

The author of the article presents a system of work with gifted children in Belarus; the attention is paid to the forms of studying children in the conditions of institutions of general secondary education and institutions of additional education, the components of training teachers for work with gifted and highly motivated children are revealed; the professional-personal qualities necessary for work with gifted and highly motivated children are determined.

The article proves that one of the peculiarities of work with talented children is involvement of the teaching staff of higher education institutions, which also allows to work with gifted students through a system of additional education with teachers of education institutions of all types. The experience of such cooperation is revealed on the example of the Vitebsk State University named after P. M. Masherov together with the Department of Education of the Vitebsk Regional Executive Committee on the basis of education institutions of the city of Vitebsk.

The author of the article has found out that an important component of the future teachers' training to work with gifted and highly motivated children is introduction of the educational discipline "Social-pedagogical basics of working with gifted children" in the educational process, as well as the main goal, tasks and content of this course.

Key words: *gifted child, talent, vocational training, teacher, program, personal and professional qualities, general secondary education institution, higher education institution, additional education institution.*

УДК 37:61](73) «19/...»

Алла Куліченко

Запорізький державний медичний університет

ORCID ID 0000-0003-1469-3816

DOI 10.24139/2312-5993/2018.06/025-036

СТАН МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ США НА ПОЧАТКУ ХХ СТ.

У статті зосереджено увагу на стані медичної освіти США на початку ХХ ст. Зокрема, представлено педагогічні ідеї Ф. Біллінгза щодо покращення медичної освітньої парадигми та погляди А.Флекснера щодо тогочасної ситуації в медичній освіті. Також з'ясовано, що в Америці окрім алопатичних медичних шкіл (навчальних закладів традиційної медицини) існували приватні (комерційні) та сектантські медичні школи. До останніх належали гомеопатична, еkleктична, фізіомедична та остеопатична школи. У дослідженні подано коротку характеристику зазначених сектантських медичних шкіл (за А. Флекснером).

Ключові слова: *американська медична освіта, педагогічні погляди, Ф. Біллінгз, А. Флекснер, приватна (комерційна) медична школа, сектантська медична школа, гомеопати, еkleктики, фізіомедики, остеопати.*

Постановка проблеми. У кожній країні в певний період виникають кризові становища в різних галузях. Це залежить від багатьох чинників, а саме від соціальних, політичних, економічних, культурних, освітніх тощо. Не виняток і США. Справа в тому, що на початку ХХ ст. у країні було констатовано низький рівень медичної допомоги й висока смертність, що прямо залежало від медичної освіти. Оскільки, не маючи належної професійної підготовки, практикуючий лікар не міг вилікувати навіть легкий перебіг хвороби. Адже

рівень професійної підготовки залежав від якості освітніх послуг, що пропонували тогочасні медичні школи, більшість із яких мали цілком незадовільні умови для проведення навчального процесу.

Саме тому на початку ХХ ст. заможні і впливові люди США почали цікавитися можливостями й перевагами, що надали б людству медицина і медичні дослідження. Вони усвідомили, що їх та майбутнє покоління зможе боротися з серйозними захворюваннями, зберегти здоров'я і продовжити життя за допомогою кваліфікованої медичної допомоги й нових відкриттів у галузі медицини (Billings, 1903, p. 769).

У 1910 р. відомий американський педагог та реформатор медичної освіти Абрахам Флекснер (1866–1959) зазначав: «Якщо медична освіта виконує соціальну функцію, то вона не є власністю для інституційного, або індивідуального користування. Суспільство повинно забезпечити засіб для її підтримки; закон повинен унеможливити будь-якій особі або установі бути залученим у медичну освіту за умовами, що не співпадають з позицією суспільства» (Flexner, 1910, p. 127). Тож, оскільки лікар є соціальним інструментом, державі необхідно забезпечити його належну підготовку. Зі свого боку, медична школа є корпорацією суспільного обслуговування. Вона створена державою й використовує державні лікарні. Така установа не може уникнути соціальної критики та регулювання відносин (Flexner, 1910, p. 154).

Аналіз актуальних досліджень свідчить, що питання про стан американської медичної освіти на початку ХХ ст. є актуальним в іншомовних науково-педагогічних джерелах, але не достатньо відображеним у вітчизняних дослідженнях із історії педагогіки. З огляду на таку ситуацію, для нашої розвідки важливими є праці В. Джейнса (історія американської освіти), Б. Барзанської (B. Barzansky), Ф. Білінгза (F. Billings), Т. Боннера (T. Bonner), С. Брауна (S. Brown), Н. Гевітза (N. Gevitz), К. Лудмирера (K. Ludmerer), А. Флекснера (A. Flexner) та ін. (розвиток медичної освіти США у ХХ ст.) тощо.

Мета статті полягає у висвітленні стану американської медичної освіти на початку ХХ ст., зокрема зосередження уваги на приватних (комерційних) та сектантських медичних школах.

Методи дослідження. Під час проведення дослідження використано такі методи: евристично-бібліографічний – для виявлення й систематизації історико-педагогічної літератури стосовно проблематики розвідки; біографічний – для вивчення й аналізу педагогічних поглядів Ф. Білінгза та А. Флекснера щодо стану американської медичної освіти на початку ХХ ст.; педагогічної реконструкції – для відтворення історико-педагогічної реальності щодо функціонування приватних (комерційних) та сектантських медичних шкіл.

Виклад основного матеріалу. Дослідник В. Джейнс наголошує, що початок ХХ ст. «в історії американської освіти був дуже важливим. Серйозну роль зіграли урбанізація, індустріалізація та імміграція. Крім того, професійні школи почали відігравати все більшу й більшу роль у суспільстві, розширюючи свій вплив, що не могло не викликати дискусії. У цей період сформувалася сучасна американська освітня система» (Джейнс, 2007, с. 235).

Зазначимо, що до професійних закладів, що надають медичну освіту у США, належать медичні школи. Тож існує необхідність проаналізувати ситуацію, яка склалася навколо медичних шкіл та американської медичної освіти зокрема.

Так, С. Браун стверджує, що на початку ХХ ст. у США медичні школи сприймали неоднозначно, адже вони асоціювалися не тільки із закладами, що надавали медичну освіту, а і з переселенцями з Європи та низьким рівнем підготовки майбутніх лікарів (Brown, 2006, р. 5).

Під час імміграції до США наприкінці ХІХ ст. – початку ХХ ст. у багатьох європейців були ступені з медицини, а ті, хто приїздив зі Старого світу, бажали отримувати медичну освіту за європейською моделлю, де лікаря, який мав ступінь, називали професором. Тому хворий європеєць, живучи у США, вже не хотів йти до практикуючого лікаря (practitioner), спеціаліста (specialist) чи консультанта (consultant). Він звертався одразу до професора в медичному центрі. Це, на думку С. Брауна, частина європейської спадщини. Хоча в більшості штатів не було ані медичних шкіл, ані таких професорів. Тому аби отримати титул професора в медичній школі, когорта американських лікарів-одномумців заснувала власний навчальний заклад, що отримав назву «приватна (комерційна) медична школа» (proprietary medical school), що зазвичай складалася з 8 або 10 осіб керівного та викладацького складу, що вимірював свій успіх за фінансовим показником. Такий тип школи існував до кінця 1910-х рр. (Brown, 2006; Ludmerer, 2010), оскільки був посереднім та зазнав негативної критики – як від суспільства, так і від академічного осередку.

У більшості випадків приватні (комерційні) медичні школи було створено з метою отримання матеріальної наживи та престижу професії. Підтвердження цього знаходимо у статті Френка Біллінга (1854–1932) – президента Американської медичної асоціації (1902–1904), професора медицини, засновника багатьох медичних організацій та лікувальних і наукових установ, «архітектора медичної освіти» – за словами Е. Гірша (Hirsch, 1966) – «Medical Education in the USA» від 15 травня 1903 р. у часописі «Science»: «Зазначені навчальні заклади (приватні (комерційні) медичні школи – А. К.) з'являлися дуже швидко. Головною причиною такої появи було те, що приносило пряму й опосередковану вигоду безпосередньо для викладача в медичній школі: *авторитет* (тут і надалі курсив наш. – А. К.), яким

він користувався серед студентів та населення й *матеріальне заохочення – оплачувані консультації і приватна практика*» (Billings, 1903, p. 762).

Проте, слід зазначити, що у приватних (комерційних) медичних школах були занадто низькі академічні стандарти – часом приймали особу без середньої освіти або тих, хто міг оплатити вартість навчання. Так, Ф. Біллінгз зауважував: «Медичну освіту дискредитовано. Щоб отримати достатню кількість студентів, більшість медичних шкіл нехтували суспільними моральними нормами та навіть психічним станом абітурієнтів. Адже прибуток кожної школи був нерозривно пов'язаний із платою за навчання. Траплялися випадки, що в деяких штатах було організовано вечірні медичні школи, години навчання в яких припадали на сьому вечора. Заняття тривали до дев'ятої або ж десятої години ночі. Керівництво таких «нічних» закладів орієнтувалося на клерків, провідників, двірників, які працювали протягом дня та бажали отримати медичну освіту» (Billings, 1903, p. 763). Особи, які вступили до такої медичної школи, навчалися два роки після середньої школи, опановуючи медицину та хірургію, та два літа мали практику з місцевими лікарями (Brown, 2006, p. 5).

Зазвичай, у зазначених закладах викладали анатомію, фізіологію, хімію, фармакологію (*materia medica*) або фармакогнозію, акушерство, клінічну практику та хірургію. Проте це було викладання тільки теорії, невелика кількість годин відводилася на практичні заняття з анатомії та хімії на так званих «кафедрах з практики». Варто зазначити, що курс медицини припадав на два семестри (чотири-п'ять місяців кожен – залежно від медичної школи. – А. К.) та не був оцінений (відсутні заліки та іспити. – А. К.). Студенти відвідували всі лекції та лікарні протягом першого року навчання, а другий рік був повторенням першого (Billings, 1903, p. 762). Хоча К. Лудмірер погоджується й зазначає, що «викладання було цілком дидактичним: лекції, читання підручників, примусове запам'ятовування безлічі фактів. Лабораторна та клінічна види діяльності були практично відсутні» (Ludmerer, 2010, p. 193).

З отриманими не зовсім задовільними фаховими знаннями, уміннями та навичками студенти-випускники приватних (комерційних) медичних шкіл починали працювати. Адже на початку ХХ ст. не було спеціальних медичних комітетів, котрі б регулювали діяльність лікарів. Єдиною вимогою до лікаря було закінчення будь-якої тогочасної медичної школи (Billings, 1903; Brown, 2006). Тож, як бачимо, медична освіта та допомога знаходилися на низькому рівні. Хоча за статистикою, у США станом на 1901–1902 рр. існувало 156 медичних шкіл. У 1901 р. бажали стати лікарем було 26417 осіб, у 1902 р. – 27501 осіб, випускників у 1901 р. – 5444 осіб, у 1902 р. – 5002 осіб (Billings, 1903, p. 763).

Гостро критикуючи стан медичної освіти початку ХХ ст. та приватні (комерційні) медичні школи, Ф. Біллінгз запропонував тезу, що в

подальшому вплинула на розвиток підготовки майбутніх лікарів у США: «Медична освіта майбутнього має базуватися на статусі медичної науки. Сучасна медицина (мається на увазі початок ХХ ст. – А. К.) – це прикладна наука. <... > Лікар, який не має практичних навичок із таких фундаментальних дисциплін, як загальна, фізична та фізіологічна хімія, загальна біологія, бактеріологія, патологія, фізіологія, ембріологія, фармакологія, гістологія та анатомія, не може чітко розуміти методи тих, хто проводить наукові дослідження й раціонально використовувати напрацювання (відкриття) інших у своїй діяльності. <... > Крім того, кожен лікар повинен бути настільки освіченим, щоб мати змогу розумно застосувати знання, отримані ним у процесі опанування експериментальної медицини, під час лікування таких хвороб, що можнавилікувати. Він більше не буде жонглювати життям безнадійного хворого, намагаючисьвилікувати за допомогою ліків чи інших засобів» (Billings, 1903, р. 765–766).

Відзначимо, що ще в 1903 р. Ф. Білінгз пропонував звернути увагу на такі аспекти у процесі покращення якості медичної освіти (Billings, 1903, р. 766–772):

- медичний коледж (школа) як частина університету (university medical college). Університет фіксує правила вступу та контролює вступну кампанію до медичної школи;

- потенційний студент медичної школи мусить продемонструвати достатні знання з англійської, французької, грецької мов, латини, математики, історії, філософії, фізики, загальної та органічної хімії, порівняльної анатомії та загальної біології – тобто перед вступом до медичної школи пройти підготовку з зазначених дисциплін протягом 2-х років навчання в гуманітарному коледжі або університеті;

- метод викладання фундаментальних та клінічних дисциплін – лабораторний. У контексті такого методу викладання повинно бути індивідуальним або в невеликих групах студентів, що, на нашу думку, передбачало трудомісткість та часозатраність навчального процесу;

- перші два роки навчання в медичній школі присвячені фундаментальним наукам. Проте Ф. Білінгз пропонував такий варіант подальшого навчання: «Студент, який добре опанував перші два роки фундаментальних дисциплін в університеті або гуманітарному коледжі, може вступити на другий курс медичної школи й перші два роки вивчати суто медицину в бакалавраті й по закінченню якого отримати ступінь бакалавра природничих наук (S. B. – тут і далі скорочення з першоджерела. – А. К.); студент, який завершив 3 роки навчання з гуманітарних дисциплін чи філософії з поглибленим вивченням фізики, хімії та біології, може вступити до медичної школи й через 2 роки отримати ступінь бакалавра гуманітарних наук (A. B.) чи бакалавра філософії (Ph. B.). Ще після двох років навчання у

клінічній школі (або навчальній клінічній лікарні. Лікувально-профілактичний структурний підрозділ і навчально-науковий медичний центр університету. – А. К.) – отримати звання доктора медицини (M. D.). Перевагою такого навчання є економія часу, що не применшує студентського результату» (Billings, 1903, p. 770). Схематичне зображення етапів здобуття медичної освіти за Ф. Біллінгзом наводимо на рис.1;



Рис. 1. Етапи здобуття медичної освіти у США (за Ф. Біллінгзом, 1903 р.)

- приватні школи, що створено в комерційних цілях, повинні зникнути;
- для проведення практичних занять необхідно реорганізувати звичайні лікарні, що знаходяться в розпорядженні приватних (комерційних) медичних шкіл у навчальні клінічні лікарні з обов'язковим контролем з боку університетів, де є медичні школи;
- клінічні лікарні мають бути призначені для навчання студентів та проведення досліджень щодо причин виникнення, перебігу й лікування хвороб, а також для догляду за певною кількістю пацієнтів;
- для праці в навчальних клінічних лікарнях необхідно обрати професорів медицини, хірургії, гінекології та компетентних помічників, які б присвятили весь час викладанню й дослідженням та отримували б гідну платню за свою науково-практичну діяльність. На думку Ф. Біллінгза, «під керівництвом такого професора студент зможе самостійно вивчати стаціонарні або амбулаторні випадки захворювань, а також доглядати за пацієнтом. <...> Такий професор навчить студента мистецтву медицини; він навчить студента, що людське співчуття та підтримка хворого і вмираючого є частиною його обов'язку як лікаря» (Billings, 1903, p. 768);

- залишити 25–35 медичних шкіл, що мають належну технічно-матеріальну базу, кваліфікований професорсько-викладацький склад та ін.;
- визнавати дипломи з медичної освіти в усіх штатах;
- запровадити єдиний іспит для отримання ліцензії з лікарської практики, що був би дійсним на всій території США.

А. Флекснер вважав, що «медичні школи, що зубожіли або стали вразливими до звинувачень щодо приватного статусу або фінансового мотиву, шукають можливість зберегти свою діяльність у майбутньому або ж забути про минуле за допомогою поєднання з академічним альянсом» (Flexner, 1910, p. 143).

Зауважимо, що окрім комерційних шкіл у США існували ще так звані «сектантські медичні школи» (sectarian medical schools), до яких належали гомеопати, еклектики, фізіомедики та остеопати. Хоча хіропрактики (мануальні терапевти. – А. К.), механотерапевти не мали ніякого відношення до медичних сектантів (Flexner, 1910, p. 158).

Н. Гевітз пояснює, що в медицині та медичній освіті «термін «секти» застосовувався до тих угруповань (як всередині, так і поза ортодоксальною медичною традицією), що заперечували легітимність та цінність прийнятих терапевтичних принципів і практики. Такі групи відстоювали використання альтернативних способів лікування, заснованих на великій кількості доктрин (догм), які вони вважали законами» (Gevitz, 1987, p. 1636).

На думку А. Флекснера: «Зараз (на початку ХХ ст. – А. К.) сектантська медицина є захищеною, адже поки вона існує, окремі стандарти, що враховують умови, за яких можливе її існування, – виправдані. <...> Однак традиційна медицина відверто заперечує релевантність або значення іншої доктрини. Їй потрібні не догми, а факти. Вона не підтримує жодних припущень, що не пов'язані з фундаментальними науками та логічним мисленням» (Flexner, 1910, p. 156).

Що стосується освіти, то позиція медичних сектантів була суперечливою. Вони мали затверджений навчальний план, оскільки його було науково розроблено. Вони викладали патологію, бактеріологію, клінічну мікроскопію, тим самим дотримуючись наукового методу. Оскільки головна мета навчального процесу полягала в навчанні студентів з'ясувати та тлумачити факти за допомогою прийнятого наукового способу. Студент такої медичної школи вивчав усі науки в лабораторії, адже в американській медичній освіті науковий метод був важливим під час перших двох років навчання. Тож медичні сектанти фактично суперечили собі, використовуючи звичайний науковий навчальний план упродовж двох навчальних років, а на початку третього року навчання запроваджували новий принцип та вимагали, щоб студент знаходив компроміс між наукою та доктриною. Хоча цей принцип мало відрізнявся від того, що пропагувала наукова медицина. Проте студента не навчали розпізнавати основні симптоми хвороби, відрізняти

симптоми однієї хвороби від іншої, пропонувати курс лікування. Він відвідував хворих та спостерігав за їх станом, аналізуючи, як результати лікування залежали від застосованих методів. Крім того, сектантський медичний навчальний заклад застосовував такі ж умови для вступу та теоретично мав таке ж матеріально-технічне забезпечення, як і традиційна медична школа (Flexner, 1910, p. 157–158).

Сектантські медичні школи мусили також використовувати всі можливі методи, щоб привернути майбутніх студентів. У випадку гомеопатів та еkleктиків на початку ХХ ст. чисельність студентів суттєво знизилася. Так, наприклад, у 1900 р. у гомеопатичній та еkleктичній школах навчалось 10 % від загальної кількості студентів-медиків, у 1910 р. – лише 6 %. Тож для сектантських медичних шкіл, що залежали від студентської платні за навчання, така низька кількість студентів означала зменшення прибутку, що за звітами й офіційними документами був завжди спрямований на покращення умов навчання. Одними з причин замалої кількості студентів у вказаних навчальних закладах були своєрідна філософія та практика, незадовільні умови навчання та, у більшості випадків, некомпетентний викладацький склад – саме через це абітурієнти відмовлялися вступати в сектантські медичні школи. Їх не приваблювала навіть низька платня за навчання (порівняно з алопатичними медичними школами. – А. К.). Вони також вважали такі заклади застарілими та з метафізичним мисленням (Barzansky & Gevitz (Eds), 1992, p. 91, 93).

Т. Боннер зауважує, що сектантські медичні школи, навчаючи різним доктринам, проводячи практичні заняття й маючи повноваження присуджувати медичні ступені, асоціювалися з реформою щодо медичної освіти жінок і були першими, хто приймав їх на навчання (Bonner, 1995, p. 211).

У дослідженні «Жінки та здоров'я в Америці. Історичні читання» (ред. Дж. Вальцер-Лівітт) зазначено, що «сектантські медичні школи охоче приймали на навчання жінок, однак спільне навчання (мається на увазі чоловіків з жінками – А. К.) було дуже суперечливим в усіх аспектах. Проте, незважаючи на всі труднощі, жінки досягали значних успіхів у медицині. У 1910 р. майже 9000 жінок працювали в медичній сфері, що становить 6 % від загальної кількості лікарів-практиків. У таких містах, як Бостон та Міннеаполіс близько 20 % було жінок-лікарів» (Walzer Leavitt (Ed.), 1999, p. 507).

У 1910 р. у праці «Медична освіта США та Канади. Доповідь для фонду Карнегі щодо поліпшення викладання» А. Флекснер зазначає, що «в США існує 32 сектантські медичні школи, зокрема 15 гомеопатичних, 8 еkleктичних, 1 фізіомедична та 8 остеопатичних» (Flexner, 1910, p. 158).

У цій розвідці вважаємо за необхідне подати коротку характеристику 4 основних сектантських медичних шкіл станом на 1910 р. (за А. Флекснером):

- *гомеопатичні школи (15)*. Жодна із шкіл не вимагала більшої освіти, ніж середня. Хоча це питання залежало від їх географічного розташування: одні школи запроваджували вступні іспити, іншим достатньо було офіційного документу про середню освіту. Також у зазначених школах не було навіть натяку на прогресивну наукову діяльність. Лише 3 школи мали необхідне обладнання для належного навчального процесу, музеї та великі бібліотеки. Щодо професорсько-викладацького складу, жоден навчальний заклад не міг дозволити собі викладачів з повним навантаженням. У гомеопатичних школах кількість навчальних дисциплін відрізнялася. Наприклад, у гомеопатичній школі Ганеманна в Сан-Франциско була відсутня експериментальна фізіологія, оскільки викладач не вірив цій дисципліні. Будівлі навчальних закладів були брудні та занедбані. Деякі школи взагалі оминали назву «гомеопатична», тим самим приваблюючи більше студентів, які вважали, що вступають до алопатичної медичної школи. Тільки у 3 гомеопатичних школах були налагоджені відносини з лікарнями для вивчення клінічних дисциплін. В інших – або студентів не пускали до лікарні, або до лікарняних палат. Ситуація з навчальними диспансерами була катастрофічною. Майже всі навчальні заклади залежали від студентської платні за навчання. А. Флекснер зауважував: «Існуючі гомеопатичні школи – це приклад несумісності науки та доктрини» (Flexner, 1910, p. 158–161);

- *еклектичні школи (8)*. Відсутність уніфікованих вимог для вступу: вимоги або були (початкова або середня освіта), або їх не було зовсім. У жодній з 8 шкіл документи з переліком лабораторного обладнання не відповідали дійсності. Будівлі закладів були майже новими, з маленькими кімнатами для мікроскопічних досліджень, але без відповідного навчального обладнання; у бібліотеках нараховували кілька тисяч старих книг; також було декілька моделей з фундаментальних дисциплін тощо. Також жодна зі шкіл не мала належної бази для навчання клінічних дисциплін. Студентів, зазвичай, відправляли до малих лікарень, де їм приділяли мало часу. Щодо навчальних диспансерів, то ситуація була трохи кращою. Деякі школи мали невеликі кімнати у власних будівлях, деякі винаймали кімнати в лікарнях. Фінансові умови теж були незадовільними: тільки 3 з 8 шкіл мали гідний прибуток, що зовсім не було спрямовано на діяльність закладів (Flexner, 1910, p. 163);

- *остеопатичні школи (8)*. Відсутність уніфікованих вимог для вступу: або свідоцтво про середню освіту, або формальний вступний іспит із гуманітарних дисциплін, за результатами якого вступника все одно приймали. Термін навчання охоплював 3 роки. Остеопати, викладаючи анатомію, фізіологію, патологію, хімію, мікроскопію, зосереджували увагу на порівнянні здорового організму з хворим. Проте в одних школах навчання починалося з вивчення теорії, а потім продовжувалося практичними заняттям, в інших – навпаки. Матеріально-технічна база була недостатньою.

Лабораторії – практично відсутні. Клінічне навчання знаходилося на низькому рівні. У навчальних диспансерах хворі платили за курс лікування студентам та викладачам. Студентська платня за навчання або залишалася повністю в керівництва навчального закладу, або її частину було спрямовано на поліпшення будівель школи та лікарні (Flexner, 1910, p. 163–166);

- *фізіомедична школа (1)*. Відсутність вимог до вступу. Матеріально-технічна база – незначна. Головний фінансовий ресурс – платня за навчання. Викладацький склад – переважно професори. Умови для вивчення клінічних дисциплін – незадовільні (Flexner, 1910, p. 213).

Тож, підсумовуючи діяльність сектантських медичних шкіл, А. Флекснер зазначав, що «через медичні секти, що зараз (на початку ХХ ст. – А. К.) існують у США, населення буде набагато більше страждати, аніж від будь-чого іншого...» (Flexner, 1910, p. 166).

Висновки та перспективи подальших наукових розвідок. Отже, аналіз історико-педагогічної літератури показав, що на початку ХХ ст. у США медична освіта знаходилася у кризовому становищі та потребувала оновлення. Багато американських представників медицини та освітян пропонували свої погляди щодо майбутніх реформ, зокрема Ф. Біллінгз та А. Флекснер. Головною загрозою для медичної освіти в майбутньому вони вбачали у приватних (комерційних) та сектантських медичних школах, метою яких була матеріальна нажива, авторитет та використання таких доктрин, як гомеопатія, еклектизм, фізіомедицина, остеопатія тощо на противагу традиційній (алопатичній) медицині. Відсутність уніфікації щодо вимог для вступу, незадовільна матеріально-технічна база, занедбані будівлі, некомпетентний викладацький склад, низька платня за навчання, майже відсутні практичні заняття, недостатнє клінічне навчання – причини, що протягом ХХ ст. призвели до закриття приватних (комерційних) та сектантських медичних шкіл (окрім остеопатичної, яка функціонує і у ХХІ ст.). Варто також зазначити, що сектантські медичні школи були першими медичними навчальними закладами, що приймали на навчання жінок.

Перспективи подальших наукових розвідок полягають у виокремленні передумов, що спонукали до реформи в медичній освіті на початку ХХ ст. та у висвітленні основних рекомендацій А. Флекснера щодо оновлення медичної освітньої парадигми (за працею «Медична освіта США та Канади. Доповідь для фонду Карнегі щодо поліпшення викладання», 1910 р.).

ЛІТЕРАТУРА

1. Джейнс, В. (2007). *Історія Американської освіти* (Janes, V. (2007). *History of American education*). Retrieved from: <https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/HistoryAmerEdu.pdf>
2. Barzansky, B. M., Gevitz, N. (Eds). (1992). *Beyond Flexner: medical education in the twentieth century*. Westport, CT: Greenwood Press.
3. Billings, F. (1903). Medical education in the USA. *Science*, XVII (437), 761–772.

4. Bonner, T. N. (1995). *Becoming a physician: medical education in Britain, France, Germany, and the United States. 1750–1945*. New York, NY: Oxford University Press.
5. Brown, S. J. (2006). *Getting into medical school: the premedical student's guidebook*. Hauppauge, NY: Barron's Educational Series, Inc.
6. Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Boston, MA: Carnegie Foundation.
7. Gevitz, N. (1987). Sectarian medicine. *JAMA*, 257 (12), 1636–1640.
8. Hirsch, E. F. (1966). *Frank Billings: the architect of medical education*. Chicago: The Printing Department of The University Of Chicago.
9. Ludmerer, K. M. (2010). Commentary: understanding the Flexner Report. *Academic Medicine*, 85 (2), 193–196.
10. Walzer Leavitt, J. (Ed). (1999). *Women and health in America. Historical readings*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.

РЕЗЮМЕ

Куличенко Алла. Состояние медицинского образования США в начале XX в.

В статье внимание сосредоточено на состоянии медицинского образования США в начале XX в. В частности, представлены педагогические идеи Ф. Биллингса касательно улучшения медицинской образовательной парадигмы и взгляды А. Флекснера о ситуации в медицинском образовании. Также установлено, что в Америке кроме аллопатических медицинских школ (учебных заведений традиционной медицины) существовали частные (коммерческие) и сектантские медицинские школы. К последним принадлежали гомеопатическая, эклектическая, физиомедицинская и остеопатическая школы. В исследовании дана краткая характеристика указанных сектантских медицинских школ (по А. Флекснеру).

Ключевые слова: американское медицинское образование, педагогические взгляды, Ф. Биллингс, А. Флекснер, частная (коммерческая) медицинская школа, сектантская медицинская школа, гомеопаты, эклектики, физиомедики, остеопаты.

SUMMARY

Kulichenko Alla. American medical education: situation in the early 20th century.

In the early 20th century, American medical education experienced severe crises and needed upgrading. Many US medical professionals and educators offered their views concerning future reforms, with F. Billings, and A. Flexner among them. For his part, F. Billings proposed many important pedagogical decisions to address the existing problems in education, and two options of duration of medical education – six years and seven years. Moreover, F. Billings and A. Flexner considered proprietary and sectarian medical schools to be a future challenge for the American medical education. Such educational establishments were found for profit and authority. Additionally, these educational establishments practiced such doctrines as homeopathy, eclecticism, physiomedicine, osteopathy, etc., as opposed to allopathic medicine.

The aim of the paper is to highlight the situation in the American medical education in the early 20th century, particularly to focus on proprietary and sectarian medical schools. In this paper, the author deals with such methods as heuristic and bibliographic ones – to identify and systematize historical and pedagogical literature concerning the research; biographical method – to study and analyze the content of F. Billings's and A. Flexner's pedagogical views on to the situation in the American medical education in the early 20th century; pedagogical reconstruction – to reproduce historical and pedagogical reality due to the functioning of proprietary and sectarian medical schools.

According to A. Flexner, there were four types of sectarian medical schools: homeopathic, eclectic, physiomedical, and osteopathic ones. It should be stressed that

sectarian medical schools were the first medical educational establishments that trained women. Nevertheless, proprietary and sectarian medical schools had weak points, such as lack of unification in terms of entry requirements, poor material and technical base, abandoned and dirty buildings, incompetent academic staff, low tuition fee, almost no practical classes, insufficient clinical education, etc. These factors led to the closure of almost all proprietary and sectarian medical schools, with the osteopathic one being the exception.

As for the prospects of further research, we are going to highlight the preconditions of the reform in the American medical education in the early 20th century, and to point out Flexner's recommendations in the context of the medical educational paradigm (based on the work "Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", 1910).

Key words: American medical education, pedagogical views, F. Billings, A. Flexner, proprietary medical school, sectarian medical school, homeopaths, eclectics, physiomedicals, osteopaths.

УДК 37.017.7:375.27(477+438)

Маріола Міровська

Університет ім. Яна Длugoша в Ченстохова
(Республіка Польща)

ORCID ID 0000-0002-4257-1528

DOI 10.24139/2312-5993/2018.06/036-045

ГАРАНТИ І РИЗИКИ ЗДОБУТТЯ СУЧАСНИМ СТУДЕНТОМ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ

Стаття спрямована на вивчення у студентів закладів вищої освіти України та Польщі презентацій вищої освіти щодо власних вимірів сучасності як чинника нагальності перегляду концепції сучасної вищої освіти загалом. Стверджується, що здобуття вищої освіти вже не сприймається сучасним студентом основною умовою власної професіоналізації: у ній вбачається, перш за все, джерело власного розвитку та соціалізації. Констатується, що гарантами здобуття вищої освіти виступають батьки студентів, а також демократичні форми державної та спонсорської підтримки зростання самостійності студента через гранти, конкурси та цільові стипендії, які мінімізують ризики процесів залежності та споживацтва. Перехід закладів вищої освіти на соціалізуючі форми управління освітнім процесом студента видається більш перспективним, ніж пролонгація виховного напряму роботи. Цьому буде слугувати формування простору самоорганізації й посилення процесів студентського самоуправління, актуалізацію якого вже можна спостерігати в польського студентства.

Ключові слова: студент, заклад вищої школи, кроскультурне дослідження, Польща, Україна.

Постановка проблеми. Процеси глобалізації та формування інформаційного суспільства висувають все більші вимоги до сучасної людини: її компетентності, кваліфікованості, грамотності в різних сферах життя, надаючи тим самим їй можливість розширювати свою діяльність у різних соціальних просторах (від реальних до віртуальних). У всі історичні епохи освіта виступала умовою набуття такої здатності, а в контексті