

**ПРОГНОЗУВАННЯ, МОДЕЛЮВАННЯ І СТВОРЕННЯ ШКІЛ ПЕРЕДОВОГО ДОСВІДУ
В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ В УКРАЇНІ
ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ХХ СТ.**

У статті теоретично обґрунтовано проблему прогнозування, моделювання і створення шкіл передового досвіду в системі управління медичною освітою в Україні другої половини ХХ ст. На матеріалах архівних документів показано законодавчу базу, що регламентувала створення перших шкіл передового досвіду в системі вітчизняної медичної освіти. Акцентовано увагу на суб'єктах, формах і методах управління діяльністю цих шкіл. Розкрито специфіку реалізації управлінських функцій, яка полягає в тому, що вертикальний розподіл повноважень характерний для управління системою медичної освіти в Україні того часу.

Ключові слова: прогнозування; моделювання; передовий досвід; школи передового досвіду; управління; медична освіта; Україна..

Постановка проблеми у загальному вигляді... Актуальність управління розвитком шкіл передового досвіду в медичній освіті посилюється не лише сучасними вимогами до рівня якості в цій сфері, динамічними змінами у вітчизняній системі охорони здоров'я, але й соціальними, економічними, етичними і правовими особливостями їх діяльності, розвитком медичної науки і доказової медицини, інтенсифікацією міжнародного співробітництва у сфері медичної й фармацевтичної освіти. У зв'язку з цим ряд принципово важливих положень подано в Концепції розвитку освіти в Україні на 2015-2025 рр., Законі України «Про вищу освіту» (2014 р.), де наголошується на тому, що якість вищої освіти – це рівень здобутих особою знань, умінь, навичок, інших компетентностей, що відображає її підготовленість відповідно до стандартів вищої освіти. Оскільки результатом підготовки медичних працівників є знання, способи мислення, погляди, цінності, навички, уміння, інші особисті якості, які здатна продемонструвати особа після успішного завершення освітньої програми або окремих освітніх компонентів, відповідно посилюються вимоги до практичної підготовки медичних працівників, що є основою конкурентоспроможності цих фахівців і основним показником якості здобутої медичної освіти.

Крім того, актуальність і значущість саме управлінського аспекту в діяльності шкіл передового досвіду зумовлені наявним розривом між вимогами ринку праці до конкурентоспроможного фахівця та результатами освітньої діяльності навчальних закладів системи медичної освіти щодо сформованості навичок практичної роботи випускників за обраним напрямом або спеціальністю, володінням сучасними технологіями і засобами професійної діяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми...

Оскільки розвиток теорії і методики управління в освіті розпочато порівняно недавно, більшість досліджень висвітлюють лише окремі аспекти цього наукового напрямку. Нині методологічним підґрунтям професійної підготовки медичних працівників виступають філософські праці з питань корпоративного управління людськими ресурсами представників американської класичної школи менеджменту М. Альберта, А. Берлі, Л. Гюліка, М. Мескона, М. Мінза, А. Файоля, Л. Урвіка, Ф. Хедоурі, Р. Хейлбронера та інших. Педагогічний менеджмент як сучасна теорія управління освітою успішно розробляється М.В. Гриньовою, І.С. Ломакіною, О.І. Мармазою, О.Ю. Немудрою, В.О. Стахурським, Т.М. Хлебніковою та іншими зарубіжними і вітчизняними вченими. Поглиблене вивчення практичних аспектів психології управління в контексті професійної підготовки сучасних фахівців представлено в науковому доробку С.Б. Бажутіної, А.М. Бандурки, Л.М. Карамушки, І.О. Кулініч, Л.П. Мельник, С.В. Пазухової, В.О. Розанової, О.Г. Романовського, В.А. Розанова, С.І. Самигіна та ін. Основні характеристики і компоненти педагогічного менеджменту розкривають у своїх працях Л.А. Гаєвська, Т.М. Десятов, О.С. Боднар, Г.В. Єльнікова, Л.М. Калініна, Н.Л. Коломінський, Ю.А. Конаржевський, А.О. Кучерявий, В.І. Маслов, Л.Е. Орбан-Лембрик, Г.В. Осовська, О.В. Пастовенський, В.М. Приходько, А.В. Шегда та ін.

Побіжно окремі питання впливу передового досвіду на якість практичної підготовки медичних працівників розкрито в дисертаційних роботах з історії становлення і розвитку медичної освіти в різних регіонах України та в зарубіжних країнах, що представлені в дослідженнях Г.Л. Демочко (2011 р.), Т.І. Кир'ян (2013 р.), Л.Є. [Клос](#) (2002 р.), І.М. Круковської (2007 р.), М.Л. Кушик (2009 р.), Ю.Е. Лавриш (2009 р.), Н.П. [Литвиненко](#) (2010 р.), Г.М. [Пилип](#) (2010 р.).

Водночас проведений аналіз наукової літератури, архівних документів і матеріалів, дисертаційних робіт дає підстави стверджувати про відсутність цілісного дослідження проблеми управління розвитком шкіл передового досвіду в системі вітчизняної медичної освіти в історичній ретроспективі.

Формулювання цілей статті... Мета статті полягає в теоретичному обґрунтуванні проблеми прогнозування, моделювання і створення шкіл передового досвіду в системі управління медичною освітою в Україні другої половини ХХ ст.

Виклад основного матеріалу дослідження... Перш, ніж схарактеризувати основні аспекти прогнозування, моделювання і створення шкіл передового досвіду в системі управління медичною освітою в Україні другої половини ХХ ст., зазначимо, що у своїй діяльності ці школи регламентуються «Положенням про роботу шкіл передового досвіду» від 17 липня 1959 р. У документі йдеться про те, що:

1. «Школи передового досвіду організуються на базі кращих медичних закладів республіки, які шляхом упровадження у практику роботи нових форм і методів медичного обслуговування досягли зниження захворюваності й смертності населення.

2. Школи передового досвіду затверджуються наказом МОЗ УРСР за поданням відповідних облздороввідділів після вивчення ними кращих медичних закладів області.

3. Основне завдання цих шкіл – забезпечити обмін передовим досвідом роботи між лікувально-профілактичними установами УРСР.

4. Роботу шкіл передового досвіду очолює керівник відповідного медичного закладу.

5. Школи передового досвіду працюють за відповідним планом і програмою, що розроблені керівниками закладів і затверджені МОЗ УРСР.

6. Контингент для навчання виділених шкіл затверджується МОЗ УРСР.

7. Термін перебування у школі передового досвіду – 5-7 днів. Заняття проводяться щоденно протягом 6 годин. Навчання здійснюється шляхом проведення семінарських занять. Особи, які здійснюють навчання, знайомляться з роботою лікувальних закладів і впровадженням у практику нових форм і методів медобслуговування населення. Заняття проводять головні лікарі лікувальних закладів та їхні заступники, завідувачі відділень лікарень, а також головні лікарі районів в їхній робочий час без додаткової оплати.

8. Після закінчення занять проводиться заключна конференція, на якій обговорюється й узагальнюється досвід роботи даного лікувального закладу.

9. Облік осіб, які пройшли навчання у школах передового досвіду, ведеться керівниками лікувальних закладів.

10. Оплата викладачів-лікарів за семінарське заняття проводиться погодинно за рахунок коштів облздороввідділу, що відпускаються на курсові заходи з підготовки медпрацівників.

11. Додаткові матеріали для навчальних занять (таблиці, наочні посібники) отримуються за рахунок закладів, що становлять базу школи.

12. Оплата затрат, що пов'язані з відрядженнями у школи передового досвіду, здійснюється закладами, у яких працює лікар, який направлений на навчання.

13. Помешкання для ночівлі відряджуваних у школи передового досвіду забезпечують керівники обласних і міських відділів охорони здоров'я за оплату.

14. Звіти про діяльність шкіл передового досвіду подаються один раз у півроку в МОЗ УРСР.

15. У кожній школі передового досвіду має бути заведений журнал відгуків і пропозицій про подальше покращення роботи школи.

16. Робота школи передового досвіду періодично висвітлюється на сторінках медичної преси і місцевих газет» [8, арк. 4-5].

Критерії роботи якості управління розвитком шкіл передового досвіду нами не знайдено, але в архівних документах [8, арк. 59-61] наводяться критерії корисності роботи медичних секцій цих шкіл, зокрема такі: якість лекцій, кількість текстів, актуальність, тематика, методичний аспект, проведення наукових конференцій, видавнича робота, практична допомога районним секціям. Корисність є поняттям освітнього менеджменту, що охоплює якісну і кількісну характеристику впливу будь-якого елемента школи передового досвіду на результативність її функціонування й подальшого розвитку. У свою чергу, критерій – це показник, ознака для оцінювання якості роботи шкіл передового досвіду. При цьому критерій ефективності характеризує ефективність цих шкіл, а критерій оптимальності – їх наближення до оптимального стану [1, с.154].

Перші ініціативи відбуваються в районних центрах Черкаської області. Так, у 50-ті роки з ініціативи медичних працівників відкриваються Будинки лікарів [3, арк. 28-33]. На той час це стає прогресивною формою узагальнення й поширення діяльності шкіл передового досвіду в системі медичної освіти. З цією метою в Будинках лікарів проводяться: 1) курси підвищення кваліфікації (протягом 1955 р. ці курси закінчили 14 середніх медичних працівників на базі обласної лікарні і 26 – на базі медичного училища, хоча планом передбачено охопити 125 осіб); 2) День фельдшера, День акушерки (організуються щомісяця, але через формалізм ставлення медичних працівників натомість поширення передового досвіду виявлено абсолютну некомпетентність в елементарних питаннях медичної освіти – профілактика правця, надання першої медичної допомоги та інших); 3) упровадження передових методів у практику охорони здоров'я (диспансерний метод обслуговування населення, лікувально-охоронний режим, психопрофілактика при пологах, дбайливе ставлення до запитів населення, покращення культури в роботі лікарень, новітні методи лікування хворих).

Для коригування (часткової зміни або поправки, що вноситься до програм і планів діяльності) виявлених недоліків Наказом МОЗ УРСР за № 54 від 3.02.1959 р. «Про поліпшення роботи та обміну передовим досвідом між органами та установами охорони здоров'я УРСР» зобов'язано:

- «уважати за доцільне створення в 1959 р. шкіл передового досвіду на базі кращих медичних установ республіки, які шляхом утілення у практику роботи нових форм і методів медичного обслуговування досягли зниження захворюваності та смертності населення»;

- розробити «Положення про роботу шкіл передового досвіду»;

- затвердити базами шкіл передового досвіду на 1959 р.: а) у Сталінській області – медсанчастини заводів «Азовсталь», ім. Сталіна, шахти «Євдокиївка», «Червона Зірка» у м. Чистяково, шахти 12-18 ім. Газети «Правда», рудничну лікарню в м. Макіївка, пологовий будинок Орджонікідзівського району м. Жданов, обласну дитячу лікарню; б) у м. Київ – 4-у лікарню Жовтневого району і 1-у лікарню Печерського району, міську дитячу клінічну лікарню, лікарню ім. Жовтневої революції, Сталінську районну лікарню (гінекологічне відділення); в) у м. Дніпропетровськ – медсанчастину ім. Петровського, 14-ту міську лікарню, 9-ту міську лікарню, 2-у міську лікарню; г) районні лікарні Чернівецької області; д) Станіславський обласний протитуберкульозний диспансер; е) у м. Харків – 7-у, 23-ю і 24-у міські дитячі лікарні;

- забезпечити обмін передовим досвідом у роботі органів та установ охорони здоров'я шляхом: організації відвідувань кращих установ республіки медичними працівниками з областей України; видання брошур і медичних листівок, де висвітлювати передовий досвід роботи кращих лікувально-профілактичних, дитячих і санітарно-епідеміологічних установ; проведення міжобласних конференцій і нарад з обміну передовим досвідом організації медичного обслуговування та впровадження у практику досягнень сучасної медичної науки; проведення в областях громадських оглядів упровадження у практику передового досвіду і досягнень медичної науки;

- зобов'язати Держмедвидавництво і редакції медичних журналів «Врачебное дело», «Новый хирургический архив», «Педиатрия, акушерство и гинекология», «Офтальмологический журнал», «Журнал ушных, горловых и носовых болезней» регулярно розміщати статті про досягнення колективів медико-санітарних установ і окремих медичних працівників;

- систематично популяризовувати співпрацю працівників лікувально-профілактичних установ зі співробітниками науково-дослідних і медичних інститутів у розв'язанні питань покращення медичного обслуговування населення [4, арк. 14-18].

У відповідь на запит МОЗ УРСР на Черкащині створюється мережа лікувальних закладів, призначаються керівники і відповідальні за роботу шкіл передового досвіду: Ватутинська міська лікарня Звенигородського району; Звенигородська районна лікарня; Мокро-Калигорська дільнична лікарня Шполянського району; Городищенська дитяча лікарня; санітарно-епідеміологічне відділення Звенигородської районної лікарні; Уманський вендиспансер; дитячі ясла с. Вергуни Черкаського району; здоровпункт Черкаського РТС; акушерський пункт с. Поташ Тальнівського району [5, арк. 5].

Перші здобутки в управлінні розвитком шкіл передового досвіду в системі медичної освіти України на початку 60-х років ХХ ст. висвітлюються в Наказі МОЗ УРСР за № 391 від 25.06.1960 р., де зазначається, що «протягом 1959 р. в Україні працювало 22 школи передового досвіду, що створені з метою навчання на їх базі працівників лікувально-профілактичних закладів республіки. На цих базах у 1959 р. пройшли підготовку 799 керівників і лікарів» [5, арк. 19]. Проведений нами аналіз та узагальнення управління розвитком шкіл передового досвіду в системі медичної освіти показує, що ця форма роботи себе повністю виправдовує й відіграє значну роль у втіленні у практику кращих форм і методів роботи, підвищенні знань керівників лікарень із організаційних та інших питань. У той самий час, мають місце і критичні зауваження стосовно недоліків у діяльності шкіл передового досвіду, серед яких, наприклад, указується на те, що Дніпропетровським облздороввідділом направлено до них 3 лікарі замість затверджених наказом 149, Закарпатським – 2 замість 60, Севастопольським – жодного. Іноді до шкіл передового досвіду направляють лікарів, фаховий профіль яких узагалі не відповідає напряму діяльності школи передового досвіду.

Про позитивну, хоч і незначну, динаміку в управлінні розвитком шкіл передового досвіду свідчать дані, що наведені в наказі МОЗ УРСР за № 398 від 11 липня 1961 р. «Про роботу республіканських шкіл передового досвіду». У документі йдеться про те, що протягом 1960 року в Україні працювало 27 республіканських шкіл передового досвіду, у яких протягом року пройшли підготовку 1110 керівників і лікарів лікувально-профілактичних установ, які ознайомилися з новими формами роботи з медичного обслуговування, методами діагностики і лікування хворих [6, арк. 1].

Оскільки в управлінні розвитком шкіл передового досвіду значна відповідальність покладається на керівників лікувально-профілактичних і санітарно-протиепідеміологічних установ, вважаємо за доцільне зазначити, що керівником є «офіційно призначена особа, якій довірено функції управління колективом і організації його ... діяльності» [2, с.167]. У нашому дослідженні такою діяльністю є управління розвитком шкіл

передового досвіду, тому, виходячи з методології освітнього менеджменту, функціями керівника виступають планування, організація, мотивація, координація й контроль, які є загальними, оскільки «визначають вид управлінської діяльності незалежно від виду організації, характеру її діяльності, масштабів» [1, с.320].

Якщо брати до уваги специфіку реалізації управлінських функцій, то вона полягає в тому, що вертикальний розподіл повноважень характерний для управління системою медичної освіти в Україні у другій половині ХХ ст., що стосується переважно зазначених вище загальних функцій. Щодо специфічних функцій, то вони виникають унаслідок горизонтального розподілу повноважень у школах передового досвіду, визначають його спрямованість на конкретний об'єкт управління (передовий досвід у конкретній сфері медичної освіти) і залежить від його організації.

Для оптимізації управління розвитком шкіл передового досвіду в тісній співпраці з ними починають функціонувати наукові медичні товариства, діяльність яких регламентована Наказом МОЗ УРСР за № 577 від 8 жовтня 1959 р. «Про поліпшення роботи наукових медичних товариств в УРСР». Основним завданням цих товариств (кількість яких налічує в межах республіки близько 100 замість запланованих 700) стає залучення до досліджень і наукових узагальнень лікарів лікувально-профілактичних установ, вивчення й узагальнення передового досвіду, упровадження у практику охорони здоров'я новітніх досягнень медичної науки, а також допомога органам охорони здоров'я.

Широке залучення до діяльності медичних наукових товариств практичних лікарів, активна робота з ними стає один із найбільш ефективних методів підвищення кваліфікації значної чисельності медичних працівників. У той самий час, ця прогресивна форма узагальнення і впровадження передового досвіду в системі медичної освіти має певні недоліки:

- керівництво республіканських наукових медичних товариств не приділяє достатньої уваги їх організації, по суті майже не керує й не контролює діяльність обласних спеціалізованих товариств;
- з 25 областей республіки обласні наукові медичні товариства хірургів є тільки в 22, терапевтів – у 13, педіатрів – у 17, гігієністів – у 15, акушерів-гінекологів – у 14 областях;
- натомість обговорення найбільш актуальних питань із практики охорони здоров'я запрошені фахівці обмежуються демонстрацією хворих, доповідями про окремі казуїстичні випадки;
- недостатньо залучаються лікарі-практики;
- на засіданнях рідко обговорюють рукописи підручників і посібників, статті, дисертації, що представляють інтерес для широкого кола лікарів;
- ці товариства недостатньо впливають на спеціалізовані медичні журнали [7, арк. 46-51].

Серед рекомендацій щодо покращення діяльності наукових медичних товариств запропоновано такі: залучення до науково-практичної роботи молодих лікарів, які практикують, надання їм планової методичної допомоги; широка рецензійна і реферативна робота з метою ознайомлення широких кіл лікарів із досягненнями медичної науки і впровадженням передового досвіду в практику охорони здоров'я нових засобів і методів профілактики і лікування; заслуховування звітів, у т.ч. про виконання дисертаційних робіт; організація дискусій з актуальних питань медичної теорії та практики. Особлива увага звертається на необхідність: частіше практикувати об'єднані засідання товариств різних профілів для сумісного і всебічного обговорення складних питань медичної галузі; обговорювати на засіданнях звіти провідних фахівців, матеріали про діяльність лікувально-профілактичних установ із попереднім їх обстеженням, особливу увагу акцентувати на профілактичній роботі; більш широко проводити виїзні засідання в обласних центрах, де немає медичних інститутів; пропагувати медичні знання серед населення шляхом тісного зв'язку з товариством розповсюдження політичних і наукових знань, домами санітарної культури; обговорювати діяльність журналів за профілем товариств, що видаються в республіці.

У ході вивчення організації передачі передового досвіду в діяльності наукових медичних товариств, як і в самих школах, можемо побачити, що основний акцент робиться на вербальних формах і методах. Натомість, на наш погляд, перевага має надаватися таким прогресивним формам і методам, реалізація яких відбувається з опорою на тактильну пам'ять (від лат. *tactilis* – той, що сприймається дотиком) – вид образної пам'яті, що виявляється в запам'ятовуванні й збереженні інформації, яка одержана через дотик [2, с.242]. Це особливо важливо для управління розвитком шкіл передового досвіду, оскільки в системі медичної освіти тактильна пам'ять має професійне значення, що обумовлено специфікою діяльності медичних працівників лікувально-профілактичних і санітарно-протиепідеміологічних установ.

Найбільш поширеними формами управління розвитком шкіл передового досвіду в системі медичної освіти на той час є медичні секції, семінарські заняття, куцові семінари, вечори («Нове в медицині», «Матері для вас», «Виховуємо дітей здоровими»), вечори запитань і відповідей, лекторії на медичну тематику (для батьків, пенсіонерів, жінок). Оригінальною формою можна вважати групу передового досвіду охорони здоров'я при МОЗ України [9, арк. 27]. Викладачі медичних інститутів усіляко намагалися урізноманітнити форми поширення передового досвіду, розширити їх діапазон: доповіді на секціях на актуальні теми відповідного фаху; наради

(обласні, міські, районні) лікарів; переривчасті курси і семінари з підвищення кваліфікації терапевтів, акушерів-гінекологів, хірургів, педіатрів, стоматологів, санітарних лікарів і епідеміологів; декадниці і семінари; консультаційна допомога обласним фахівцям щодо розроблення методичних матеріалів із питань ранньої діагностики, терапії та профілактики захворювань в умовах сільських районних і дільничних лікарень; вивчення й перевірка стану окремих видів лікувально-профілактичного і санітарно-протиепідеміологічного обслуговування, аналіз стану окремих видів лікувально-санітарної допомоги, їх планування [11, арк. 26].

Серед методів управління розвитком шкіл передового досвіду в системі медичної освіти переважає освічення засобами радіо (прикладом є радіожурнал «Поговоримо про здоров'я»), через друк (наприклад, у газеті «Уманська Зоря» щомісяця одна сторінка присвячена медичним питанням). Станом на 1 січня 1966 р. у системі медичної освіти Черкаської області зареєстровано 72 школи передового досвіду завдяки яким у 285 лікувально-профілактичних установах упроваджено 38 передових форм і методів [10, арк. 25].

Висновки... Отже, аналіз науково-педагогічної літератури показує, що школа передового досвіду виступає результатом творчих шукань і знахідок медичних працівників, у якому органічно поєднується традиційне, новітнє і творче. Такі школи створюються на основі колективного або індивідуального досвіду лікувально-профілактичної, санітарно-протиепідеміологічної та управлінської діяльності, який є соціально значущим для розвитку регіональної системи медичної освіти, характеризується високою ефективністю й результативністю впровадження. З початку виникнення школи передового досвіду виконують гносеологічну й інформаційно-комунікативну функції, а управління ними здійснюють високопрофесійні, компетентні, творчі медичні працівники і керівники.

Використана література:

1. Економічна енциклопедія / відп. ред. С.В. Мочерний. – Т. 2. – Київ : Видавничий центр «Академія» ; Тернопіль : Академія народного господарства, 2000. – 864 с.
2. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О.М. Степанов. – Київ : Академвидав, 2006. – 424 с.
3. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 73, арк. 28-33.
4. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 153, арк. 14-18
5. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 188, арк. 5.
6. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 206, арк. 1.
7. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 213, арк. 46-51.
8. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 277, арк. 4-5.
9. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 328, арк. 27.
10. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 399, арк. 25.
11. Обласний архів Черкаської області. ФР 2570, спр. 406, арк. 26.

Козинец О.Д.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, МОДЕЛИРОВАНИЕ И СОЗДАНИЕ ШКОЛ ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УКРАИНЕ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XX В.

В статье теоретически обоснована проблема прогнозирования, моделирования и создания школ передового опыта в системе управления медицинским образованием в Украине второй половины XX в. На материалах архивных документов показана законодательная база, регламентирующая создание первых школ передового опыта в системе отечественного медицинского образования. Акцентировано внимание на субъектах, формах и методах управления деятельностью этих школ. Раскрыта специфика реализации управленческих функций, обусловленная вертикальным распределением полномочий, характерным для управления системой медицинского образования в Украине того времени.

Ключевые слова: прогнозирование; моделирование; передовой опыт; школы передового опыта; управление; медицинское образование; Украина.

O.D.Kozynets

FORECASTING, MODELING AND CREATING PRE-EXERCISE SCHOOLS IN THE SYSTEM OF MEDICAL EDUCATION MANAGEMENT IN UKRAINE OF THE SECOND HALF OF XX CENTURIES

In the article, the problem of forecasting, modeling and creating schools of best practices in the system of management of medical education in Ukraine in the second half of the twentieth century is theoretically substantiated. The materials of the archival documents show the legislative framework that regulated the creation of the first schools of best practices in the system of domestic medical education. The emphasis is on the subjects, forms and methods of managing the activities of these schools. The specifics of the implementation of management functions are revealed, which is that the vertical division of powers is characteristic for the management of the medical education system in Ukraine at that time.

The criteria of the quality of work of the schools of advanced experience are given: quality of lectures, number of texts, relevance, themes, methodical aspect, conducting of scientific conferences and publishing, practical assistance to district sections. It is shown that quality is the notion of educational management that covers the qualitative and quantitative characteristics of the influence of any element of the school of good practice on the effectiveness of its functioning and further development. In turn, the criterion is an indicator, an indicator for assessing the quality of the work of the schools of best practices. In this case, the efficiency criterion characterizes the effectiveness of these schools, and the criterion of optimality – their approximation to the optimal stat.

It is proved that the school of best practices is the result of creative quest and finds of medical workers, which organically combines traditional, new and creative. Such schools are created on the basis of collective or individual experience of medical and preventive, sanitary anti-epidemiological and management activities, which is socially significant for the development of the regional system of medical education, characterized by high efficiency and effectiveness of implementation. It has been shown that from the beginning of the school the best practices perform epistemological and informational and communicative functions, and their management is carried out by highly professional, competent, creative medical workers and managers.

Key words: prognostication; modeling; best practices; schools of best practices; management; medical education; Ukraine.

Подано до редакції 21.10.2017.

Рекомендовано до друку докт.пед.наук, проф. В.М.Шпак

УДК 39(477.46)(072)

© 2017

Мамчур Н.С.

ВИХОВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ФОЛЬКЛОРУ СЕЛА АПОЛЯНКА УМАНСЬКОГО РАЙОНУ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ (за матеріалами фольклорно-етнографічної експедиції)

Дослідження присвячене регіональному фольклору історичної Уманщини, зібраного викладачами та студентами факультету української філології під час фольклорної експедиції у селі Аполянка Уманського району Черкаської області, що здійснювалася у межах роботи науково-дослідної лабораторії «Етнологія Черкаського краю» УДПУ імені Павла Тичини.

У статті зацентровано увагу на проблемах дослідження регіонального та локального фольклору. Доведено, що фольклористично-етнографічна діяльність є ефективною у засвоєнні учнями фольклору рідного краю.

Ключові слова: виховання, фольклор, звичаї, обряди, фольклорно-етнографічні експедиції, село Аполянка Уманського району Черкаської області..

Постановка проблеми у загальному вигляді... Національна доктрина розвитку освіти, Державна програма «Освіта» (Україна XXI століття), Концепція педагогічної освіти, Закон України «Про вищу освіту», Концепція національного виховання, а також концепції національно-патріотичного виховання дітей та молоді наголошують на використанні українського фольклору у системі освіти і виховання. Зокрема, у Концепції національно-патріотичного виховання дітей та молоді на 2015-2019 рр. зазначено: «Національно-патріотичне виховання має на меті формування національно-патріотичної свідомості, а саме: особистісної ідентифікації зі своєю нацією, віри в духовні сили та майбутнє країни, волі до праці на користь народу; усвідомлення моральних та культурних цінностей; знання історії, звичаїв, обрядів, символіки як всієї країни так і її регіонального різноманіття. Головною домінантою національно-патріотичного виховання дітей та молоді є формування в особистості ціннісного ставлення до суспільства, держави та самої себе; відчуття своєї належності до України, усвідомлення єдності власної долі з долею своєї країни; активної за формою та моральної за змістом життєвої позиції» [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми... Усна народна творчість – неоціненне багатство кожного народу, вироблений століттями погляд на життя, суспільство, природу, показник його здібностей і таланту. Сучасний погляд на зміну ставлення до ідейних та духовних цінностей, вироблення нових морально-етичних критеріїв спонукало нас підійти до наукового аналізу проблеми вивчення фольклору в загальноосвітній школі.

Вивчення творів усної народної творчості має важливе виховне значення. Про це наголошували класики педагогічної майстерності Григорій Ващенко, Василь Сухомлинський, Костянтин Ушинський, Антон Макаренко та ін., ця думка постулює у дослідженнях сучасних науковців Ольги Сухомлинської, Наталії Сивачук, Володимира Кузя, Галини Кловак та ін. Актуальним у наукових працях є питання педагогічного потенціалу фольклору, його значення у процесі становлення національного шкільництва, збереження фольклорної пам'яті [1; 4; 5; 6].

Нині актуальною є проблема викладання регіонального фольклору в загальноосвітніх навчальних закладах. Відомо, що без опанування новим поколінням традицій українського народу, обрядових пісень і танців, ігор, казок і легенд, прислів'їв та приказок, його свят і розваг неможливо виховати громадянина-патріота своєї держави. І цю потребу часу повинні розуміти вчителі наших шкіл, щоб глибоко й різнобічно висвітлювати питання про взаємозв'язок літератури й фольклору.

Формулювання цілей статті... Розвиток творчого потенціалу молодого покоління трактується сьогодні як одне із головних освітніх завдань. Тому наше дослідження має на меті здійснити комплексний аналіз фольклорної спадщини села Аполянка Уманського району Черкаської області та довести важливість етнорегіональних традицій в процесі навчання та виховання учнів загальноосвітньої школи.

Виклад основного матеріалу дослідження... Формування суспільства не можливе без культурних явищ і традицій минулого. Комплексне розуміння фольклору як важливої частини генетичної культурної пам'яті ставить