

Conclusions. The educational programs for dentists' training require permanent updating and adding with the purpose of gaining not only theoretical knowledge, but also abilities and practical skills in neurosurgery, which can be used in future dental practice.

Key words: students of dental faculty, credit-module system, quality of teaching.

© Л.Ф. МАТЮХА, О.Є. КОВАЛЕНКО, 2013

Л.Ф. Матюха, О.Є. Коваленко

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД НА КАФЕДРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: ПРІОРИТЕТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.

Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Професійна підготовка сімейних лікарів залишається актуальним напрямком медичної галузі на сучасному етапі.

Мета. З'ясувати практичні потреби сімейних лікарів у оволодінні тими або іншими знаннями та практичними навичками (тематичі навчальних заходів) та їхню думку щодо наявності переваг підготовки на одній мультидисциплінарній кафедрі або різних кафедрах в системі одного вищого навчального закладі (ВНЗ).

Матеріал і методи. Нами було обрано метод анкетування, який належить до категорії кількісних методик і є засобом отримання інформації шляхом самостійного заповнення респондентом бланку анкети. Респондентам були роздані для заповнення анкети з 15 питань. Анкета відповідала загальноприйнятій структурі.

В результаті дослідження зроблено певні висновки. Лікарі ЗПСМ схильні адекватно оцінювати свій рівень підготовки і потреби у оволодінні необхідним теоретичним матеріалом та практичними навичками. Мультидисциплінарний підхід на кафедрах підготовки сімейних лікарів слід вважати прогресивною формою освіти на сучасному етапі. Оптимізація розвитку сімейної медицини окрім мультидисциплінарного підходу має включати більш широку пропаганду філософії сімейної медицини як серед медичних працівників, так і населення, а також потребує удосконалення правової та матеріально-технічної бази. Необхідно активізувати роботу з керівними працівниками медичних закладів щодо підтримки розвитку сімейної медицини «на місцях».

Ключові слова: мультидисциплінарний підхід, первинна ланка медичної допомоги, сімейна медицина, сімейний лікар, ЗП-СМ.

ВСТУП

Медична галузь у нашій країні чітко тримає курс на реорганізацію, що першочергово проявилось в розвитку первинної ланки медичної допомоги –

сімейної медицини (СМ). Незважаючи на те, що навколо питання доцільності впровадження СМ точаться дискусії, процес є невинним і вже дає свої позитивні результати [1].

Сучасна медицина останнім часом характеризувалася розширенням кола «вузьких» спеціальностей, що, безумовно, мало й свої пріоритети: більш поглиблене вивчення тієї та/або іншої проблеми, зосередження спеціальних засобів обстежень у відповідних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) тощо. При всіх позитивах вузькоспеціалізованої медицини виникли ризики втратити цілісний підхід до хворої людини, системно оцінювати патогенетичні взаємозв'язки між змінами в різних органах та системах, комплексно розглядати психофізичний стан пацієнта та його взаємодії з найближчим оточенням – сім'єю тощо. Крім того, позитиви від вузькопрофільованої медичної допомоги часто нівелювалися невиправданим перевантаженням спеціалістів пацієнтами з тим рівнем вузької патології, коли для верифікації діагнозу достатніми були тільки клінічні обстеження або використання мінімуму доступних додаткових досліджень. Перевантаження спеціалістів на амбулаторних прийомах за браком часу не дозволяли приділити достатньої уваги дійсно складним у діагностичному плані специфічним патологіям, що потребували другорівневої спеціалізованої допомоги.

Спостерігалось також те, що, працюючи дільничними терапевтами, лікарі проявляли об'єктивну потребу у оволодінні додатковими навичками виявлення ускладнень терапевтичних захворювань, наприклад, нерідко зустрічались явища, коли терапевт, відчуваючи гостру потребу негайно оцінити стан нервової системи у хворого з артеріальною гіпертензією, пропонував хворому виконати хоча б пальце-носову пробу в позі Ромберга, оцінити стан слухового проходу тощо.

Натомість, дільничний терапевт нерідко виконував роль диспетчера, узгоджуючи призначення вузьких спеціалістів з власними приписами, намагаючись запобігти невиправданої поліпрагмазії, що не завжди задовольняло обидві сторони – пацієнт не завжди розумів, навіщо він одночасно має вживати від 3-х до 6-7 пігулок, або ж навпаки, з яких причин терапевт скоротив призначення інших спеціалістів?! Тобто, страждали обидві сторони... В зв'язку з цим, цілісний підхід до хворого, закладений в компетенціях сімейного лікаря, викликає обгрунтований оптимізм.

Дійсно, завдання, що ставляться перед сімейним лікарем, є досить нелегкими, адже необхідність надавати медичну допомогу людям різного віку, проводити тривале безперервне спостереження за населенням дільниці, профілактичну роботу, брати участь у лікуванні та реабілітації з приводу різних захворювань вимагає удосконалення специфічної підготовки лікаря.

Існує декілька видів післядипломної підготовки та перепідготовки лікаря «загальної практики - сімейної медицини». Перший, більш поширений, полягає в тому, що основну підготовку лікар отримував на перепрофільованих терапевтичних кафедрах, а педіатрії і «вузьким» спеціальностям, відповідно, навчався на вузькопрофільних кафедрах. Викладачі кафедр, які стали назива-

ватись кафедрами сімейної медицини, як правило, в переважній більшості були терапевтами, намагались зрозуміти і донести до лікарів-інтернів і курсантів «філософію» сімейної медицини як спеціальності, якою незадоволю або паралельно самі оволодівали на тренінгах та конференціях з міжнародною участю.

Цікавим є міжнародний досвід. В Європі протягом останніх років більша частина навчання проводиться викладачами первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), які є сімейними лікарями, за принципом «один слухач – один викладач» [2, 3]. В Україні це потребує збільшення кількості викладачів з рядів практикуючих лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗП-СЛ), які поки що не мають спеціальних знань, навичок викладання та педагогічного досвіду. Базові принципи, необхідні для цього типу навчання, відрізняються від методів викладання лікарів інших спеціальностей. До прикладу, навчання в групах, проведення лекцій або навчання на базі стаціонарів є більш зручним для викладача порівняно з процесом індивідуального спілкування в ході медичного консультування в амбулаторних умовах. Навчання один викладач – один курсант/інтерн в умовах реальної ЗП-СМ потребує застосування спеціальних методик навчання і техніки оцінки, які засновані на залученні пацієнта за його погодження; це збільшує відповідальність і викладача, і того, хто навчається. Основне, чому потрібно навчити лікаря СМ – інтерна/курсанта – навичкам консультування, яке називається унікальним.

Деякі курси зі спеціальним навчанням були розроблені викладачами Європейської академії викладачів сімейної медицини (EURACT) і проведені ними в деяких країнах [3].

Досить великий об'єм теоретичних знань і значний перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти майбутній сімейний лікар в процесі навчання, потребує від слухача високого рівня внутрішньої мотивації, працездатності, щоденної самостійної роботи для того, щоб відчувати себе впевненим на робочому місці. Враховуючи постійно зростаючий об'єм нової медичної інформації, появу нових методів і засобів діагностики і лікування, сімейний лікар потребує безперервного навчання шляхом самостійної роботи з літературою, участі в циклах тематичного удосконалення, додаткових тренінгах та інших видах навчання [1, 2, 3].

Процес підготовки сімейних лікарів постійно удосконалюється, особливо гостро це питання постає в країнах, де цей напрямок є відносно новим.

Не секрет, що цей процес потребує потужної кадрової та матеріальної баз, який в нашій країні поки що заслуговує кращих побажань. Звісно, що така розкіш, як принцип «один викладач - один слухач», з відомих об'єктивних причин на даному етапі є ще недосяжною, натомість, просування в прогресивному напрямку є надзвичайно актуальним і має бути невпинним.

Незважаючи на розробку, удосконалення і впровадження в систему навчання нових учбових програм, процес підготовки сімейних лікарів досі залишається складним і за переважно існуючим принципом потребує злагоженої роботи багатьох кафедр, причетних до їхньої підготовки, оскільки викладачів за базовою науковою спеціальністю «загальна практика-сімейна

медицина» в Україні одиниці. Тому, поява методології підготовки на кафедрах з мультидисциплінарним принципом на сучасному етапі розвитку економіки і медицини теоретично є прогресивною, що, безумовно, повинне мати й практичне підтвердження. Мультидисциплінарний принцип полягає в навчанні лікарів теоретичним та практичним питанням з «вузьких» напрямків в межах кадрового та матеріально-технічного потенціалу однієї кафедри.

Мета - з'ясувати практичні потреби сімейних лікарів у оволодінні тими або іншими знаннями та практичними навичками та їхню думку щодо наявності переваг підготовки на одній мультидисциплінарній кафедрі або різних кафедрах в системі одного вищого навчального закладі (ВНЗ).

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Нами було обрано метод анкетування, який належить до категорії кількісних методик і є засобом отримання інформації шляхом самостійного заповнення респондентом бланку анкети. На відміну від структурованого (стандартизованого) інтерв'ю, анкетування носило анонімний характер, завдяки чому респондентам простіше було відповісти на низку важливих для нас і не завжди зручних для респондентів запитань [4, 5].

Респондентам були роздані для заповнення анкети з 15 питань. Анкета відповідала загальноприйнятій структурі.

Вступ – переконання респондента прийняти участь в опитуванні; містило мету дослідження, інструкцію щодо заповнення анкети і перспективи використання результатів анкетування.

Соціально-демографічний блок був розташований на початку анкети; вказувалась стать, вік, місце роботи, стаж роботи, коли закінчив, або проходить курси спеціалізації. Початок анкети – «розминка»: нескладні питання, які повинні були зацікавити респондента. Середина анкети – основні питання, що потребували розумових зусиль та використання різних шкал. Кінець анкети – прості закриті питання; а також подяка респонденту за участь в дослідженні.

Нами було обрано такий інструмент, як вибіркове спеціалізоване анкетування, оскільки джерелом інформації були лікарі, які могли самі бути експертами з тих питань, що нас цікавили. За формою проведення воно носило груповий характер. Це сприяло тому, що за короткий термін в кожній області було опитано по 21 лікарю, які працювали в первинній ланці охорони здоров'я Чернівецької, Київської, Тернопільської, Запорізької, Донецької, Полтавської областей та м. Києва. Кількість респондентів достовірно не відрізнялась як за місцем роботи - в сільській місцевості і в міських поселеннях, так і за розташуванням – в пілотних і непілотних областях.

Таким чином, задані питання стосувались:

- оцінки лікарями власного рівня теоретичних знань і практичних навичок за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина»;

- виявлення клінічних проблем, які найбільш часто зустрічались в лікарській практиці, в тому числі тих, котрі сімейний лікар вирішує сам, без допомоги спеціалістів;

- бажання пройти додаткове навчання щодо клінічних і неклінічних питань практичної роботи, тренінги з практичних навичок;

- чи відпрацьовувались практичні навички на кафедрах;
- бажання щодо навчання на одній мультидисциплінарній кафедрі в амбулаторних і стаціонарних умовах або на різних «вузьких» кафедрах;
- забезпечення обладнанням відповідно до таблицю оснащення;
- забезпечення автотранспортом.

Особливу цінність, на наш погляд, мала інформація, що стосувалась «пробілів» в теоретичних знаннях і практичних навичках, котрі самі лікарі хотіли б надолужити після закінчення курсів спеціалізації, та чи пов'язували ці показники з особливостями викладання на кафедрі підготовки сімейних лікарів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всього в трьох пілотних районах на питання анкети відповідали 77 лікарів, з них – 53% - сімейні лікарі, що закінчили в різний час навчання на циклах спеціалізації в різних учбових закладах післядипломної підготовки, 47% - ті, що закінчують навчання на циклах спеціалізації. Склад респондентів в регіонах – по 21 особі з кожного. Середній вік опитуваних $47,7 \pm 7,2$ роки, 67,1% складали жінки і 33,9% - чоловіки.

Серед респондентів 69,1% лікарів працювали в сільських амбулаторіях сімейної медицини, 41,9% - в міських амбулаторіях сімейної медицини.

Аналіз отриманих анкет показав, що в середньому задоволені отриманим рівнем знань і навиків 86,7% лікарів.

Серед найбільш частих клінічних проблем, з яким доводилося зустрічатись на практиці: 95% респондентів на перше місце поставили ішемічну хворобу серця. Далі по низхідній було вказано на артеріальну гіпертензію (80%), вертеброгенні захворювання (65%), патологію верхніх дихальних шляхів (56,25%), біль в суглобах (55%), інфекційні захворювання, в тому числі – дитячі інфекції – 45%, цукровий діабет – 20%, серед інших клінічних проблем можна було виділити неврологічні проблеми - 9% та проблеми амбулаторної хірургії і травматології (5,5%).

Виявлені при аналізі анкет незначні регіональні відмінності за вищезазначеним питанням, вірогідно, слід віднести за рахунок різного складу населення і рівня стану їхнього здоров'я.

При відповіді на запитання щодо клінічних проблем, які респонденти вирішують самостійно в своїй практиці, без допомоги спеціалістів, лікарі вказали в першу чергу, на: запальні захворювання ЛОР-органів - 72,9% респонденти; вертеброгенні болі, остеохондроз – 59%; порушення мозкового кровообігу – 49,2%; запальні захворювання кон'юнктиви – 47,9%; виконання перев'язок, обробка ран, накладення швів – 42,9%; церебральний атеросклероз, енцефалопатії – 34,6%; проблеми клімаксу – 32%; нейро-циркуляторна дистонія – 31,25%; іншорідні тіла ока – 29%; кропивниця – 27%; стрептодермії та грибові захворювання шкіри – 23,3%; варикозна хвороба, тромбофлебіт – 22,5%.

Незважаючи на той факт, що абсолютна більшість проанкетованих лікарів вказали, що більш-менш задовільні власним рівнем знань та навичок, необхідних для щоденної практичної роботи, відповідаючи на питання про бажання удосконалювати знання та навички, всі респонденти навели досить суттєвий список розділів терапії та вузьких медичних спеціальностей, зокрема:

психіатрія – 51,25%; офтальмологія – 49,5%; ортопедія – 49,6%; педіатрія – 48,3%; валеологія – 44,6%; гінекологія – 37%; геронтологія – 36%; ЛОР – 33%; хірургія – 29,6%; психологія та психотерапія – 26%; епідеміологія – 20,8%; 17,5% - нетрадиційні методи лікування та фітотерапія; 16,3% - неврологія.

Лише 10% респондентів вказали, що потребують удосконалення знань та навичок з внутрішніх хвороб. Достовірної різниці між відповідями на це запитання у респондентів з різних регіонів не було.

Оцінюючи власну підготовку на циклах спеціалізації з практичних навичок, більшість респондентів вказали на недостатню підготовку з наступних навичок: обстеження очей – 68,3%; неврологічне обстеження – 59,2%; обстеження ЛОР-органів – 57,9%; введення внутрішньоматкових контрацептивів – 56,7%; малі хірургічні маніпуляції (обробка ран, накладання пов'язок, швів тощо) – 55%; спірометрія – 54,6%; катетеризація сечового міхура – 54,6%; гінекологічні обстеження – 47,9%; обстеження новонароджених та немовлят – 42,1%; ректальне пальцеве обстеження – 39,6%; обстеження мазків мокроти для виявлення мікобактерій туберкульозу – 37,9%; загальна реанімація – 37,5%; обстеження – 37,5%; аналіз ЕКГ – 18,2%; імобілізація при переломах – 14,4%.

На питання, який спосіб підготовки сімейних лікарів, на їхню думку, є більш ефективним щодо надання знань та різномісних практичних навичок – на основній профільній кафедрі та декількох суміжних, або на одній мультидисциплінарній кафедрі, де представлені викладачі з різних спеціальностей, були отримані наступні аргументовані відповіді. Так, недоліками першого варіанту підготовки лікарі вважали той факт, що нерідко на суміжних кафедрах їм викладали ту інформацію щодо певних нозологій, яка була поза межами компетенцій сімейного лікаря, а стосувалася другого, а то й третього рівня медичної допомоги. Отже, нерідко на лекціях, які викладались на суміжних кафедрах, лікарів включали до групи слухачів циклів тематичного удосконалення або передатестаційного з «вузької» спеціальності, де подавався теоретичний матеріал, який однозначно був зайвим і суттєво перевантажував надлишковою інформацією майбутнього сімейного лікаря.

При опитуванні лікарів виявився дефіцит пропаганди філософії сімейної медицини «на місцях», адже вузькопрофільзовані кафедри зосереджені зазвичай всеціло на своєму основному напрямку. Спостерігалось також при викладанні недостатнє розуміння тієї межі, де закінчується компетенція сімейного лікаря у лікуванні суміжних захворювань, тощо.

Принцип навчання на мультидисциплінарній кафедрі викликав позитивні відгуки, що ґрунтувались на більш узгоджених можливостях подання теоретичного і практичного матеріалу в межах однієї кафедри, наявності адекватної роз'яснювальної роботи та пропаганди філософії сімейної медицини, коли спостерігалась зміна відношення лікарів до цього напрямку, виникала підвищена зацікавленість до оволодіння знаннями з «вузьких» спеціальностей.

Звісно, що оптимальним напрямком є викладання для лікарів первинної ланки безпосередньо педагогічними кадрами - спеціалістами з ЗПСМ, зокрема за принципом «один викладач – один слухач», але об'єктивні

причини поки що дозволяють залишати це перспективою майбутнього, тому мультидисциплінарний підхід на нинішньому етапі є прогресивним.

ВИСНОВКИ

- Лікарі ЗПСМ схильні адекватно оцінювати свій рівень підготовки і потреби у оволодінні необхідним теоретичним матеріалом та практичними навичками.
- Мультидисциплінарний підхід на кафедрах підготовки сімейних лікарів слід вважати прогресивною формою освіти на сучасному етапі.
- Оптимізація розвитку сімейної медицини окрім мультидисциплінарного підходу має включати більш широку пропаганду філософії сімейної медицини як серед медичних працівників, так і населення, а також потребує удосконалення правової та матеріально-технічної бази.
- Необхідно активізувати роботу з керівними працівниками медичних закладів щодо підтримки розвитку сімейної медицини «на місцях».

Література

1. Матюха Л.Ф., Гойда Н.І., Слабкий В.Г., Олійник М.В. Науково обгрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики - сімейного лікаря з позиції компетентісного підходу. Методичні рекомендації. 2010.
2. European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Europe. The European definitions of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. London: ESGP/FM; 2002, 2005, 2011.
3. EURACT educational agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Leuven. 2005.
4. Ноель-Нойман Э. Массовые опросы. Введение в методику демокопии. М. 1978.
5. Горачук В., Гойда Н.Г., Криштопа Б.П., Матюха Л.Ф. та ін. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації. 2012.

Л.Ф. Матюха, О.Е. Коваленко

Мультидисциплінарний підхід на кафедрі сімейної медицини: пріоритети і перспективи

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Вступление. Профессиональная подготовка семейных врачей остается актуальным направлением медицинской отрасли на современном этапе.

Цель. Исследовать практические потребности семейных врачей в овладении теми или другими знаниями и практическими навыками и их мнение о наявности преимуществ подготовки на одной мультидисциплинарной кафедре или разных кафедрах в системе одного высшего учебного заведения.

Материал и методы. Нами було вибрано метод анкетирования, который принадлежит к категории количественных методик и является средством получения информации путем самостоятельного заполнения респондентом бланка анкеты. Респондентам были розданы для заполнения анкеты из 15 вопросов. Анкета соответствовала общепринятой структуре.

В результате исследования сделаны определенные выводы. Врачи ОПСМ склонны адекватно оценивать свой уровень подготовки и потребности в овладении необходимым теоретическим материалом и практическими навыками. Мультидисциплинарный подход подготовки семейных врачей в пределах одной кафедры следует считать прогрессивной формой образования на современном этапе. Оптимизация развития семейной медицины кроме мультидисциплинарного подхода должна включать более широкую пропаганду философии семейной медицины как среди медицинских работников, так и населения, а также требует усовершенствования правовой и материально-технической базы. Необходимо активизировать работу с руководящим звеном медицинских учреждений по поддержанию развития семейной медицины «на местах».

Ключевые слова: мультидисциплинарный подход, первичное звено медицинской помощи, семейная медицина, семейный врач, ОП-СМ.

L. Matiukha, O.Kovalenko

Multidisciplinary approach in the department of family medicine: priorities and prospects

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Training family physicians remains an important direction in healthcare field today.

Purpose. To find out practical needs of family physicians in gaining various knowledge and mastering skills (topics of training events) and their views on the benefits of training in a "multidisciplinary" department or different departments in the system of the higher education institution (HEI).

Material and methods. We have chosen the method of questioning, which belongs to the category of quantitative methods and is the means of obtaining information by respondent's self-completion of questionnaire form. The questionnaire comprising 15 questions was given to respondents. The questionnaire met the conventional structure.

Based on findings there were made conclusions as follows: doctors specialized in general practice of family medicine tend to assess their competence and learning needs for theoretical material and practical skills adequately; a multidisciplinary approach in departments for training family physicians should be considered a progressive form of education today; optimization of family medicine apart from the multidisciplinary approach should include broad propagation of family medicine philosophy among health workers and population. It involves changing the legal, material and technical foundation; intensifying of work with chiefs of medical institutions to support the field development of family medicine is necessary.

Key words: multidisciplinary approach, primary health care reform, family medicine, family physicians, GP.