаря є розширення світогляду та розвиток комунікативної компетентності.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Система підвищення кваліфікації сімейних лікарів повинна бути корегованою до сучасних потреб і неперервною. Знання і навички, набуті на циклі спеціалі-

зації, необхідно раціонально доповнювати курсами тематичного удосконалювання, тренінгами та дистанційним навчанням.

2. Враховуючи перспективи вступу України до Євроінтеграції, доцільно враховувати закордонний досвід уніфікації форм післядипломної освіти та використовувати їх відповідно до наших умов і можливостей.

3. Необхідно продовжити працювати задля збереження роботи за фахом досвідчених терапевтів і особливо педіатрів старшого пенсійного віку, забезпечивши перехідний період реформування галузі їх досвідом.

Перспективним у системі підвищення кваліфікації лікарів загальної практики - сімейної медицини на факультеті післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова є обґрунтована робота із застосуванням освітніх кластерів за наступними напрямками:

а) координаційно - методичний; б) науково - дослідний; в) дистанційно - інноваційний; г) адаптації міжнародного та європейського досвіду; д) аналітичний.

Список літератури

- Компетентнісний підхід у підготовці сімейного лікаря / М. В. Гребенник, О. Р. Боярчук, Т. В. Гаріян [та ін.] // Здоров'я суспільства. - 2014. - Т. 3, № 1-2. - С. 82 - 83.
- Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Сімейна медицина. - 2013. - № 2 - С. 30 - 31.
- Лисенко Г. І. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини в Україні / Г. І. Лисенко, Г. О. Слабкий, С. О. Закарєвська // Сімейна медицина - 2013. - № 2 - С. 18 - 20.
- Міжсекторальна взаємодія освіти, науки та практики як запорука ефективної підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, О.Г. Шекера, Н. В. Медведовська [та ін.] // Здоров'я суспільства. - 2014. - Т. 3, № 1-2. - С. 14 - 24.
- Організація підготовки лікарів за фахом "Загальна практика - сімейна медицина" протягом заочного етапу навчання / [Гойда Н. Г., Матюха Л. Ф., Хіміон Л. В. та ін.]. - Київ, 2014. - С. 143.
- Підходи до підготовки сімейних лікарів у країнах Європи / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, В.І. Ткаченко [та ін.] // Здоров'я суспільства. - 2014. - Т. 3, № 1-2. - С. 65-66.
- Хіміон Л. В. Новини сімейної медицини / Хіміон Л. В., Данелюк С. В., Ткаченко В. І. // Сімейна медицина. - 2014. - № 4 (54). - С. 4-5.
- Шекера О. Г. Нормативно - правові аспекти формування сімейної медицини / О. Г. Шекера // Сімейна медицина. - 2013. - № 2. - С. 10 - 12.

Довганюк І.Э.

ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ НА ВИННИЧИНЕ

Резюме. На примере повышения квалификации семейных врачей Винницкой области рассмотрены особенности и проблемные вопросы последипломного образования. Из личного и опыта работы, освещенному в научных исследованиях других ученых, автор предлагает новые методические направления и пути оптимизации этой отрасли на основании использования образовательных кластеров, интеграции науки, образования и практики.

Ключевые слова: семейный врач, последипломное образование, усовершенствование, образовательный кластер.

Dovganiuk I.E.

CHARACTERISTICS AND METHODOLOGICAL DIRECTIONS OF POST-GRADUATE EDUCATION FOR FAMILY DOCTORS IN VINNYTSIA REGION

Summary. On the example of advanced training of family doctors in Vinnytsia region discussed features and problematic issues of postgraduate education. Using the personal and national experience new methodical directions and ways of optimization of this field are suggested on the basis of educational clusters as well as the integration of science, education and practice.

Key words: family doctor, postgraduate education, advanced training, educational clusters.

Стаття надійшла до редакції 24.11.2014 р.

Довганюк Інна Едуардівна - к.мед.н., доцент кафедри терапії з курсом загальної практики сімейної медицини факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 441-60-55; dovganuyuki@mail.ru