

УДК: 61(07):611

© Пикалюк В.С., Новосельська Н.О., Кірсанова Н.В., 2011

БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС В МЕДВНЗЗах ЧЕРЕЗ ШІСТЬ РОКІВ ПІСЛЯ СТАРТУ: ЩО ПЛАНУВАЛИ І ЩО МАЄМО?**Пикалюк В.С., Новосельська Н.О., Кірсанова Н.В.***ДУ «Державний медичний університет імені С.І.Георгієвського»*

Пикалюк В.С., Новосельська Н.О., Кірсанова Н.В. Болонський процес в медВНЗЗах через шість років після старту: що планували і що маємо? // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 3. – С. 211-213.

В статті з критичної точки зору подається аналіз задекларованих та реальних результатів переходу медичних вузів на кредитно-модульну систему навчання в рамках Болонського процесу. Особлива увага приділена проблемам викладання анатомії людини на стоматологічному та фармацевтичному факультетах.

Ключові слова: кредитно-модульна система, медвнзи, анатомія людини.

Пикалюк В.С., Новосельская Н.А., Кирсанова Н.В. Болонский процесс в меdвузах через шесть лет после старта: что планировали и что имеем? // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 3. – С. 211-213.

В статье с критической точки зрения рассматриваются задекларированные реальные результаты перехода медицинских вузов на кредитно-модульную систему обучения в рамках общемирового Болонского процесса. Особое внимание уделено проблемам преподавания анатомии человека на стоматологическом и фармацевтическом факультетах.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, меdвузы, анатомия человека.

Pikalyuk V.S., Novoselsca N.A., Kirsanova N.V. Bologna process at medical universities after 6 years after implementation: what we have planned and what we have? // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 3. – С. 211-213.

This article is a critical review of the declared and real results of the switching of the medical universities to the credit based modular system of education under world-wide Bologna Process. Particular attention is attended to the problems of the human anatomy teaching on the dental and pharmaceutical faculties.

Key words: credit based modular system of education, medical universities, normal anatomy department.

Банальна істина – успіх практичної медицини, процвітання системи охорони здоров'я держави тримається на успішному функціонуванні трьох рівноцінних складових: професійної освіти, профільної науки і практичної діяльності. І все починається з освіти, з суми знань і умінь, які здобуває вчорашній абітурієнт, сьогоднішній студент у творчому тандемі зі сформованим асистентом, зрілим доцентом, з ведучим науковий пошук аспірантом чи маститим професором, зрілка академіком. Про неї – медичну освіту України і поговоримо.

Загальновідомо, що знання не даються, а беруться через власну інтелектуальну працю. Саме на реалізацію цього принципу і зорієнтована європейська (та світова) система медичної освіти.

У 2005 році, коли поза Болонським процесом залишалось три Європейські держави, Україна юридично задекларувала свій намір до 2010 року втілити на своїх теренах кредитно-модульну систему навчання, яка мала гарантувати високу Європейську якість вітчизняної медичної освіти. Для цього протягом п'яти років було необхідно:

- здійснити перехід на 2 освітньо-кваліфікаційні рівні підготовки лікаря: бакалавр – магістр (без спеціаліста);
- інтегрувати навчальні бакалаврські програми коледжів з навчальними планами медичних університетів, надавши можливість випусникам починати навчання з III курсу;
- забезпечити підготовку лікаря загальної практики (сімейного лікаря) для вирішення проблем первинної медичної допомоги;
- добитися співвідношення у вузі студент - викладач 1: 4(5);
- створити єдині навчально-науково-медичні комплекси з потужною науковою базою;
- перейти на 1,5-3 річну інтернатуру за скороченим списком спеціалізації;
- збільшити % самостійної роботи студентів до 40(60%);
- створити університетські клініки;
- перейти на єдину Європейську порівняльну систему наукових ступенів;

- забезпечити безперервність системи медичної освіти, запровадивши європейську систему післядипломної освіти (введення резидентури);
- втілити у навчальний процес єдину систему залікових одиниць (ЄСТЕ) – Європейську кредитно-трансферну систему оцінювання;
- скоротити робочий тиждень студента до 24-28 годин;
- здійснити перехід з 7 факультетів на 3 за європейським зразком;
- ввести індивідуальні навчальні плани, забезпечити можливість вибору дисциплін та їх розподіл по роках навчання;
- втілити модульно-рейтингову систему навчання і контролю, відмінивши сесії (екзамени);
- розширити можливості студентського самоврядування;
- зменшити кількість дисциплін і аудиторне навантаження, уніфікувавши навчальні плани, назви дисциплін;
- об'єктивізувати оцінювання знань викладачами;
- оптимізувати стипендіальне забезпечення за рахунок надання кредитів.

Що маємо реально на день сьогоднішній?

- Перехід на дворівневу систему підготовки медичних фахівців (бакалавр-магістр) так і не відбувся. Ми продовжуємо готувати молодших і просто спеціалістів, професіоналів з кваліфікаційним рівнем невідомим Європі, як залишилась не адаптованою до Європейської вітчизняна система наукових ступенів та звань;
- інтеграцію бакалаврських програм коледжів з навчальними програмами 1-3 курсів медичних університетів так і не здійснено, а випускники коледжів починають вищу медичну освіту з нуля;
- за п'ять років співвідношення студент-викладач не зменшилось, а вирісло до реальних 1:10 (якщо не враховувати адмінперсонал ВНЗів), а практичне педагогічне навантаження зросло на відсотків 10-15 за рахунок письмових контрольних робіт, тестового контролю, наповнення груп;
- первинна медична допомога на засадах загальної практики – сімейної медицини забезпечена у

сільській місцевості на 45%, а у місті на 8% (!);

- дефіцит лікарів зріс з 15% до 20% і становить 48 тисяч, а кількість держбюджетних місць в медуніверситетах складає менше 50% набору (!);

- так і не створена єдина адаптована до європейської система післядипломної спеціалізації та освіти, постійно міняються терміни інтернатури, кількість спеціальностей в ній;

- збільшення відсотка самостійної роботи студентів, ліквідація екзаменів, та скорочення робочого тижня при мінімальному зменшенні кількості загальноосвітніх дисциплін за наявності катастрофічного рівня підготовки випускників шкіл привели до різкого погіршення рівня знань студентів з фундаментальних та клінічних дисциплін;

- модульно-рейтингова система навчання та оцінювання за відсутності індивідуальних навчальних планів, можливості вибору дисциплін, реальних кінцевих стимулів (при розподілі на роботу), низькому технічному оснащенні кафедр не змінили наявної низької мотивації студентів до набуття знань, не провели до активзації їх освітньої діяльності;

- необхідність проводити модульне оцінювання одночасно в рамках розкладу у великого масиву курсу (та ще й неодноразового) нівелювало статус екзаменатора (як правило, професорів і найбільш досвідчених доцентів) і явно не добавило об'єктивності в оцінюванні;

- так і не відбулася державна уніфікація ні назв та кількості дисциплін, ні єдиних навчальних планів з однаковою кількістю модулів та кредитів; більше того – окремі дисципліни та кафедри (як от топографічна анатомія, оперативна хірургія, фізичне виховання) встигли за цей час ліквідувати та відновити;

- розмова про багатопрофільні базові університетські клініки, де студенти и професори були б не гостями, а хазяїнами, так і залишились у своїй основі прожектами; погоди і фактичного стану речей не змінили задеклароване медичне об'єднання у Тернополі (зі збереженням форм власності кожного зі засновників) та стоматологічний центр у Львові, як і малопотужні платні малопрофільні клініки (чи поліклініки) окремих вузів, які змушені працювати на самоопикуваності без держбюджетного фінансування.

Поетапне втілення задекларованих кроків повинне було гарантувати скорочення робочого тижня студента медуніверситета до 24-28 годин, поглибити мотивацію до навчання, забезпечити системність у роботі студента протягом навчального року, підвищити його активність, внести елемент змагальності та рейтингової об'єктивності оцінювання знань викладачами. В цілому ж успішне втілення елементів кредитно-модульної системи організації навчального процесу за Болонськими засадами повинне було гарантувати в перспективі світову мобільність і конкурентоздатність українських студентів, лікарів, викладачів.

Кредитно-модульна система навчання розрахована на професійно-орієнтованих і мотивованих людей з середньою спеціальною або неповною вищою загальною освітою, які хочуть вчитися медицині і знають як це робити. У нашому варіанті – це випускники шкіл, ліцеїв або ж медичних коледжів (незначний відсоток). Згідно результатів нашого анкетування, майже 90 % першокурсників вибрали медичну спеціальність, орієнтуючись на престижність професії (за їхніми уявленнями про її суть), сімейні традиції, поради родичів і знайомих. Менше 5 % мають реальне уявлення про істинну суть медичного буття через трудові навички санітара, фельдшера чи медсестри. Саме тому є

актуальним створення чи збереження наявних (там де вони є) навчальних комплексів, структурованих по висхідній: базовий ліцей – медичний коледж – університет – медична університетська клініка. Це дасть змогу майбутнім першокурсникам медичних університетів цілеспрямовано і свідомо робити реальні кроки до здобуття майбутньої професії, усвідомити чи хоча б задуматись над прописною істиною, що білий колір медичного халата є символом не тільки фізичної чистоти, а й чистоти душі та помислів.

Українська медицина почала різко здавати свої позиції з того року, коли медичні інститути без будь-яких надзусиль одночасно стали університетами чи академіями (а тепер ще й національними) з правом навчання студентів на розрахунковій основі за кошти фізичних і юридичних осіб. Таку форму навчання можна залишити для стоматологів, фармацевтів, іноземних студентів (гігантський фінансовий масив), але тільки не для вітчизняних лікарів – лікувальників. Закони твердять, що державне фінансування вузу визначається кількістю студентів, а отже 98 чи 99% студентів курсу обов'язково в перший же рік повинні стати студентами курсу наступного! У закордонних університетах цей відсоток сягає не більше 30-40. Але ж за діючими положеннями нашої вищої школи студент, що не виконав курсову програму, відраховується з числа студентів за поданням деканату. А для чого? Чи не простіше такому студенту запропонувати продовжити навчання за індивідуальним планом, але з повним фінансовим відшкодуванням затрат? До речі, в європейських університетах основним документом чи підставою для відрахування є особиста заява студента і аж ніяк не доповідна працівника деканату.

Що зроблено на анатомічних кафедрах і що ще варто зробити? Окремо зупинимось на особливостях викладання нормальної анатомії людини для студентів медичних вузів за кредитно-модульною системою. Якщо на медичних факультетах досвід роботи викладачів та студентів з європейськими принципами має шість років, то на стоматологічному та фармацевтичному факультетах це тільки 2 роки. Тому виникає питання більш ніж відповідей і всі вони потребують обговорення.

Рік тому на кафедрі нормальної анатомії людини КДМУ при переході на болонську систему для студентів стоматологічного факультету весь курс анатомії розділили на 2 модулі згідно з семестрами. Але у 2011-2012 навчальному році більш раціонально ми вважаємо 3-х модульну систему: 1-ий модуль опорно-руховий апарат; 2-ий - спланхологія та серцево-судинна система; 3-ій - нервова система. Перший модуль включає в себе традиційне вивчення скелету, артросиндесмології і міології. Ми надаємо великого значення позааудиторної навчально-дослідницької роботі студентів, тому починаючи з перших занять необхідно є робота з натуральними препаратами (нативні кістки, препаровка суглобів, різних груп м'язів та ін.). Другий починається з вивчення травневої системи. Стоматолог повинен вміти працювати руками, і тому при вивченні зубо-щелепної системи кожний студент вивчає з підручних матеріалів (з мило до гіпсу) повний набір постійних та молочних зубів з усіма їх характерними ознаками, моделює види прикусів, оклюзій, аномалій розвитку зубо-щелепної системи та захищає свою роботу перед групою. Крім цього, обов'язковим є підготовка студентами рефератів, які розширюють обсяг практичного заняття. Це може бути філо- та онтогенез зубів, дані про стан сучасної стоматологіч-

ної допомоги, цікаві клінічні випадки аномалій, варіантів розвитку та вікових особливостей зубощелепної системи. Після вивчення серцево-судинної системи, наприклад, другого модуля, ми ввели інтеграційне заняття, на якому загальною дані по кровопостачанню, венозному та лімфатичному відтоку від органів голови та шиї.

У третьому модулі після вивчення нервової системи ми також ввели два інтеграційних заняття - перше по кровопостачанню, венозному, лімфатичному відтоку і інервації органів голови та шиї, і друге для органів і тканин ротової порожнини. Цим ми намагасмося дещо підкоректувати програму вивчення нормальної анатомії для студентів стоматологічного факультету. Адаже запропонована опорною кафедрою програма для стоматологів практично не відрізняється від програми медичних факультетів, за виключенням 2-ох занять по зубощелепній системі. Але, по-перше, студенти стоматологічних факультетів вивчають анатомію у межах 50-60% від часу вивчення нормальної анатомії студентами медичних факультетів, вкладаючи у два семестри, а по-друге - важко уявити собі ситуацію, коли лікарю-стоматологу може знадобитися досконале знання суглобів стопи, м'язів гомілки або гістотопографічні особливості апендикса. Корінь проблеми у тому, що студенти-стоматологи пострадянських країн навчаються у медичних вузах, а після закінчення них, отримують дипломи з записом про отримання неіснуючої у Європі професії - лікар-стоматолог. Якщо ми прагнемо у європейське (світове) товариство, то і програму підготовки спеціаліста-стоматолога ми повинні будувати на загальноприйнятих принципах і програмах, тобто виводити навчання стоматологів за межі медичних вузів. Якщо ж ми продовжуємо дотримуватися нинішньої системи навчання, то необхідні кардинальні зміни навчальної програми. На наш погляд, необхідно 40-50% навчального часу присвятити ознайомленню з робочими, життєзabezпечуючими та інтегруючими системами у рамках першого семестру, а 50-60% навчального часу впродовж другого семестру присвятити детальному вивченню топографічної області голова-шия із зубощелепною системою.

Не менше проблем із вивченням будови людини на фармацевтичних факультетах. Розширення і реформування системи підготовки і вдосконалення фармакологічних кадрів вищої кваліфікації диктується бурхливо текучим процесом повороту економіки України в сторону ринкових відносин. Наявний в країні потенціал спеціалістів фармакологічного профілю не здатен забезпечити потреби в кадрах пивидкорозвиваємої галузі, що слугує обумовленням для розширення сітки спеціалізованих ВНЗів, факультетів і відділень, які готують таких спеціалістів. Досвід роботи нашої кафедри зі студентами фармацевтами дозволяє нам задекларувати необхідність деяких аспектів реформування навчального процесу в силу об'єктивних причин переходу на болонську систему навчання. Вважаємо, що з метою інтенсифікації викладання, вивчення таких дисциплін як анатомія і гістологія, необхідно їх розділити по базовим кафедрам, збільшивши навчальні години з кожного предмету. Якісне засвоєння фундаментального курсу анатомії людини у рамках вимог, затверджених навчальною програмою, при виділеній кількості годин вважаємо абсолютно неможливим. В якості прикладу можна привести відведений час (7-8 годин), включаючи заняття, лекції та позааудиторну підготовку на вивчення всієї травневої системи. Значення цієї теми для фармацевтів є беззаперечним. Переважна частина

на фармакологічних препаратів надходять per os, їх всмоктування відбувається у кишечнику і, напевно, незалежно від способу потрапляння в організм, всі лікарські препарати проходять "печінковий контроль". Розширення або перенесення годин на вивчення відділів шлунково-кишечного тракту за рахунок тем інтегральних систем абсолютно не допустиме, так як роль в фармакотерапії у фармакокінетиці нервової, серцево-судинної і ендокринної системи не менш важлива.

І напевно, вважаємо актуальною проблемою, яка потребує негайного рішення - украй обмежена кількість навчального анатомічного матеріалу (у тому числі відсутність профільного підручника) для спеціалізованої підготовки лікарів-фармацевтів, клінічних провізорів, які на нашу думку повинні істотно відрізнитися за змістом.

А поки що:

- відсутність належного державного фінансування вузів змушує вжити самостійно, хто як вміє;
- низький поріг мінімальної суми балів при тестуванні перетворюють медичну освіту з елітної у легкодоступне комерційне навчання, що є недопустимим в принципі;
- загальнодержавна демографічна криза, низький рівень підготовки випускників шкіл (вони не вміють і не хочуть вчитися) нівелювали рівень навчального процесу у ВНЗ до критично низького;
- мізерна зарплата породжує прогресуюче старіння професорсько-викладацького корпусу, дефіцит кваліфікованих викладачів.

Держава дуже хоче, щоб ми були у Європі, у єдиній спільноті, єдиною освітньою просторою. Та тільки чомусь забула, що всяке бажання залишається мрією, якщо воно не підтвержене реальними діями. Кредитно-модульна система викладання потребує абсолютно іншого рівня матеріально-технічного забезпечення. При наповненні групи в 15 чи 25 чоловік говорити про індивідуальну роботу з кожним студентом не приходиться. Без комп'ютеризованого індивідуального робочого місця студента з виходом у світову інформаційну систему Internet провести контроль початкового і кінцевого рівня знань на кожній парі, організувати індивідуальну роботу на сучасному рівні, як того вимагають міністерські циркуляри і положення кредитно-модульної системи, просто нереально. Нова система співпраці викладача зі студентом вимагає нового покоління підручників, навчально-методичних матеріалів. У наших ВНЗ давно знівелювані поняття університетської освіти та професійного рівня викладача. Необхідно різко підняти статус професора, завдячуючи кафедрою, диференціювати їхню заробітну плату в залежності від професійного рівня (наукова ступінь, публікації, педагогічний стаж), корінним чином змінивши суть і форму атестації вузівських науково-педагогічних кадрів. Різниця у зарплаті асистента, доцента і професора повинні відрізнитися між собою як рівень їх кваліфікації, а початкова ставка викладача не може бути меншою від середньої зарплати в промисловому комплексі. Високоінтелектуальна праця професора оцінюється у світі аж ніяк не нижче праці сталевара чи менеджера банку. І доки ця закономірність не стане реальністю дня сьогоднішнього, уся українська кредитно-модульна система європейського освітнього простору нагадуватиме національну комедію зіграну у містечковому театрі (українських медичних «університетах») наші професійною трупою з невтішним результатом.

Надійшла 08.09.2011 р.
Рецензент: проф. В.І.Лузін