



*Неможливо скопіювати інноваційні процеси – бо ми намагаємося скопіювати реформу, замість того щоб приділяти увагу умовам, за яких успіх реформ є можливим*

*Майкл Фуллан, Торонто, 2000*

**С. Л. Няньковський, О. С. Івахненко,  
М. С. Яцула**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Дискусійні питання Болонського процесу в медичній освіті України

Аналіз методичної літератури в системі вищої медичної освіти в Україні показує, що впродовж останніх років Болонський процес і все, що його стосується, посідає провідні місця в списку літературних джерел. Розроблено спеціальні курси лекцій для викладачів і студентів, складено нові навчальні плани додипломної та післядипломної освіти, проведені наукові й навчально-методичні конференції, впроваджено в життя медичних університетів принципи і рекомендації, затверджені МОЗ і МОН України.

Формально ми вже повністю увійшли в формат Болонського процесу, проте реалії життя вимагають оцінювання й осмислення тих процесів, які відбуваються в медичному освітньому середовищі. Наскільки принципи Болонського процесу поліпшили навчання та викладання клінічних дисциплін у медичних університетах? Як ці принципи сприймають студенти та викладачі? Наскільки реалізовані основні завдання Болонського процесу зі створення єдиної загальноєвропейської конкурентоспроможної системи медичної освіти? Наскільки розширилися можливості мобільності й реального працевлаштування фахівців? Чи вдалося сформувати модель європейської вищої медичної освіти в Україні з урахуванням специфіки і традицій національних освітніх систем?

Хочемо поділитися власним досвідом викладання в межах Болонського процесу й запросити до відкритої дискусії студентів та викладачів медичних університетів, що стало особливо актуальним у світлі прийняття нового Закону України про вищу освіту.

Згідно з «Великою хартією університетів» університет – це самостійна установа всередині суспільств із різною організацією, яка створює, вивчає, оцінює і передає культуру за допомогою досліджень і навчання. Для задоволення потреб навколишнього світу його дослідницька і викладацька діяльність має бути морально й інтелектуально незалежною від будь-якої політичної та економічної влади. За

цих умов університети реально мають мати дуже широку економічну, адміністративну й наукову автономію.

Сьогодні, незважаючи на вже значний досвід імплементації основних положень Болонської декларації у вітчизняний освітній простір, багато студентів і викладачів вищих навчальних закладів (ВНЗ) доволі часто висловлюються досить неоднозначно, через відсутність цілісності, завершеності, продуманості й належного ресурсного забезпечення. Важко очікувати блискучого остаточного результату, якщо впроваджувати щось частинами. Такий підхід часто призводить до негативного або спотвореного результату.

На самому початку впровадження цієї системи вважалося, що українські студенти матимуть змогу вільно продовжувати навчання за кордоном, в одній із країн-учасниць Болонського процесу, та автоматичне визнання диплома українських ВНЗ. Саме мобільність студентів мала бути сильною стороною цього процесу. З одного боку, студент може змінити навчальний заклад, позаяк навчальні курси, що читаються у всіх ВНЗ, уніфіковані й можуть бути зараховані на основі оцінок інших ВНЗ. З іншого боку, студент може перепрофілюватися й продовжити навчання вже в іншій галузі, не вивчаючи повторно курси, які він уже опанував. Що більше, диплом, отриманий в одному з ВНЗ Європи, не вимагає додаткового підтвердження і визнається в усіх країнах з Болонською формою освіти. Не можна не зазначити, що Болонський процес передбачав використання нових і прогресивних систем та методів освіти, що підвищує його загальну якість, навчальні плани стають більш обґрунтованими й зрозумілими, тобто студент уже на початку курсу навчання добре розуміє, де і як він може набрати кількість кредитів, необхідних для успішного складання заліку або іспиту.

Наскільки студенти й викладачі стали мобільними та мають можливість навчатися/викладати у закордонних університетах, брати активну участь у

наукових конференціях, діяльності професійних товариств, публікуватись у рейтингових науково-медичних журналах?

Сьогодні кількість студентів, які частково навчаються або стажуються у відповідних медичних університетах Європи, вкрай обмежена, що не дає змоги говорити про інтеграцію українських студентів у міжнародний освітній простір. Частіше йдеться про короткочасне стажування і поодинокі випадки проходження практики в закордонних медичних установах. Студент, який хоче навчатися за кордоном, мусить платити значну суму, крім цього, в деяких випадках, підтвердити свої фінансові можливості – 9–10 тис. євро на рік. Наявність суворого візового режиму теж не сприяє навчанню за кордоном. Відомі випадки, коли студентам III–IV курсу, які хотіли продовжити навчання за кордоном, пропонували розпочати з першого курсу.

Ще цікавішою є ситуація з викладачами. Очевидно, що оплата праці не відповідає європейським стандартам. Утім вона істотно більша, ніж у фахівців практичної охорони здоров'я. Але важливішою є проблема з навчальним навантаженням і необхідністю одночасно поєднувати значний обсяг навчальної, наукової та методичної роботи.

Болонський процес в умовах України різко збільшив час, тривалість і частоту формального контролю знань і вмін студентів. І якщо кількість студентів у групі, яка прийшла в клініку, досягає 13–15 осіб, то викладач перетворюється на машину формального оцінювання знань студентів. Тоді постає питання: коли і як виконувати лікувальне навантаження в повному обсязі, займатися ініціативною науковою діяльністю, писати статті, посібники, методичні рекомендації та підручники, готуватися до занять, вивчати періодичну літературу, перевіряти тести та історії хвороби, проводити консультації зі студентами і приймати відпрацювання, знайомитися з сучасними тенденціями навколишнього світу, із культурними, політичними, науковими подіями. Адже викладач мусить бути готовим до будь-якої дискусії зі студентами і не завжди суто фахового характеру.

У сучасних умовах кредитно-модульної системи навчання 50,0–70,0 % навчального часу відводиться на самостійну роботу студента. Довший час спостерігалось зменшення кількості практичних занять у «Робочих програмах» за рахунок збільшення позааудиторної роботи, з певними проблемами її організації та оцінювання. Скорочення аудиторних годин і збільшення плану самостійної навчальної підготовки студенти часто трактують як спосіб позбутися останньої. Практика показує, що студенти самостійно вчать недостатньо як через лінощі, так і через невміння. Така форма роботи вимагає значного збільшення бібліотечного фонду, сучасної літератури, масового безкоштовного доступу до інтернету, віртуальних навчальних програм, ресурсів телемедицини, дистанційного навчання.

Організація та ефективність самостійної підготовки студента на клінічних кафедрах визначаються головним чином фаховістю викладача, матеріально-технічним забезпеченням кафедри та клінічної бази. Роль викладача, так само, як і раніше, важлива, але змінюються його функції. Він уже не є основним джерелом первинної інформації, а стає організатором пізнавальної діяльності студентів, консулює та орієнтує на різні види самостійної роботи. Якщо на молодших курсах кількість студентів створює проблеми для завантаженості викладача, то на старших – це ще й труднощі роботи на базах клінік, де виникає ціла низка перешкод для повноцінної якісної підготовки фахівців. Економічні можливості університету не можуть повністю забезпечити кафедри фантомами, сучасними тренажерами, комп'ютерними класами, інформаційними матеріалами тощо. Щоб зберегти модуль із конкретної теми, викладач повинен забезпечити тематичного хворого, що реально не завжди можливо. Адже пацієнти не потрапляють у стаціонар за нашим навчальним планом. Виходять із цієї ситуації завдяки архівним історіям хвороби, відеофільмам, ситуаційним завданням, підготовленим викладачем до конкретної нозології. Ця робота запроваджена ще нашими вчителями, існує й буде надалі вдосконалюватися.

Але не можна підготувати лікаря без контакту з пацієнтами, особливо дітьми, без формування клінічного мислення. Цього не може навчити жодна апаратура, це здобувається лише безпосередньою працею в клініці. Цим, власне, відрізнялася вітчизняна освіта на додипломному етапі від освіти за кордоном. Студенти українських вишів мають багато можливостей: прямий контакт із пацієнтом, чергування у клініках із досвідченими лікарями, ознайомлення із роботою відділень функціональної діагностики, лабораторій тощо. Хоча й тут виникає ціла низка проблем. Зокрема, велике навантаження на лікарні, наявність іноземних (англомовних) студентів, які не можуть самостійно спілкуватися з хворими, відсутність повноцінних університетських клінік, через що викладача доволі часто сприймають як конкурента для лікаря, а студентів – як чинник, що заважає лікарні нормально працювати.

Якщо університет не має власної клініки, то кафедри педіатрії працюють на базах дитячих лікувальних установ за складеними відповідними угодами. Клінічні бази підпорядковуються відповідним міським чи обласним управлінням, не зорієнтовані на зміни в навчальному процесі та не зобов'язані жодними юридичними документами сприяти кафедрам у виконанні нових вимог. Батьки мають право відмовити викладачеві чи студенту в контакті з хворою дитиною. Кількість студентів у групах теж обмежує індивідуальну роботу з дитиною на занятті. Як ми вже зазначали, під час викладання клінічних дисциплін значний час надається для самостійного опрацювання студентами практичних

навичок, а тоді не береться до уваги специфіка їх опанування під наглядом та керівництвом викладача.

Значною проблемою є навчання студентів-іноземців англійською мовою на V–VI курсах, де акцентується на викладанні клінічних ознак хвороб біля ліжка хворого. Незнання мови унеможливорює вільне й самостійне спілкування студента-іноземця з хворими, їх участь у обходах, консилиумах, чергування. Такі студенти постійно «прив'язані» до викладача, і за умов доволі значної кількості студентів у групах погіршується ефективність навчання. На нашу думку, вивчення клінічних дисциплін на старших курсах має включати елементи національної мови або кількість іноземних студентів у групі має бути обмежена.

Із одного боку, впровадження Болонської системи дає змогу студентам, викладачам та науковцям перебувати в руслі глобалізаційних процесів у світі, а з іншого – має існувати відповідний запит суспільства і керівних структур.

Широке введення тестової системи оцінювання знань, відповідно до Болонського процесу, безумовно, значно спрощує процес перевірки та контролю знань студентів і забезпечує стандартизацію навчального процесу. Проте це призводить до формування стандартного мислення, тобто замість пошуку розв'язання проблеми студент здатний лише обрати рішення зі списку запропонованих. Ця особливість найбільш згубно впливає на рівень знань і вмінь фахівців під час оцінювання стану хворого, визначення клінічного діагнозу, плану обстеження і лікування, де студенти можуть виявитися нездатними знаходити нелінійні та логічні рішення. На думку багатьох, тести, що замінили усну відповідь, так само згубно впливають на комунікативні навички. Це болісний удар для фахівців у галузі освіти, де не обійтися без вербального передання інформації. А як розвивати клінічне мислення студентів, творчий підхід до діагностики і диференційної діагностики? Як набувати студентам практичних навичок роботи з хворим, а в педіатрії – з батьками дитини? Набагато легше протестувати студента й поставити відповідну оцінку, ніж витратити значно більше часу на дискусію біля ліжка хворого. Це призводить до того, що молоді викладачі із задоволенням займаються зі студентами в навчальних кімнатах і неохоче йдуть із ними у відділення лікарні, а студент блискуче відповідає на питання з бази даних «Крок-2», проте не може аргументувати раціональний план обстеження та лікування хворого.

У проекті нового закону про освіту зазначено, що максимальне навантаження на викладача не може перевищувати 600 годин. Але вже була задекларована організація педагогічного навантаження з розрахунку 7 студентів на викладача. Зі зменшенням педагогічного навантаження автоматично збільшується кількість ставок на кафедрах, що за умов існуючої економічної кризи малоймовірно. Таким чином, це може залишитися черговою декларацією про наміри.

Відповідно до чинного законодавства, з урахуванням особливостей санітарно-гігієнічного режиму педіатричних і неонатальних відділень, вимог санепідемстанції всі студенти на заняттях або коли розпочинають проходження практики, мусять мати санітарні книжки. І якщо викладачі мають змогу проходити обстеження і планові огляди з лікарями закріплених відділень, то студенти доволі часто не мають відповідних формальних документів і в будь-який момент їх можуть не допустити до практичних занять у клініці. Це питання не може бути вирішене кафедрою або клінічною базою і своєю чергою вимагає відповідного фінансування.

Одна з вимог до викладача медичного університету – наявність наукових публікацій у індексованих журналах як в Україні, так і за кордоном. Добре, якщо викладач є членом європейського або світового професійного наукового товариства. Водночас для отримання дозволу на закордонне відрядження, для участі в міжнародному конгресі, яке оплачується за власний рахунок, потрібен дозвіл МОЗ! Про яку самостійність університету може йти мова, якщо навіть таке просте питання ректор університету не може розв'язати самостійно? На нашу думку, сучасний рівень реальної автономії викладача критично низький, що суперечить національним традиціям, зменшує повагу не тільки до особи, але й до системи загалом, знижує рівень самовіддачі.

Рівень обладнання кафедр, наукових лабораторій і відділень лікарень не дає змоги, за умов відсутності фінансування наукової роботи, проводити конкурентні дослідження, результати яких можна публікувати у провідних журналах світу. Вихід бачимо у розширенні співпраці з закордонними партнерами, з якими налагоджено особисті контакти. Завдяки такій співпраці, кафедрою педіатрії – впродовж останніх двох років здійснено 7 публікацій у провідних іноземних педіатричних наукових журналах, у тому числі в найбільш рейтинговому журналі «Pediatrics».

Певні проблеми створює відсутність єдиних навчальних національних підручників з педіатрії для старших курсів. Це змушує створювати власні ґрунтовні методичні розробки, навчальні посібники, які лише певною мірою замінюють національні підручники, проте вимагають значної трати часу викладачів на їх створення і постійне оновлення, підтримання їх у електронному та друкованому форматах. Імовірно, час, витрачений на написання розділу такого підручника, треба було б враховувати в педагогічному навантаженні. Неможливо написати якісний навчальний матеріал у перерві між парами або лекціями.

Надзвичайно важливим питанням сучасного освітнього процесу є об'єктивізація оцінювання студентів на підсумкових модулях. Ми напрацювали певний позитивний досвід із цього питання. Для усунення суб'єктивного впливу на оцінювання студентів упродовж декількох років на кафедрі

введено систему оцінювання в закритому режимі, під кодами, коли всі перевіряльники, в тому числі завідувач кафедри, на знають чію роботу вони переглядають і оцінюють. Розкриття кодів (які зберігаються у старості студентської групи) відбувається у присутності студентів, результати відразу вносяться до комп'ютера, видрукуються і того ж дня з'являються на інформаційному стенді та на інтернет-сторінці кафедри. Така система отримала схвальні відгуки студентів. Упродовж останніх трьох років не отримано жодного зауваження студентів щодо необ'єктивного оцінювання їхніх знань на підсумкових модулях.

Наостанок зазначимо, що незважаючи на економічно-організаційні проблеми, рівень додипломної освіти майбутніх лікарів доволі високий і не поступається рівню знань їхніх закордонних колег. Це свідчить про самовіддану працю викладацького складу медичних університетів України. Більше проблем виникає з післядипломною освітою. Адже більшість закордонних студентів потрапляють на стажування у добре оснащені клініки й медичні центри і мають можливість апробувати сучасні медичні технології, тоді як українські студенти в інтернатурі стикаються з сумними реаліями української практичної медицини.

Таким чином, необхідно впроваджувати нові програми навчання, вдосконалювати фахову підготовку спеціалістів, особливо лікарів. Будь-які нововведення мусять спиратися на надійний фундамент:

мету, завдання, економічні розрахунки і конкретні шляхи вирішення. Важливо, щоб процес подальшої інтеграції національної і європейської систем підготовки лікарів не був занадто форсованим і декларативним, здійснювався поступово, через гармонійне поєднання вітчизняного та міжнародного досвіду. Болонська декларація – це не міжнародна конвенція, яка підлягає ратифікації національними парламентами, і через це її положення не є юридично обов'язковими. Кожна країна, реформуючи освіту, має повне право враховувати специфіку як своєї національної системи освіти, так і медичної освіти загалом. Усі положення Болонської конвенції мають рекомендаційний характер. У країнах Європи їх розглядають не як привід відмовитися від власної системи освіти, а прагнуть взяти все, що слугуватиме її покращенню.

Для оптимізації навчального процесу в Україні слід якнайшвидше врегулювати педагогічне навантаження викладача і кількість студентів у академічній групі, створити сучасні університетські клініки з належним фінансуванням, орієнтуватися на підготовку лікаря-універсала, якого найбільше потребує система охорони здоров'я, істотно поліпшити оснащення кафедр ВНЗ та закладів післядипломної освіти сучасним діагностично-лікувальним обладнанням і матеріалами, підвищити мотивацію студентів до навчання.

Стаття надійшла до редакції журналу 03.06.2014 р.

## Дискусійні питання Болонського процесу в медичній освіті України

С. Л. Няньковський, О. С. Івахненко, М. С. Яцула

Розглянуті дискусійні питання впровадження Болонського процесу в медичну освіту України, зокрема, питання мобільності студентів і викладачів, норм педагогічного навантаження, системи оцінювання знань студентів, особливостей підготовки студентів на клінічних кафедрах. Висвітлено власний досвід упровадження положень Болонської декларації в педагогічну діяльність кафедри педіатрії Львівського національного медичного університету.

**Ключові слова:** освіта, студенти, Болонська декларація, викладачі, університет.

## Debatable Questions about Bologna Process in Ukrainian Medical Education

S. Nyankovsky, O. Ivakhnenko, M. Iatsula

In this article the debatable questions about the Bologna process implementation into the Ukrainian medical education are studied including the questions about the students and teachers mobility, teaching load standards, students' knowledge evaluation system, peculiarities of students' training in clinical departments. Our own experience of the Bologna Declaration statements implementation into the pedagogical activities of pediatric department of Lviv National Medical University is described.

**Keywords:** education, students, Bologna Declaration, teachers, university.