

МЕДИЧНА ОСВІТА У ПОШУКАХ ВИХОДУ ДО СВІТОВОГО ПРОСТОРУ: УКРАЇНСЬКИЙ АЛГОРИТМ ДІЙ

Світлана Бондарь, директор
Олена Варава, заступник директора з навчальної роботи
Кіровоградського базового медичного
коледжу ім. Є.Й. Мухіна

Становлення національної медичної освіти відбувається на перетині двох векторів – переоцінці власних надбань і набутті зарубіжного досвіду.

Помилково було б думати, що після низки реформ і підписання Болонської угоди в підготовці медиків автоматично запанували світові стандарти якості. Проекти залишаються мертвими, якщо їх не аналізувати і не працювати над ними. Власне, на необхідності обрання суто українського ідеалу освіти наголошував і академік АМН України І.М. Трахтенберг, застерігаючи, що Болонський процес – не панацея від усіх лих, а всього лише рекомендація, і кожна країна обирає потрібне для себе.

Апріорі структура, зміст, терміни і якість фахової підготовки медиків визначені державним стандартом. У добу глобалізації і швидкісних інформаційних технологій між показниками діяльності навчальних закладів, акредитованих державою, існує невелика розбіжність. Звичайно, як і в будь-якому списку, існують перші й останні. Число відвертих аутсайдерів мінімальне, і з кожним ліцензуванням (акредитацією) моніторингом (до речі, це теж недавній здобуток реформування медичної освіти) таких закладів стає все менше. Лідери ж за різними показниками змінюються, тому об'єктивно є кращі – найбільш потужні заклади і група тих, які йдуть за ними, наслідуючи технології успіху своїх конкурентів.

Це добра ознака, що свідчить про стабільність нашої системи підготовки і про конкурентоспроможність вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації на внутрішньому ринку освітніх послуг. А от за міжнародними стандартами вітчизняні заклади медичної освіти поки що програють. Тому для молоді амбіційної української держави питання відповідності світовим критеріям в освіті – галузі, яка презентує реальний розвиток суспільства і визначає його майбутнє, – вкрай важливе.

Доля подарувала Кіровограду славу міста, в якому українська медична освіта народилась. 225 років тому тут відкрили першу на тодішніх теренах України медико-хірургічну школу. Сьогодні Кіровоградський медичний коледж, де функціонують 7 відділень (зокрема, медсестринський бакалаврат, підготовче і післядипломне відділення), заклад, в якому показники ліцензійного іспиту здебільшого перевищують середньоукраїнський, а учасники Всеукраїнського конкурсу «Ескулап» стабільно входять до десятки лідерів, заклад, який займає не останню позицію в державі за кількістю підручників і на-

укових статей, намагається бути гідним правонаступником свого славного минулого. Тож питання вдосконалення підготовки медичних кадрів для нас постійно актуальні.

Підготовка фахівця за найвищими стандартами якості означає, що від нього можна очікувати такого рівня знань, умінь, навичок і компетенцій, який дозволить працювати в будь-якому найсучаснішому медичному центрі світу і навіть обирати місце роботи. Це і є світовий стандарт якості. Вимушені погодитись, що поки наша освіта за межею такої якості. І коли випускники українських медичних навчальних закладів бажають працевлаштуватися в країнах Європи чи США, їхні труднощі пов'язані не стільки з мовним бар'єром чи формальностями з перезарахуванням кредитів (чим власне і «підкупив» нас Болонський процес), скільки з реальним рівнем знань. Причинами цього є незрівнянно нижча, ніж на Заході, матеріально-технічна забезпеченість лікувальних і освітніх закладів і, як наслідок, застарілість більшості технологій надання медичної допомоги. У нас принципово інша система освіти: її зміст суттєво відстає від прогресу в медицині, а засоби відрізняються від прийнятих у світі.

По-іншому виглядають наші підручники, психологічні установки, традиції спілкування викладача і студента, організація самостійної роботи, рівень комп'ютерної грамотності.

Критерії якості підготовки медичних працівників завжди були об'єктом пильної уваги на всеукраїнських нарадах директорів медичних коледжів, де систематично аналізувались питання кадрового і ресурсного забезпечення, мотивації викладачів і студентів, якості підручників, інформатизації навчального процесу, педагогічних інновацій, стану та наявності клінік, рівня наукових досліджень.

Систему підготовки медичних фахівців у коледжах і училищах здебільшого справедливо критикують за низький рівень активності студентів, необ'єктивне оцінювання знань; незначну можливість вибору студентами навчальних дисциплін; перевантаженість навчального плану і тижневу перевантаженість студентів; несприятливу для клінічної підготовки стрічкову систему організації навчального процесу замість прогресивної блоково-циклічної; перевантаження викладача (в країнах ЄС на нього припадає 4–5 студентів, у нас – 8); відсутність університетських клінік і низький рівень діагностично-лікувальних технологій на клінічних базах. Зупинимось детальніше на окремих проблемах.

Кадрове забезпечення і мотивація викладачів. Серед інших вимог до викладача медичного коледжу (педагогічна майстерність, високі морально-ділові якості, професійні знання, знання іноземних мов, комп'ютерна грамотність, допенсійний вік) останнім часом активно долучається критерій участі у науковій роботі.

Проблема забезпеченос-

ті навчального процесу в коледжах науковими кадрами пов'язана з впровадженням ступеневої підготовки медичних сестер. У конкуренції між коледжами та університетами за право готувати бакалаврів медсестринства кожна сторона має свої пріоритети.

У розвинених країнах проблема забезпечення науковими кадрами вирішується принципово по-іншому, оскільки майбутнім медичним сестрам різних рівнів освіти викладає медсестра-магістр із науковим ступенем. Підготовка медсестер лікарями за медичною, а не медсестринською моделлю залишається ключовою відмінністю між світовою практикою і традиціями на пострадянському просторі. Це, до речі, проблема того ж змісту освіти, який зумовлений не тільки новизною технологій надання медичної допомоги, а й їх відбором під час підготовки фахівців близьких, але все ж таки різних спеціальностей. Отже, маємо певні труднощі з диференціацією змісту освіти. Поки що вони повністю вирішені хіба що на рівні навчальних планів.

Зрозуміло, що заміна лікарів на медсестер у викладацькому складі коледжів може здійснитись тільки в правовому полі. Така кардинальна ротація кадрів – справа не сьогоднішнього дня. А поки що, рухаючись до світових стандартів у кадровій політиці, Кіровоградський медичний коледж веде підготовку викладачів-магістрів медсестринства, скеровуючи їх на навчання до Житомирського інституту медсестринства та Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. За логікою, прийнятною у світі, вирішуватиметься в майбутньому і проблема забезпеченості коледжів науковими кадрами, бо за міжнародними стандартами медсестрам викладають

не кандидати і доктори медичних наук, тобто лікарі, а медичні сестри з науковими ступенями. Тому такими необхідними є запровадження медсестринської магістратури і захисту дисертацій з медсестринства. Не останню роль у забезпеченні науковцями медичних навчальних закладів I–III р. а. має питання відповідності їхньої оплати праці.

Обмін досвідом у питаннях міжнародної інтеграції. Наблизити нашу освіту до світових стандартів якості могли б періодичні фахові видання. Власне це і є мета журналів «Магістр медсестринства» (Житомир), «Медсестринство» (Тернопіль), «Медсестринство України», «Освіта. Технікуми, коледжі» (Київ). Проте сьогодні виникає потреба у виданні, яке б системно надавало конкретну інформацію про медичну освіту розвинених країн. Вважаю, широкому колу читачів було б цікаво дізнатись про обмін викладачами між нашими та іноземними закладами. Також посприяти б підвищенню рівня викладачів матеріали про навчально-методичне забезпечення, комп'ютерні програми і медичну документацію, які використовують під час підготовки молодших медичних фахівців, бакалаврів і магістрів у країнах Європи і США. Добре, якби такий фаховий журнал наводив схеми і фотоматеріали, що характеризують методику проведення занять в медичних навчальних закладах світу, ознайомлював зі стандартами (протоколами) сучасних лікувально-діагностичних технологій надання медичної допомоги, прийнятими у цивілізованому світі, пропонував зразки структури підручників, за якими навчаються іноземні студенти, презентував тематику і результати наукових медсестринських досліджень, що проводяться за кордоном тощо. Така ін-

формація зменшила б потребу доступу до навчальної літератури іноземною мовою і частково вирішила б проблему слабкої мобільності українських викладачів.

Самостійна робота студента: шляхи мотивації. Каме-нем спотикання сучасної системи освіти є значний обсяг самостійної роботи студентів. Проте її організація в іноземних і українських навчальних закладах має певні відмінності. У навчальних планах європейців і американців цей вид діяльності здебільшого розуміється як альтернатива аудиторній роботі. За нашими навчальними планами студент протягом тижня виконує 30 аудиторних і 24 години самостійної роботи. Американському студенту пропонують 14 аудиторних і 30 позааудиторних годин. Для нього є абсолютною нормою незначна кількість лекцій (1–2 пари на день) і те, що в основному він навчається самостійно: в бібліотеці, вдома, в кімнаті гуртожитку, кожна з яких підключена до інтернету. Більшість вільного часу він проводить за підручниками і довідковими матеріалами, які викладачі пропонують у комп'ютерній мережі закладу.

Мізерна кількість годин, відведена на спілкування з викладачем і пацієнтом, не може розцінюватись нами як незаперечне досягнення. Комп'ютер і підручник викладачу не конкуренти (до речі, студентська практика в лікувальному закладі – ще один плюс нашої національної освіти). Але очевидне й інше: у підсумку український студент навчається 54 години на тиждень, а іноземний – 44. Це знову ж таки зумовлює необхідність повернутись до оптимізації змісту медичної освіти.

Перейнявши від західної системи освіти економічно

вигідну для держави ідею самостійної роботи, ми повинні подбати про її матеріально-технічне забезпечення і мотивацію учасників навчального процесу.

Зміни у психології учасників навчально-виховного процесу і практиків охорони здоров'я. Формою контролю знань з боку держави є ліцензійний тестовий іспит. Він запроваджений в Україні, як і в більшості країн Європи, США і Канаді. Проте психологічна установка на цей екзаме-н у наших випускників дещо інша. Складається враження, що результатами «Кроку» сьогодні більше переймаються викладачі, завідувачі відділень, директори медичних навчальних закладів. Але ж це іспит для студента. Якщо випускник іноземного навчального закладу його не складає, він і його батьки навіть в гадці не мають звинувачувати в цьому «поганого» викладача, заклад чи державу. Наш студент поки що слабо свідомий своєї колосальної відповідальності в отриманні документа про освіту.

Як правило, оцінки в дипломі випускника західного навчального закладу є частиною його рекомендацій під час працевлаштування, тому він зацікавлений в найкращих результатах навчання. Чи є така мотивація в українських випускників медичних коледжів? Чи завжди спостерігається залежність між якістю диплому і статусом клініки, куди працевлаштовується вчорашній студент? На жаль, поки що українські реалії інші.

Деякі аспекти ступеневої освіти. Найпотужніші медичні навчальні заклади накопи-чили певний досвід ступеневої підготовки в «Сестринській справі», «Лабораторній діагностиці» та «Фармації», проте на логічне продовження на рівні бакалавра чекають ще

багато інших спеціальностей.

Медична сестра-магістр – вінець ступеневої освіти медсестер в Україні. Уведення посади заступника головного лікаря з питань медсестринства законодавчо підтвердило статус вищої медсестринської освіти, але мало вплинуло на психологічні стереотипи частини суспільства щодо сприйняття цього статусу. Поки що диференціація спеціалізації бакалаврів і магістрів залишається слабкою.

Зміни менталітету – тривалий процес. Прискорити його можна лише новими законами. Відставання законодавства від реформ – чи не найбільша відмінність між Україною і розвиненими державами світу. Адже десь в американському штаті неможливо уявити ситуацію, коли дипломована медсестра і медсестра-магістр працюють на однакових посадах і отримують однакову зарплатню, тому що різниця не передбачена законодавством. Тому, якщо вести мову про зміни в менталітеті, то очевидна необхідність більшої поваги українців до себе і поваги держави до своїх фахівців.

Висновки. Процес реформування медичної освіти в Україні, втілюючись у певні позитивні результати, актуалізував такі аспекти підготовки фахівців у медичних коледжах, як забезпеченість навчального процесу науковими кадрами і магістрами медсестринства, адекватність капіталовкладень в освіту і науку, оптимізація змісту освіти, зменшення навчального навантаження на студента і матеріально-технічне забезпечення його самостійної роботи, вдосконалення українського законодавства на основі результатів реформ, зміна психологічних установок учасників навчально-виховного процесу і практиків охорони здоров'я.