

ДОСЯГНЕННЯ І ПРОБЛЕМИ У ПРОЦЕСАХ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НІМЕЧЧИНИ

Впродовж двадцятирічного періоду української незалежності національна система вищої медичної освіти перебуває у стані неперервного реформування як наслідку інтенсивних державотворчих процесів на основі переосмислення і переоцінки власних історичних традицій та запозичення реформаторських здобутків зарубіжних країн. Проголошення Україною курсу на Євроінтеграцію як пріоритетного вектора її державно-освітнього поступу на сучасному етапі вимагає підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових і загальноєвропейських стандартів з метою посилення конкурентоспроможності вітчизняної вищої медичної освіти, оптимізації умов для міжнародної мобільності студентів-медиків та розширення можливостей і шансів українських медичних фахівців на вітчизняному і міжнародному ринках праці. У цьому контексті набуває актуальності потреба конструктивно-критичного і творчого осмислення позитивного теоретико-практичного досвіду в цій галузі європейських країн, зокрема Німеччини, у якій проблемі якісного оновлення змісту і структури вищої медичної освіти приділяється особлива увага.

Питанням функціонування і реформування системи вищої медичної освіти в Україні і зарубіжжі присвятили свої роботи С.М. Андрейчин, В.О. Качор [1], А.П. Татаровський, Т.В. Єрошкіна, С.С. Борисенко [4], М.Р. Мруга [3] та ін. Певні аспекти проблеми функціонування системи додипломної підготовки майбутніх лікарів у Німеччині досліджували Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець, В.Ф. Москаленко, І.Є. Булах та ін. У праці “Медична освіта у світі та в Україні” [2], зокрема, розглянуто структуру професійної підготовки майбутніх лікарів у Німеччині, яку, за словами науковців, можна вважати типовою для європейського регіону, з’ясовано основні управлінські структури, особливості проведення державної екзаменації у німецьких вищих медичних навчальних закладах тощо.

Водночас проблема модернізації німецької вищої медичної школи на сучасному етапі не знайшла вичерпного висвітлення у вітчизняній науково-педагогічній літературі.

Мета статті полягає в аналізі напрямів і стратегій розбудови системи вищої медичної освіти в Німеччині та особливостей їх практичної реалізації.

Інтенсивний розвиток науково-технічної бази медицини, посилення інтеграційних процесів у Європі й інтенсифікація міжнародної співпраці у сфері вищої освіти, у тому числі й медичної, встановлення міжнародних стандартів і вимог до професійної підготовки медичних фахівців, а також модернізація соціально-економічних, правових, етичних засад системи охорони здоров'я Німеччини наприкінці ХХ – початку ХХІ ст. значно інтенсифікували модернізаційні процеси у системі медичної освіти.

Першим кроком на шляху докорінної реформи вищої медичної школи Німеччини стало якісне оновлення законодавчої основи її функціону-

вання, зокрема, шляхом внесення дев'ятої поправки та нової редакції Закону про апробацію лікарів у 2002 р., яким передбачалися радикальні трансформації в усіх аспектах додипломної медичної освіти. Так, зокрема, ґрунтовних змін зазнав зміст професійної підготовки майбутніх лікарів на додипломному етапі, зокрема, Законом про апробацію лікарів у редакції 2002 р. передбачено реалізацію п'яти ключових галузей:

- епідеміологія / медична інформатика / біометрія;
- історія, теорія медицини та медична етика;
- система охорони здоров'я / суспільне здоров'я;
- вікова медицина / геріатрія;
- профілактична медицина.

Значних змін у змістовному аспекті зазнав доклінічний етап медичної освіти, спрямованих насамперед на тіснішу інтеграцію природничих і базових медичних наук, зокрема скорочення обсягу вивчення природничо-наукових дисциплін (біологія – на 70%, хімія – на 69%, фізика – на 69%) та зростання часу для вивчення базових медичних наук (анатомія – на 21%, біохімія – на 28%, фізіологія – на 28%, медична психологія – на 24%, медична соціологія – на 26%).

Перевагою заданих Законом про апробацію структури і змісту медичної освіти є її міжрегіональна стандартизація та дотримання мінімальних вимог системи охорони здоров'я країни. Водночас усвідомлення неможливості оптимальної реалізації визначених напрямів удосконалення системи професійної підготовки майбутніх лікарів в умовах традиційних навчальних планів, незважаючи на їх оновлення відповідно до нового законодавства, § 41 передбачено також можливість розробки і паралельної реалізації альтернативних (експериментальних) навчальних планів [5, с. 2430].

Більшість вищих медичних шкіл Німеччини скористалася цією нагодою та вже з 2003/04 н. р. розпочали впровадження альтернативних навчальних планів, головна мета яких, апробація нових ідей та визначення можливостей і шляхів удосконалення традиційної системи вищої медичної освіти. Ці шляхи визначалися, перш за все, виходячи з основних недоліків традиційних навчальних планів, що відображають надто регламентовану систему, а відтак, недостатню флективність для адаптації до вимог ХХІ ст. Це, зокрема, дисциплінарна модель організації змісту освіти, що передбачає послідовне вивчення окремих навчальних дисциплін та становить значну перешкоду раціональній систематизації знань, наприклад, будова органів дихання вивчається в межах дисципліни анатомія, функції цих органів вивчаються згодом у межах дисципліни фізіологія, патології дихальної системи, їх клінічна симптоматика і шляхи терапії – лише через декілька семестрів, а також зумовлене нею різке розмежування доклінічного і клінічного етапів.

Іншим суттєвим недоліком класичної медичної освіти, за словами професора медичного факультету Мюнхенського університету Ф. Айтеля, є традиційні принципи, методи і форми навчання, що характеризуються ієрархічною взаємодією викладача і студента та, відповідно, здебільшого односторонньою комунікацією і не відповідають сучасним положенням епісте-

мології і теорій освіти дорослих. Навчання – це не елементарна анексія попередньо роз’яснених знань, зазначає науковець, а самовільний процес, що передбачає суб’єктивне сприйняття і “реконструювання” явищ дійсності шляхом їх особистої, індивідуальної репродукції, яка, у свою чергу, може варіювати від інтуїтивного споглядання і уявлення до (чіткого) емпірично доведеного алгоритму. Навчання медицини спрямоване на дію, вирішення проблеми – збереження життя і здоров’я – що передбачає цілеспрямоване застосування “реконструйованих” студентами знань. Відповідно, саме цей цільовий критерій – послідовне вирішення проблеми шляхом практичного застосування знань – є запорукою якості медичної освіти [7; 9].

Відтак, концептуальними ідеями побудови альтернативних навчальних планів стали насамперед: а) реалізація компетентнісного підходу – медична освіта має забезпечувати розвиток системного професійного мислення студентів передусім на основі консеквентного поєднання теорії і практики, міждисциплінарної інтеграції змісту освіти у формі тематичних блоків; б) інтенсифікація практичної підготовки в процесі безпосередньої взаємодії з пацієнтами та ознайомлення студентів вже з першого року навчання з проблемами профілактики, реабілітації й обслуговування пацієнтів з хронічними хворобами та об’єктивними психосоціальними й економічними аспектами подальшої професійної практики; в) індивідуалізація навчання, зокрема, шляхом зменшення обсягу нормативної складової змісту освіти на основі його інтегрованої структуризації і конденсації та розширення вільного простору для розвитку та реалізації студентами на основі ґрунтовної теоретико-практичної підготовки своїх індивідуальних запитів й інтересів; г) застосування принципу “навчальної спіралі” як методичних меж відбору змісту і технологій освіти, що передбачає поступове збагачення і поглиблення знань студентів зі зміщенням акцентів з теорії на практику пропорційно до прогресу рівня їх знань і вмінь.

Для прикладу розглянемо детальніше альтернативний навчальний план Шаріте – Університету Медицини Берліна (Charite – Universitätsmedizin Berlin), загальною метою впровадження якого є підготовка лікаря до зміцнення, збереження і відновлення здоров’я і доброго самопочуття на індивідуальному і суспільному рівні. Ця мета конкретизується такими завданнями: а) формування основоположних знань, умінь і навичок у галузі сімейної медицини; б) розвиток здатності розуміння і врахування в процесі практичної професійної діяльності інтересів і потреб пацієнта та його близьких; в) оволодіння навичками і готовністю прийняття адекватних медичних рішень з урахуванням етичних, правових, екологічних, економічних аспектів; г) формування навичок самооцінки, саморефлексії і роботи в колективі; д) розвиток наукового мислення і навичок науково-дослідних пошуків; е) розвиток мотивації і готовності до БПР [6]. Зміст навчання за альтернативним навчальним планом структурований у модулі та передбачає таку структуру:

– перший етап (1–5-й семестри) спрямований на комплексне вивчення органів і функціональних систем організму людини у морфофункціональному й семіотичному аспектах у стані норми і патології;

– другий етап (6–10-й семестри) передбачає вивчення теоретико-клінічних аспектів, структурованих у блоки за віковим критерієм (життєвими циклами людини), наприклад “новонароджена дитина”, “немовля”, “шкільний вік”, “юність” тощо та кількатижневу блокову практику з клінічних дисциплін, зокрема педіатрії, неврології, психіатрії, внутрішньої медицини, геріатрії;

– третій етап (11–12-й семестри) охоплює клінічно-практичний рік. Альтернативний навчальний план більшою мірою реалізує пацієнтоорієнтоване навчання та ставить хвору людину з її проблемами, скаргами, потребами перед систематикою патології, що, у свою чергу, посилює значення клінічно-практичних занять (навчання біля ліжка хворого), в основі яких – безпосередня взаємодія з пацієнтом, спостереження, спілкування, догляд. Саме в процесі спілкування і взаємодії з хворими в студентів розвивається почуття відповідальності за свою майбутню професійну діяльність, компетентність, прагнення до збагачення своїх знань і самовдосконалення. Альтернативний навчальний план інтенсифікує навчальний процес шляхом оптимізації навчального середовища й атмосфери та активізації самостійної навчальної діяльності студентів. Основна ідея його вдосконалення – реалізація міжнародно визнаних принципів конструктивного навчання, тобто контекстуальності, кумулятивності, інтерактивності тощо.

Методами і формами організації навчального процесу, згідно з альтернативним навчальним планом, є такі: *лекції* як вступні заняття, передбачають ознайомлення з науковою і методичною інформацією; *семінари*, спрямовані поглиблення знань студентів та демонстрацію важливих медичних взаємозв’язків, особливо між теоретичною основою і клінічною практикою, а відтак, передбачають постановку питань міждисциплінарного характеру; *практичні заняття*, спрямовані на практичне застосування знань і формування практичних умінь; *практичні справи*, що передбачають тренування навичок практичного виконання професійних функцій лікаря у відповідно змодельованих ситуаціях; *проблемно орієнтовані заняття* у невеликих групах, передбачають вирішення конкретних клінічних ситуацій; *клінічні візити*, відвідування пацієнтів на стаціонарному й амбулаторному лікуванні та ґрунтовне обговорення відповідних проблем; *екскурсії*, тобто відвідування позауніверситетських медичних установ для глибшого розуміння реальних умов подальшої професійної практики; *клінічно-практичні заняття* задля формування практичних умінь і навичок у процесі безпосередньої взаємодії з пацієнтами; *блокова практика* (заняття 1–6-тижневої тривалості з клінічних дисциплін), спрямована, перш за все, на спостереження за перебігом патологій й ознайомлення з організаційними особливостями повсякденної клінічної і амбулаторної роботи; *клінічна практика*, що має на меті набуття практичного досвіду з диференційованої діагностики і терапії поширених патологій [6].

Альтернативні навчальні плани передбачають відмінну від традиційної систему контролю, що слугує не лише об’єктивній перевірці й оцінюванню навчальних успіхів студентів, а й забезпечує можливість отримання

інформації про якість навчального процесу. В альтернативних навчальних планах контроль за рівнем знань, умінь і навичок студентів здійснюється після вивчення тематичного блоку або наприкінці навчального семестру на основі сучасних методів педагогічної діагностики у галузі вищої медичної освіти (об'єктивно структуровані клінічні іспити, портфоліо тощо).

Результати порівняльного аналізу основних положень альтернативного навчального плану Шаріте – Університету Медицини Берліна (Charite – Universitätsmedizin Berlin) із паралельно діючим традиційним можна продемонструвати таким чином (табл.).

Таблиця

**Порівняльний аналіз основних положень
альтернативного та традиційного навчального плану
Шаріте – Університету Медицини Берліна**

Аспекти навчального процесу й екзаменації	Традиційний навчальний план (оновлений відповідно до вимог Закону про апробацію лікарів 2002 р.)	Альтернативний навчальний план (станом на 2003/04 н. р.)
Структура	<i>Адитивна:</i> • – доклінічний етап (чотири семестри); – клінічний етап (шість семестрів); – клінічно-практичний рік (два семестри)	<i>Інтегрована:</i> – I етап – органи і системи людського організму у стані норми і патології (п'ять семестрів); – II етап – теоретико-клінічні аспекти, інтегровані за життєвими циклами людини (п'ять семестрів); – III етап – клінічно-практичний рік (два семестри)
Організація змісту	<i>Дисциплінарна:</i> ключові предметні галузі (наприклад, “Історія, теорія, етика медицини”)	<i>Міждисциплінарна:</i> горизонтальні та вертикальні модулі (тематичні блоки)
Навчальні методи і форми	<i>Дисциплінарно орієнтовані:</i> основний метод і форма – фронтальна лекція; додаткові – семінар, практичні заняття, виробнича практика	<i>Міждисциплінарні (блоково орієнтовані):</i> основний метод і форма – проблемно орієнтоване заняття (макс. сім студентів); додаткові – семінар, практичні вправи, виробнича практика, лекція
Організація і форми контролю	<i>Предметна (дисциплінарна):</i> •письмова (метод тестування); •усна чи усно-практична	<i>Семестрова підсумкова в інтегрованій формі:</i> – письмова (метод тестування); – практичні об'єктивно структуровані клінічні іспити

У результаті порівняння альтернативних навчальних планів вищих медичних шкіл Німеччини найбільші відмінності виявляються у структурній побудові навчального процесу, перш за все, у зв'язку з використанням різних критеріїв змістовної інтеграції у модулі, зокрема за органами і системами людського організму, життєвими циклами людини, характером патологій тощо.

Поряд із необхідністю подолання внутрішньосистемних недоліків медичної освіти Німеччини та її адаптації до суспільних запитів та вимог національної системи охорони здоров'я провідні тенденції її розвитку диктуються також трансформаціями у сфері системи вищої освіти як наслідками, насамперед, євроінтеграційних процесів у галузі вищої школи, що полягають у впровадженні ідей і принципів Болонської декларації. Вища медична освіта Німеччини інтенсивно інтегрується в Європейський освітній простір, зокрема, реалізуються механізми посилення мобільності студентів як джерела збагачення освіти. Навчання студентів, особливо в зарубіжних закладах вищої медичної освіти, підвищує їх сенситивність до культурних аспектів здоров'я і хвороби, забезпечує ознайомлення з різними моделями організації і функціонування системи охорони здоров'я та підвищує професійну флективність і шанси на ринку праці.

Методологічною основою побудови альтернативних навчальних планів є європейська кредитно-трансферна система, що виправдовує себе як об'єктивний інструмент побудови освітнього процесу та документації навчальних успіхів студентів. Водночас проблемним питанням на шляху подальшого реформування системи вищої медичної освіти Болонської декларації є, на думку В. Герке (W. Gerke), Й. Фостера (J. Foster), Х. Шірло (Ch. Schirlo), В. Венекена (V. Wennekes) та ін. [8], Й. Пфайльшіфтера (J. Pfeilschifter) [9], прийняття системи зрозумілих і сумірних ступенів. Ці труднощі зумовлюються насамперед характерною особливістю медичної освіти, що полягає в необхідності диференціації університетських ступенів, та підтвердженою на державному рівні кваліфікацією (державна апробація). Предметом інтенсивних дискусій німецької науково-медичної спільноти є впровадження двоступеневої структури медичної освіти – бакалаврату (базова підготовка майбутніх фахівців у галузі медицини, біомедичних наук) і магістратури (поглиблена спеціалізована підготовка за відповідним напрямом), що передбачає не лише формальні (структурні) перетворення, а й певною мірою трансформації її первинної мети.

Класична і болонська моделі вищої медичної освіти, як зазначають німецькі науковці, є двома альтернативними шляхами, що ставлять різні акценти в цільовому аспекті медичної освіти та з погляду сучасної і перспективної освіти майбутніх лікарів демонструють і переваги, і недоліки. Первинна мета додипломної медичної освіти – підготовка до клінічної діяльності – на післядипломному етапі освіти, у межах класичної моделі, що передбачає інтегровану теоретико-практичну підготовку студентів у клінічному контексті, видається більш прямою, а відтак, і доступною, позаяк забезпечує ранню інтеграцію специфічного для лікарської практики контексту в освітній процес. Основними недоліками класичної моделі медичної освіти, на думку науковців, все ще залишаються обмежена свобода студентів у побудові й організації навчального процесу, неврахування інтерпрофесійних аспектів медичної практики та надто довга тривалість. Болонська модель забезпечує можливість швидшого формального завершення навчання та водночас ширші можливості для індивідуальної навчальної свободи студентів.

Проте, незважаючи на можливості відкриття болонською моделлю нових перспектив розвитку медичної освіти, вона містить ряд потенційних загроз і відкритих питань. Це, перш за все, відсутність загальноєвропейського освітньо-кваліфікаційного профілю випускника етапу бакалаврату та характеристики типу його професійної діяльності в системі охорони здоров'я. Поширені ж пропозиції щодо розгляду змісту і мети медичної освіти бакалаврів як оволодіння науково-теоретичними основами природничо-наукових та базових медичних і медико-технічних дисциплін, прикладних соціальних, етичних, правових, економічних предметів та навичками ведення документації щоденної медичної практики, а диплому бакалавра медичної освіти виключно як основи вступу до магістратури, позаяк загальноновизнаною є неможливість якісної підготовки фахівців практичної медицини у зазначений термін, потенційно загрожує зниженню якості медичної освіти. Іншою потенційною небезпекою реалізації цієї системи в Німеччині є організація освіти на етапі бакалаврату як продовженої до трьох років доклінічної підготовки студентів та, відповідно, зведення нанівець досягнутої на сучасному етапі, зокрема на основі альтернативних навчальних планів, тіснішої інтеграції доклінічного і клінічного етапів медичної освіти [8].

Висновки. Таким чином, медична освіта в Німеччині на початку ХХІ ст. перебуває в стані інтенсивного, неперервного реформування, причому вона вдосконалюється не лише за змістом, методами, формами, а й зазнає структурно-організаційних перетворень. Ці реформи викликані, насамперед, необхідністю підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових і загальноєвропейських стандартів та реалізуються шляхом впровадження сучасних підходів, що передбачають, перш за все, визначення мети і цілей медичної освіти на основі компетентнісного підходу та впровадження технологій проблемного навчання.

Сучасний етап розвитку медичної освіти Німеччини відзначається активною реалізацією вищими медичними школами експериментальних навчальних планів, можливість яких передбачена новою нормативно-правовою основою. Загальна мета експериментальних навчальних планів – апробація нових ідей і можливостей удосконалення медичної освіти, що сприятимуть нормалізації навчального навантаження на студентів та посилення їх автономії в організації навчального процесу, інтеграції етапів медичної освіти, зростання практичного компонента освіти, зокрема, через ранні контакти з пацієнтами та міждисциплінарну організацію змісту й структурування дисциплін в інтегровані тематичні блоки чи модулі за принципом “орган – система – функція – патологія” задля формування системного мислення студентів як основи прийняття адекватних рішень у процесі подальшої клінічної діяльності на післядипломному етапі.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні особливостей модернізації системи додипломної професійної підготовки майбутніх лікарів в інших європейських країнах, що має важливе значення в умовах реформування вітчизняної системи медичної освіти та приведення її у відповідність до європейських стандартів.

Література

1. Андрейчин С.М. Медична освіта в Словацькій республіці / С.М. Андрейчин, В.О. Качор. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2006. – 247 с.
2. Медична освіти в світі та в Україні: До дипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток : навчальний посібник для викладачів, магістрів, аспірантів, студентів / [Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, А.П. Волосовець та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 384 с.
3. Мруга М.Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / М.Р. Мруга ; Центральний ін-т післядипломної педагогічної освіти АПН України. – К., 2007. – 21 с.
4. Татаровський А.П. Особенности медицинского образования в некоторых странах мира и в Украине / А.П. Татаровський // Медицинское образование в классических университетах: история и современность : материалы Международной научно-практической конференции, 16–17 мая 2002 г. / [А.П. Татаровський, Т.В. Срошкина, С.С. Борисенко ; под. общей редакцией проф. К.К. Васильева]. – Сумы : Изд-во СумГУ, 2002. – С. 55–57.
5. Bundesministerium für Gesundheit. Approbationsordnung für Ärzte 2002 // Bundesgesetzblatt. – 2002. – № 44. – S. 2405–2435.
6. Der Reformstudiengang Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.reformstudiengang-medicin.de/Wir_ueber_uns/Veroeffentlichungen.html.
7. Eitel F. Was ist gute Lehre – was muss verändert werden und wie weit begrenzt oder unterstützt die AAppO “gute Lehre”? / F. Eitel // Medizinische Ausbildung. – 2001. – № 18. – S. 9–11.
8. Medizinische Ausbildung und der Bologna-Prozess: Positionspapier des GMA Ausschusses 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.hrk.de/bologna/de/home/2535.php/>.
9. Pfeilschifter J. The Bologna agreement is not suitable for medical education: a German view / J. Pfeilschifter // Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. – 2010. – Vol. 29. – P. 37–41.

ЛИТВИНОВА О.В.

ПОДОЛАННЯ БАР'ЄРІВ У ДІАЛОГІЧНОМУ СПІЛКУВАННІ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ДІАЛОГУ СТУДЕНТІВ АГРАРНИХ ВНЗ

Обіг інформації, налагодження та розвиток контактів, сприймання партнера зі спілкування у процесі міжособистісної взаємодії наштовхуються на різноманітні бар'єри. Перешкоди в системі передачі інформації є однією з найбільш серйозних проблем у процесі спілкування й налагодження контактів. Вони можуть виникати на будь-якому з етапів процесу передачі інформації. Ті, хто володіє інформацією, можуть бути не в змозі передати, ті, хто одержує інформацію, може не побажати або просто не засвоїти її. За таких умов найважливішим завданням сучасної освіти стає підготовка компетентного фахівця з високим рівнем культури спілкування, що можливе лише за умов вдалого подолання перешкод на шляху до ефективного діалогічного спілкування під час професійної підготовки студентів-аграріїв.

Дослідженнями питань виникнення бар'єрів у спілкуванні і, відповідно, шляхів їх подолання займалися такі науковці, як С.М. Амеліна, Г.М. Андреева, Н.П. Волкова, І.А. Зимня, Б.Ф. Ломов, А.І. Марченко, Р.С. Немов, М.М. Філоненко, Н.В. Яковлева та ін.