

**Міністерство науки і освіти України  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»**

**Тетяна Горпініч**

**ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ  
ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ  
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ  
В УНІВЕРСИТЕТАХ США**

Тернопіль  
ТДМУ  
«Укрмедкнига»  
2018

УДК 378:614.253(73)

Г70

*Рекомендовано Вченою радою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
(протокол № 14 від 26 грудня 2018 року)*

**Рецензенти:**

**Заболотна О. А.** – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри іноземних мов Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

**Романишина Л. М.** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії

**Федчишин Н. О.** – доктор педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри іноземних мов ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

**Горпініч Т. І.**

Г70 **Теоретичні основи** професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США : монографія / Тетяна Горпініч; Наук. ред. Анатолій Вихрущ. – Тернопіль : ТДМУ. – 2018. – 408 с.  
ISBN 978-966-673-353-8

У монографії здійснено аналіз становлення й розвитку медичної освіти в США; схарактеризовано зміст, форми, методи організації підготовки медиків у США; проаналізовано основні тенденції та модернізаційні процеси в підготовці майбутніх лікарів; на основі аналізу джерельної бази, зокрема нормативних документів та робочих програм, вивчено особливості відбору студентів у вищі медичні навчальні заклади цієї країни, критерії та стандарти оцінювання знань студентів; досліджено особливості організації професійної підготовки лікарів на додипломному та післядипломному етапах навчання з акцентом на творчому підході до формування особистості майбутнього фахівця.

Видання призначене для наукових працівників, викладачів, аспірантів, студентів.

УДК 378:614.253(73)

ISBN 978-966-673-353-8

©Т. І. Горпініч, 2018

©ТДМУ, «Укрмедкнига», 2018

# ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
<i>Розділ 1. ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УНІВЕРСИТЕТАХ США .....</i>	<i>10</i>
1.1. Історіографія проблеми підготовки лікарів в університетах США .....	10
1.2. Історичний генезис професійної медичної освіти в США.....	32
1.3. Періодизація розвитку американської вищої медичної освіти .....	57
Висновки до першого розділу .....	89
<i>Розділ 2. УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ США .....</i>	<i>95</i>
2.1. Система основних понять у контексті дослідження професійної підготовки лікарів у США.....	95
2.2. Традиції управління медичною освітою в США .....	116
2.3. Оптимізація управління діяльністю у ВНЗ США медичного профілю ...	136
Висновки до другого розділу .....	155
<i>Розділ 3. СУЧАСНА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ОСВІТА США ЯК ПЕДАГОГІЧНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ .....</i>	<i>159</i>
3.1. Підготовка викладачів до професійної діяльності в медичних університетах США .....	159
3.2. Дидактичні основи викладацької діяльності у вищих навчальних закладах медичного профілю в США .....	187
3.3. Система підвищення кваліфікації викладачів .....	216
Висновки до третього розділу .....	233

<i>Розділ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ</i>	
СТУДЕНТІВ .....	239
4.1. Компетентнісний підхід у підготовці лікарів у медичних школах США .....	239
4.2. Розвиток системи цінностей майбутніх лікарів в університетах США .....	276
4.3. Сутність та специфіка професійного вдосконалення випускників університетів в умовах резидентури .....	297
Висновки до четвертого розділу .....	308
ВИСНОВКИ .....	312
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	322
ДОДАТКИ .....	361

## ВСТУП

За останні роки у системі медичної освіти та наданні медичних послуг в Україні відбулися складні трансформації на законодавчому, теоретичному, організаційному рівнях. У 2019 році затверджено Стратегію розвитку медичної освіти [168], що, незважаючи на суперечливу реакцію освітянської спільноти та громадськості, схвально оцінено міжнародними експертами. Головна мета згаданого документа – врахувати вимоги компетентнісного підходу, підвищити якість освіти, конкурентоспроможність випускників вищих навчальних закладів медичного профілю і, відповідно, поліпшити рівень надання медичних послуг. В умовах удосконалення системи медичної освіти відповідно до соціально-економічних реалій українського освітнього середовища особливої значущості набуває коректне використання досвіду світових країн-лідерів, зокрема, США.

Медицина належить до тих галузей людської діяльності, де рівень якості є надзвичайно важливим. США першими у світовому освітньому просторі усвідомили цю закономірність. Це мало важливе історично-педагогічне підґрунтя. Виражені процеси інформатизації та глобалізації, характерні для постіндустріального суспільства, що базується на знаннях, супроводжувалися глибокими змінами в культурному й економічному розвитку. Індустріальне суспільство, що спиралося на інтенсифікацію процесів усіх сфер суспільно-економічного життя, поступово перейшло на якісно новий рівень, дієздатність якого залежить від створення, поширення і використання інформації, тобто від рівня освіти людей, їх творчості, професіоналізму, готовності до нових викликів. По суті, суспільство вступило в новий період знань, де основним стратегічним ресурсом, потрібним для економічного зростання, став компетентний фахівець.

У Сполучених Штатах Америки ці ідеї стали пріоритетними. У другій половині ХХ століття економічне лідерство країни забез-

печувалося, в основному, здатністю використовувати нові знання, здобуті за підсумками фундаментальних досліджень, а також у розробленні нових технологій. Створені в країні умови тривалий період забезпечували імміграцію найкращих фахівців з усього світу. У результаті, за кількості населення всього 5 % від загальносвітового рівня, в США працювала майже третина загальносвітової кількості фахівців науково-технічного профілю і публікувалося 35 % всіх наукових статей світу [174, с. 13].

Якщо в 1900 році США посідали перше місце у світі за фінансуванням з розрахунку на одного учня (США – 50 руб. 80 коп., а Росія – 1 руб. 20 коп.) [30, с. 34], то в наш час фінансування з розрахунку на одного студента перевищує в США 20 тисяч доларів на рік.

Окремі особливості медичної освіти США (акцент на інтеграції наукових досліджень в навчальному процесі, індивідуалізований підхід до планування професійного зростання кожного студента, суттєве фінансування фундаментальних досліджень та університетів загалом з державного бюджету і приватних джерел, впровадження концепції безперервної медичної освіти) сприяли значним досягненням американської освіти і науки. Наприклад, США є світовим лідером за кількістю Нобелівських лауреатів. Від 1901 до 2018 року Нобелівську премію отримали 375 американців (на другому місці Велика Британія – 129 лауреатів), з них 103 – у галузі фізіології або медицини [384].

Прагнення України щодо інтеграції в світовий культурний та економічний простір як пріоритетного напрямку державно-освітнього розвитку, у тому числі і в питаннях медичної освіти, зумовлює потребу творчого осмислення позитивного теоретичного і практичного досвіду в цій галузі західних країн, зокрема США, система вищої медичної освіти яких може бути моделлю у багатьох управлінських, організаційних, дидактичних аспектах.

Багато українських вчених вивчали особливості системи вищої освіти країн Заходу. Порівняльно-педагогічні дослідження з окремих аспектів розвитку освіти за кордоном висвітлено у працях Н. Абашкіної [1], Н. Бідюк [18], А. Вихруща [29], О. Заболотної [58],

Л. Зязюн [65], О. Ігнатюк [70], В. Кеміня [80], Н. Кучумової [99], О. Локшиної [107], О. Матвієнко [116], Н. Муқан [124], О. Огієнко [130], Л. Пуховської [150], Г. Терещука [176], Н. Федчишин [189], М. Чепіль [200], О. Янкович [213] та інших науковців.

Підготовку педагогічних працівників за кордоном вивчали Н. Авшенюк [4], Я. Бельмаз [14], І. Задорожна [59], Т. Кучай [98], М. Лещенко [104], Л. Пуховська [150], А. Сбруєва [71], А. Соколова [164]. Особливості професійної освіти досліджували Н. Бідюк (підготовка бакалаврів-інженерів) [19], Г. Воронка (післядипломна економічна освіта) [34], Л. Віннікова [31], О. Пічкар [144] (підготовка фахівців соціальної роботи); професійну орієнтацію учнів у середній школі – Н. Балацька [11], Т. Гурман [47], О. Калитка [76]; екологічну освіту в середніх школах – Г. Марченко [114], альтернативну середню освіту – І. Ветрова [28], моральне виховання в університетах – О. Зарва [61], формування гуманітарної культури – С. Федоренко [188]. Окремі аспекти медичної освіти в англомовних країнах висвітлено у працях українських і зарубіжних дослідників – М. Арапова [9], Т. Бокової [20], Ф. Вартаняна [25], Т. Гіббса [402], Дж. Джонстоуна [221], І. Іванчук [67], С. Куртоні [422], Л. Логуш [106], К. Магрламової [110], В. Маллінсон [387], І. Пантюка [137], М. Сакса [155].

Проблеми модернізації системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини та професійну підготовку сімейних лікарів в Україні досліджували Ю. Вороненко [143], Є. Латишев [101], Б. Лемішко [102], Г. Лисенко [33], В. Москаленко [109; 120], Л. Пасієшвілі [138], М. Тимофієва [179] та інші. Професійну підготовку медичних, стоматологічних і фармацевтичних працівників у різні часи опрацьовували Т. Волосовець [32], О. Гуменюк [46], Р. Іваненко [69], Л. Кайдалова [74], Ю. Поляченко [117], О. Уваркіна [185], Я. Цехмістер [196].

Окремі аспекти розвитку медичної освіти в Україні та за кордоном розкрито у розвідках українських науковців. Зокрема, питання професійної підготовки майбутніх лікарів висвітлено у працях І. Булах [24], Ю. Вороненка [33], О. Грандо [40], О. Ісаєвої [72], В. Ка-

закова [135], О. Кравченко [93], З. Масної [115], М. Мруги [123], Л. Остапюк [134], І. Погорілої [145], Л. Сігасвської [159], Н. Стучинської [169], О. Талалаєнко [54], А. Царенко [195], О. Юдіної [209] та інших. Шляхи удосконалення навчальної діяльності студентів у вищих медичних навчальних закладах досліджували В. Абрамович [2], М. Банчук [12], О. Волосовець [140], Л. Груша [44], К. Косенко [51], С. Поплавська [147], С. Скляр [160], О. Толстанов [182], А. Циганенко [197], М. Шегедин [205] та інші; наукові дослідження з питань становлення й розвитку медичної освіти в Україні провели Л. Клос [83], С. Треумова [183] та інші.

Закономірності та принципи організації освітньої системи в США розкрито в багатьох українських наукових розвідках. Питаннями організації самостійної роботи студентів вивчали Т. Бондар [22], А. Наконечна [125], І. Сулим-Карлір [170]. Особливості застосування інформаційних технологій у вищій школі США висвітлювали Н. Кіяновська [81], В. Корнієнко [91]. Організацію дистанційного навчання в університетах США описано в працях О. Малярчук [111], Р. Шаран [203], Б. Шуневич [207]. Проблеми інклюзивної освіти знайшли своє відображення у дослідженнях А. Аріщенко [10], Т. Бондар [21], М. Захарчук [62].

Питання освіти дорослих висвітлено у працях Н. Бідюк (навчання безробітних) [18], Н. Терьохіної (неформальна освіта дорослих) [177], І. Литовченко (корпоративна освіта) [105], Н. Чаграк (освіта людей похилого віку) [198], Проблеми оцінювання знань студентів [63] і діяльності викладачів [64] вищих навчальних закладів висвітлено у розвідках І. Зварич. Загальні виклики і тенденції розвитку вищої освіти з історичної та сучасної перспективи знаходимо у працях І. Бахова [13], О. Калініної [77], О. Клонцак [82], Я. Пилинського [141], О. Пономаренко [146], І. Козубовської [86], О. Романовського [153], Л. Сень [157], О. Тарасової [173], О. Теренко [175], К. Шихненко [206]. Американський досвід організації системи вищої медичної освіти вивчали Л. Дудікова [53], Ю. Козаченко [85], А. Куліченко [96], Л. Манюк [112], Н. Симоненко [158], О. Яшан [214] тощо.



Незважаючи на масштабність і важливість наявних наукових розвідок, важливі системні теоретичні та практичні аспекти вищої медичної освіти США, які є цінними в умовах реформування національної освітньої системи, досі не було розкрито.

Аналіз наукових джерел уможливило виокремити низку суперечностей між:

- значущістю вищої медичної освіти у системі охорони здоров'я і втіленням цієї проблеми в освітній політиці України;
- потребою у застосуванні зарубіжного досвіду в Україні для підвищення якості медичної освіти та недостатністю теоретичного та методичного обґрунтування цього процесу в українській педагогічній науці;
- динамічним процесом реформування медичної освіти в Україні та фрагментарністю організаційного та науково-методичного забезпечення у сфері університетської освіти;
- сучасними вимогами модернізованого ринку праці до якості освіти випускника медичних вишів й обмеженістю можливостей їх задоволення на основі сучасних підходів до професійної підготовки лікарів.

Зважаючи на викладене вище, вважаємо, що дослідження теоретико-організаційних засад професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США збагатить українську педагогіку новими ідеями, підходами, фактами, що сприятимуть розвитку і модернізації національної системи медичної освіти.

# **Розділ 1**

## **ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УНІВЕРСИТЕТАХ США**

### ***1.1. Історіографія проблеми підготовки лікарів в університетах США***

Вивчення теоретичних і прикладних аспектів різних галузей педагогічної науки має важливе практичне значення для подальших перспектив її розвитку, ретроспективного аналізу окремих проблем педагогічної теорії і практики. Ці фактори зумовлюють потребу в систематизації педагогічної інформації, понять і термінів, виявленні їх специфічних рис, визначенні ролі в розвитку сучасної педагогічної науки. Уся сукупність педагогічно-історіографічних джерел становить джерельну базу педагогічної історіографії. Методологічні принципи її формування закладені в наукових працях О. Адаменко, Д. Раскіна, О. Сухомлинської, М. Ковальського тощо. Загалом, вони полягають у тому, що первинна інформація повинна походити з різних джерел, має бути достовірною, взаємодоповнюваною, відображати всі аспекти предмета дослідження тощо.

Аналіз українських та закордонних наукових праць кінця ХХ – початку ХХІ століття, які стосуються проблем розвитку вищої освіти в США, дає підстави стверджувати про наявність значного теоретичного та емпіричного досвіду в цій галузі. Беручи до уваги зазначені вище міркування, вважаємо, що джерельну базу пропонованого дослідження можна поділити на дві групи:

- а) наукові розвідки вітчизняних дослідників;
- б) праці зарубіжних авторів.

Першу групу наукових робіт становлять докторські та кандидатські дисертації українських дослідників, монографії, наукові статті в періодичних виданнях, тези доповідей на конференціях, симпозіумах, семінарах.

Загальне розуміння закономірностей розвитку історико-педагогічної науки дають праці С. Гончаренка, М. Євтуха, В. Кременя, Н. Ничкало, О. Сухомлинської та ін. Порівняльно-педагогічні дослідження з окремих аспектів розвитку освіти за кордоном здійснили Н. Абашкіна, Н. Авшенюк, Н. Бідюк, А. Вихруц, О. Заболотна, Л. Зязюн, В. Кемінь, О. Локшина, О. Матвієнко, Н. Муқан, О. Огієнко, Л. Пуховська, А. Сбруєва, Н. Федчишин, М. Чепіль та інші вчені. У контексті нашого дослідження актуальними є наукові праці, у яких представлено порівняльний аспект вивчення освітніх систем різних країн – О. Квас, М. Пантюка, О. Савченко, Л. Пуховської, Л. Чулкової.

У межах вітчизняної педагогічної науки дослідження, релевантні для означеної нами проблеми, можна умовно поділити на три підгрупи. Перша підгрупа зосереджує увагу на вивченні методів, прийомів навчання й виховання в діахронічному й синхронічному аспектах, дослідженні форм та методів контролю тощо. Друга підгрупа зорієнтована на вивчення особливостей навчання людей різних вікових, соціальних, етнічних груп та професійної підготовки фахівців певної галузі, тобто акцентує увагу на студентів як суб'єктів освіти. Третя підгрупа охоплює наукові розвідки, присвячені загальним тенденціям розвитку освіти, її управлінню, забезпеченню та контролю якості освіти, фінансуванню вищих навчальних закладів (ВНЗ) тощо.

Зупинимось детальніше на розгляді наукових досліджень у межах кожної підгрупи. До першої підгрупи досліджень ми віднесли наукові праці, метою яких було дослідити окремі аспекти навчання й виховання у вищій школі США. Питаннями організації самостійної роботи студентів займалися А. Наконечна, Н. Симоненко, І. Сулим-Карлір. Особливості застосування інформаційних технологій у вищій школі США вивчали В. Корнієнко, Н. Кіяновська,

Л. Манюк, І. Чуричканич. Організацію дистанційного навчання в університетах США описано в працях Н. Андрущенко, М. Кривоніс, О. Малярчук, Р. Шаран, Б. Шуневич. Проблеми інклюзивної освіти знайшли своє відображення в дослідженнях А. Аріщенко, Т. Бондар. Трансформаційні процеси американської освіти досліджено І. Гушловською.

Друга група наукових досліджень найчисленніша. Питаннями підготовки педагогічних працівників різного профілю в університетах США займалися І. Бондарук, Н. Величко, О. Волкова, Н. Гілей, Я. Гулецька, Т. Данилишена, Л. Завялова, Т. Капітова, О. Коваленко, М. Кривоніс, Т. Ларіна, Н. Муқан, М. Нагач, О. Орловська, К. Рибачук, О. Садовець, І. Самойлюкевич, Л. Сень, Л. Смально, С. Шандрук, Н. Щур. Проблема професійної підготовки соціальних працівників присвячено дослідження Л. Віннікова, О. Дуб, О. Ольхович, Н. Собчак, М. Шапаренко, З. Шпеник. Освітою фахівців економічного профілю займалися Н. Войнаровська, Г. Воронка, О. Наугольникова, Л. Огнівко, аграрного – О. Вощевська, О. Сиротіна, філологічного – О. Зіноватна, М. Іконнікова, О. Мартинюк, В. Сливка, О. Стрельченко, технічного – О. Дубовик, М. Мокра, управлінського – С. Бурдіна, А. Врадій, О. Ельбрехт, Н. Косенко-Белінська, В. Палінчак, А. Шевченко, туристичного – Л. Чорна.

Питанням освіти дорослих присвячено праці Н. Бідюк (навчання безробітних), О. Василенко, Н. Терьохіної, (неформальна освіта дорослих), І. Литовченко (корпоративна освіта), Н. Чаграк (освіта людей похилого віку), О. Чугай (підготовка педагогічного персоналу для освіти дорослих). Досвід США в організації роботи з обдарованою молоддю вивчали О. Бевз, Л. Мішіна, К. Новикова, Н. Садова, П. Тадеєв, Н. Яковенко. Особливості розвитку жіночої освіти розкрито в дисертаційних дослідженнях Н. Горук, О. Теренко.

У межах третьої підгрупи наукових досліджень центральне місце займають праці, які стосуються проблем забезпечення якості вищої освіти. Питаннями моніторингу якості освіти в США займалися О. Андрушина, О. Калініна, Т. Олендр. Проблема оцінювання знань студентів ВНЗ присвячено розвідки І. Зварич. Загаль-

ним викликам та тенденціям розвитку вищої освіти з історичної та сучасної перспективи присвячено праці І. Бахова, О. Калініної, О. Клонцак, Я. Пилинського, О. Пономаренко, Л. Сідун, О. Теренко, К. Шихненко. Особливий інтерес становлять дослідження, які висвітлюють основні тенденції розвитку окремих галузей вищої освіти США (Т. Бондар (тенденції розвитку самоврядування в освіті), В. Бондаренко (тенденції розвитку аграрної освіти), Г. Головченко (тенденції розвитку медіаосвіти), В. Ільїна (тенденції розвитку вищої економічної освіти), Т. Капелюшна (тенденції розвитку технологічної освіти), Н. Каширіна (тенденції гуманітаризації екологічної освіти), Н. Кікіна (тенденції розвитку кредитно-модульної системи навчання), Т. Кошманова (розвиток педагогічної освіти), Н. Мартиненко (тенденції розвитку інформаційно-комунікаційних технологій навчання), О. Мілова (тенденції постмодернізму в освіті США), Я. Пилинський (тенденції розвитку освіти мігрантів), Н. Подолянська-Калько (тенденції розвитку мовної освіти), Л. Сідун (тенденції розвитку полікультурної освіти)).

Зупинимося на детальному розгляді окремих дисертаційних досліджень, результати яких релевантні в межах нашого наукового пошуку. Трансформаційні процеси у вищій школі США впродовж останніх десятиліть досліджено О. Стойкою. Авторкою розкрито сутність основних реформ, які стосувалися нових видів фінансової допомоги студентам (гранти для студентів із малозабезпечених сімей, збільшення суми грантів Пелла, реформа студентських позик та ін.), підготовки абітурієнтів до вступу у ВНЗ, вдосконалення дистанційної освіти, розширення доступності освіти, питань навчання етнічних меншин, гендерної рівності, академічної мобільності студентів, наближення вищої школи до ринку праці, зміцнення її зв'язку з промисловістю, вдосконалення кредитно-модульної системи та елективної системи формування навчальних програм. Ученою здійснено типологію інституційних перетворень у вищій школі США та чинних моделей управління трансформаціями, обґрунтовано основні напрями творчого використання досвіду США в освітньому просторі України [166].

Система управління якістю освіти у вищих навчальних закладах США стала об'єктом дослідження О. Калініної. Дисертація присвячена аналізу системи керування якістю освіти у ВНЗ США. Авторкою узагальнено теоретичні та організаційні основи управління якістю освіти у вищих навчальних закладах США, зосереджено увагу на основних підходах до управління якістю вищої освіти, які представлено в ретроспективі й сучасній інтерпретації. Дослідницею виявлено, що інституційний рівень управління є головним у системі управління якістю вищої освіти в США, оскільки вона має децентралізований характер. Інституційна система управління якістю будується на основі моделей управління якістю, адаптованих до умов вищої освіти. Вона виступає інструментом для самооцінки ВНЗ, допомагає визначити пріоритетність дій, спрямованих на інституційне вдосконалення, забезпечує базові критерії для порівняння. Авторка доводить, що всі американські університети націлені на постійне вдосконалення свого функціонування, залучення всього персоналу до аналізу процесів та розробки стратегії їх удосконалення. Для українських ВНЗ дослідниця рекомендує впровадження систем управління якістю освіти на базі моделей, зорієнтованих на постійне вдосконалення якості освіти, удосконалення взаємодії ВНЗ з соціальною інфраструктурою, підвищення професіоналізації кадрів управління в галузі освіти, формування стійкої культури якості, забезпечення доступності й відкритості інформації про інституційну діяльність [77].

Дисертаційне дослідження Н. Пацевко присвячено комплексному аналізу розвитку теорії та практики навчання в Сполучених Штатах Америки. Авторкою визначено основні фактори, які вплинули на розвиток теорії та практики навчання в цій країні, тенденції розвитку дидактичної думки в США, виділено й охарактеризовано основні етапи становлення та розвитку теорії та практики навчання в США першої половини ХХ століття; досліджено вплив теоретичних педагогічних концепцій на розвиток практики навчання. До найбільш важливих тенденцій розвитку теорії та практики навчання в США авторка відносить: домінування філософії

прагматизму та соціал-конструктивізму; демократизацію та гуманітаризацію навчального процесу; усвідомлення дитини як активної учасниці процесу навчання, яка отримує знання в результаті реконструкції власного досвіду у взаємодії із навколишнім світом на підставі практичної діяльності; науковий підхід до вирішення проблем навчання з опорою на експериментальні методи дослідження; пріоритетність інтересів та потреб студентів, що активізує розвиток диференційованого навчання з використанням індивідуального підходу; прагнення до оптимізації цілісного розвитку дитини як головної мети освіти [139].

Дисертація Т. Олендр стосується аналізу системи моніторингу якості природничо-наукової освіти в університетах США. Дослідниця обґрунтовує основні етапи розвитку моніторингу вищої освіти США; визначає структуру моніторингу та особливості його проведення в процесі професійної підготовки фахівців природно-наукового профілю в американських університетах; виділяє критерії та показники його якості щодо чотирьох складових (якість знань суб'єкта освітнього процесу, якість надання освітніх послуг, якість процесу надання цих послуг, якість результату діяльності освітньої системи). Також авторкою визначено сутність, етапи, види, напрями, рівні, основні методи та форми організації моніторингу. Виділено прогресивні ідеї американського досвіду проведення моніторингу якості освіти, які можна рекомендувати при реформуванні вищої освіти в Україні [131].

У своєму дисертаційному дослідженні І. Зварич характеризує історико-педагогічні основи оцінювання якості освіти в США. Авторкою визначено педагогічні принципи оцінювання якісного рівня знань студентів у ВНЗ США, здійснено аналіз педагогічних підходів до стандартизованого оцінювання знань студентів, виявлено його особливості за умов практично-навчальних ситуацій. Вагомим внеском дослідниці у сучасну педагогічну науку є розробка рекомендацій щодо оцінювання знань студентів в українських навчальних закладах. На підставі порівняльно-педагогічного аналізу встановлено важливу роль підходів до стандартизації процесу оцінювання знань

студентів у вищих навчальних закладах, що забезпечують об'єктивність, обґрунтованість, науковість і переконливість діагностики якісних показників професійної підготовки студентів [63].

Педагогічні засади соціальної роботи зі студентською молоддю в сучасних ВНЗ США досліджено в дисертації В. Тименко. На підставі вивчення літературних джерел і документів США дослідником а) охарактеризовано теоретичні основи соціальної роботи зі студентською молоддю; б) висвітлено американський досвід надання соціальної допомоги студентській молоді в умовах ВНЗ; в) проаналізовано суспільні вимоги до суб'єктів управління соціальною роботою зі студентською молоддю; г) розкрито основні тенденції в системі професійної підготовки соціальних працівників до роботи зі студентською молоддю в США. Дослідниця здійснює порівняльний аналіз соціальної роботи зі студентською молоддю у вищих навчальних закладах США та України [178].

Теоретичні засади полікультурної освіти студентської молоді в сучасних університетах США досліджено Я. Гулецькою. Авторкою охарактеризовано концептуальні підходи до визначення суті поняття цієї освіти, визначено її генезис у США (1960-ті роки – сьогодення), висвітлено особливості полікультурної освіти студентів педагогічних факультетів в університетах США. Дослідницею визначено зміст, форми та методи підготовки студентів до професійної діяльності у полікультурному середовищі, вивчено чинники впливу на розвиток полікультурної компетентності студентів американських університетів, розроблено методичні рекомендації щодо полікультурної освіти студентської молоді в університетах України. Дослідниця доводить, що полікультурна освіта студентської молоді є засобом формування загальнолюдських цінностей молодого покоління, умінь жити в полікультурному суспільстві та вирішувати глобальні проблеми людства [45].

Особливості організації дистанційного навчання в університетах США досліджено О. Малярчук. Авторка аналізує основні передумови розвитку дистанційного навчання за умов постіндустріального суспільства і його характерні особливості, наводить характе-



ристику розвитку різних форм навчання на відстані, починаючи з найдавніших часів, аналізує дистанційну освіту як науково-теоретичний і практично-освітній феномен. У праці також розглянуто організаційно-методичні та технологічні засади дистанційного навчання, основні форми організації дистанційної освіти та базові технології навчання, провідні моделі, кадрові та змістові характеристики дистанційного навчання в системі вищої гуманітарної освіти США, алгоритм проходження дистанційного курсу студентом, характеристики процесу акредитації з метою використання позитивного досвіду в організації дистанційного навчання в гуманітарних ВНЗ України [111].

Комплексному аналізу проблем реформування загальної середньої освіти в США 1950-х – 1990-х років присвячено дисертаційне дослідження М. Шутової. Авторкою визначено філософсько-методологічну основу розвитку загальної середньої освіти в США, здійснено періодизацію цього етапу в історії американської освіти. Дослідницею охарактеризовано суперечності розвитку загальної середньої освіти в США, що зумовили необхідність реформ, визначено стратегічні завдання стандартизації, диференціації й гуманізації шкільної освіти США, проаналізовано концептуальні засади її модернізації, а також здійснено порівняльно-педагогічну характеристику основних тенденцій розвитку американської та української шкільної освіти в контексті входження в світовий освітній простір, описано досвід творчого застосування позитивного американського досвіду реформування шкільної освіти в Україні [208].

Генеza загальної середньої освіти США стала об'єктом дослідження Ю. Правдівцевої. Авторка здійснює спробу висвітлити етапи історичного розвитку системи загальної середньої освіти США в період передінформаційного суспільства – кінець XIX – 80-і роки XX століття, виділяє специфічні для періоду аспекти змін та реформ, які дозволяють скласти певне уявлення про переваги та недоліки на шляху створення чинної моделі освітньої програми для американської нації [148].

Дисертаційне дослідження О. Єгорової присвячено питанням розвитку позашкільної освіти в США. Авторкою здійснено аналіз теоретичних основ розвитку позашкільної освіти в США, охарактеризовано історико-педагогічний генезис функціонування й розвитку американської позашкільної освіти, розкрито сучасні організаційно-педагогічні засади позашкільної освіти в США за нормативно-правовою, структурно-організаційною, освітньою, кадрово-педагогічною та фінансово-матеріальною складовими забезпечення [57].

Питанням шкільної освіти присвячено праці Т. Фаласеніді. Дисертаційне дослідження авторки стосується розвитку та надання педагогічної підтримки учням із гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США, окреслення перспектив упровадження прогресивних ідей зарубіжного досвіду в Україні. Учена характеризує сучасну систему інклюзивної освіти в США, висвітлює специфіку її реалізації для учнів із гіперактивним розладом через надання педагогічної підтримки в загальноосвітній школі, аналізує роль і значення індивідуальної навчальної програми для учнів із гіперактивним розладом [187].

У межах нашого дослідження праці М. Шутової, Ю. Правдівцевої, О. Єгорової, Т. Фаласеніді цінні тим, що в них охарактеризовано закономірності розвитку освіти в США загалом, що зумовили необхідність реформ, проаналізовано концептуальні засади модернізації освіти в США загалом, а також здійснено порівняльно-педагогічну характеристику основних тенденцій розвитку американської та української освіти.

Проблемам розвитку медичної освіти в зарубіжних країнах присвячено дослідження Г. Кліщ, В. Москаленко, О. Огієнко, І. Паламаренко, Ю. Поляченко (медична освіта в Німеччині та Австрії), Л. Логуш (медична освіта в ЄС), О. Альперн, О. Копанська (медична освіта в Польщі). Комплексного системного дослідження медичної освіти в США досі немає. Спираючись на згадані дослідження, що вивчають проблеми розвитку вищої медичної освіти, ми виокремили певні доробки вчених, у яких висвітлені питання вищої медичної освіти в США.

Досвід підготовки сімейних лікарів за кордоном, у тому числі в США, аналізує в своїх працях Г. Стечак [165]. Питанням формування комунікативної культури майбутніх медсестер у медичних коледжах США присвячено наукові розвідки Ю. Гребеник. У працях авторка аналізує та порівнює комунікативні аспекти навчальних планів і програм медичних коледжів США [41].

Досвід організації додипломної медичної освіти у світі, зокрема в США, та перспективи його впровадження в Україні досліджують Ю. Чайковський, Л. Хламанова [199]. Правові аспекти професійної підготовки лікарів у США досліджено в працях Я. Радиш та П. Кузьмінського. Автори висвітлюють теоретичні засади й практичні підходи до оптимізації системи державного управління правовою підготовкою медичних працівників в Україні на основі досвіду США [151].

Питаннями формування інституту резидентури на Заході займаються Г. Луньова, Л. Погоріла, О. Завадецька, О. Олійник. Автори здійснюють порівняльну характеристику системи навчання в резидентурі США та Європи, пропонують шляхи покращення навчання на додипломному етапі в Україні [132].

Узагальнимо результати досліджень розвитку американської вищої, в тому числі медичної освіти, в таблиці 1.1.

**Таблиця 1.1. Перспективні ідеї розвитку медичної освіти в США в працях вітчизняних авторів**

<b>Автори</b>	<b>Ідеї</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
Братко М. [23]	Розробка стратегічних рішень на базі досліджень та об'єктивної інформації про стан вищої освіти
Єгорова О. [57], Стойка О. [167], Фаласеніді Т. [187], Тименко М. [178], Голубкова Н. [38]	Широкое партнерство закладів освіти з громадою, державою, неурядовими організаціями тощо, громадська відкритість та орієнтація на зовнішні стандарти якості вищої освіти
Єгорова О.	Комплементарний підхід, що проявляється у поєднанні навчання, виховання, розвитку і соціалізації школярів і студентів в освіті

Продовження табл. 1.1

1	2
Егорова О.	Впровадження інноваційних моделей, пілотних проектів
Егорова О.	Розвиток і застосування інструментарію для перевірки ефективності і якості освітніх програм, їх зв'язку з результатами
Стойка О., Гулецька Я. [45]	Елективна система формування навчальних програм, яка неодноразово зазнавала трансформації, проте і сьогодні є елективно-детермінованою і називається системою керованої і контрольованої факультативності; високий рівень гнучкості та варіативності
Стойка О.	Типологія інституційних перетворень у вищій школі США: перетворення 1-го і 2-го порядку, еволюційні і революційні, адаптивні й генеративні, активні і реактивні
Стойка О.	Орієнтація студентів на практичне застосування отриманих знань
Стойка О., Фаласеніді Т., Пацевко Н. [139], Шутова М. [208]	Врахування індивідуальних особливостей студентів у процесі навчання
Олендр Т. [131]	Органічне поєднання зовнішнього та внутрішнього напрямів моніторингу якості вищої освіти
Зварич І. [63]	Варіативність педагогічних підходів оцінювання знань студентів
Олендр Т.	Здійснення моніторингу якості освіти за чотирма основними складовими: якість навчальних досягнень суб'єктів освітнього процесу; якість об'єкта надання освітніх послуг; якість процесу надання освітніх послуг; якість результату діяльності освітньої системи
Олендр Т., Цехмістер Я. [196]	Відкритість результатів моніторингу як засобу мотивації студентів до навчання, а також

1	2
	отримання суспільством інформації про якість освіти, інформаційна відкритість
Олендр Т.	Багатокомпонентна система оцінювання діяльності ВНЗ незалежними агенціями
Гулецька Я., Шутова М.	Інтеграція загальнонаукової, гуманітарної та професійної галузей підготовки студентів університету, міждисциплінарний підхід
Малярчук О. [111]	Значна роль дистанційного навчання в здобутті вищої освіти
Калініна О. [77]	Бачення університетів як комерційних корпорацій
Гребеник Ю. [42], Стечак Г. [165]	Акцент на комунікативній підготовці фахівців

З-поміж зарубіжних джерел, релевантних у межах нашого дослідження, передусім слід виокремити книги, монографії, статті, дисертаційні дослідження, пов'язані з американською практикою організації медичної освіти.

Значна кількість американських вчених вивчала історичні, організаційні, методологічні і методичні аспекти вищої, в тому числі медичної освіти США. В узагальненому вигляді ідеї провідних американських вчених щодо становлення вищої, в тому числі медичної освіти в цій країні наведено в таблиці 1.2.

**Таблиця 1.2. Перспективні ідеї розвитку медичної освіти в США в працях зарубіжних авторів**

Автори	Ідеї
1	2
Б. Бейлін [235], Е. Кабберлі [287], Р. Ренсом [429], Дж. Мартін [392]	Усвідомлення освіти як джерела соціально-економічного зростання як окремої людини, так і нації загалом
Е. Кабберлі [288], Дж. Мартін [392], Г. Чемберлін [264], С. Баллі [237]	Залучення громадськості та сімей до вирішення освітніх питань

1	2
Н. Вебстер [491], Дж. Дьюї [296]	Студентоцентризм, індивідуалізація та диференціація навчання
Дж. Дьюї [296], В. Джеймс [364], Ч. Біерд [241], М. Біерд [241]	Прикладний характер освіти, акцент на експерименталізм
В. Джейнс [365], Дж. Спрінг [452], Р. Монро [411]	Децентралізованість освіти США
Дж. Гутек [344], Б. Урбан [483], Дж. Вагонер [483], У. Джейнс [365]	Демократичність освіти США, прагнення зробити «систему освіти Америки народною, тобто створеною народом і для народу»
Л. Кремін [285], Н. Гьюїтт [349], Дж. Монтгомері [412], Дж. Спрінг [452], С. Тьюксбері [466]	Розгалужена система ВНЗ, яка стала результатом прагнення популяризувати освіту серед різних соціальних, національних і вікових груп населення
М. Д'Інносенцо [290], Дж. Сайрефман [290], Н. Глейзер [336], Л. Кремін [285], Б. Вайсс [493]	Мультикультуралізм як суспільна доктрина, побудована на ідеї інклюзивності і спосіб вирішення проблеми забезпечення громадянських права в ході надання освітніх послуг під час зростання імміграції

У працях зарубіжних науковців розглянуто теоретичні та практичні питання навчання лікарів. Так, досліджено історичний розвиток та сучасний стан функціонування й реформування системи підготовки майбутніх лікарів у Європі (Б. Гастел (B. Gastel), Р. Дейв (R. Dave), С. Куртоні (S. Curtoni)); розвиток вищої медичної освіти Австрії (Дж. Голдіє (J. Goldie)); особливості розбудови медичної освіти Польщі (Д. Дзевуляк (D. Dziwulak), Р. Пахоцінські (R. Pachocinski), А. Яновські (A. Janowski)).

Реформи підвищення якості в медичній галузі Великої Британії вивчали Дж. Джонстон (J. Johnstone) [367], В. Малінсон (V. Mallinson) [387], Т. Свонвік (T. Swanwick) [463]. Вищу медичну

освіту в США досліджували у своїх працях К. Чест (С. Chest) [266], А. Сікурел (А. Cicourel) [267], Г. Грант (G. Grant) [342], Е. Пенья-Долгун (Е. Peña Dolhun) [423]). Авторами розглянуто проблеми розроблення навчальних планів для студентів медичного профілю [289], формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів [302; 329], оптимізації взаємин між лікарем і пацієнтом [372; 440], розвитку лідерських якостей у медичній професії [456]. Учені ретельно розглядають окремі аспекти, тенденції, проблеми та особливості підготовки лікарів у США. Проте, як і у випадку з українським науковим доробком, серед зарубіжних праць не знаходимо цілісного системного аналізу галузі вищої медичної освіти в синхронічному та діахронічному аспектах.

Усебічне дослідження історії американської освіти від доколониальних часів до сучасності представлене у фундаментальній праці американських істориків освіти В. Урбана та Дж. Вагонер. Аналізуючи основні етапи, автори забезпечують об'єктивний огляд кожного періоду в розвитку американської освіти на фоні національних та світових подій. Це перше масштабне дослідження колонізаційних індіанських традицій, зокрема освітніх. Окрім цього, вчені зосереджують увагу й на вивченні освіти національних меншин та жінок. Важливість дослідження також полягає в тому, що значна частина уваги сфокусована на вивченні основних суперечностей американської освіти ХХІ століття [483].

У тісному взаємозв'язку з історичними подіями розглядає становлення освітньої системи США Л. Д. Вебб. У дослідженні американської вищої освіти автор пропонує нову методологію інтерпретації значення історичних подій для освіти, яка полягає в критичному осмисленні читачем описаних подій та явищ [490].

Досліджуючи історію американської освіти, Д. Боерс зображує еволюцію американської історії освіти з 1630 року до теперішнього часу. Книга зачіпає питання впливу ідеології на формування суспільної свідомості через освіту, зокрема, як керівництво країни на різних етапах її розвитку за допомогою освітніх важелів формувало громадську думку. Автор виокремлює п'ять загальних напрямів сус-

пільного життя – філософію, політику, економіку, соціальні науки та релігію – у взаємозв'язку яких відстежено розвиток як суспільства, так і освіти в США. Особливу увагу зосереджено на вивченні загальносуспільних тенденцій розвитку США та їх проявах у межах політичної, економічної, освітньої системи країни [252].

У фундаментальному дослідженні В. Джейнса «Історія американської освіти» [365] проаналізовано, як розвивалася освіта в ширшому контексті американської та світової історії. Автор показує, яким чином Війна за незалежність призвела до найшвидших, відомих в історії, перетворень в освіті, роль церкви в скасуванні рабства й започаткуванні шкіл для колишніх рабів, роль кризи, пов'язаної із запуском радянського супутника, у стимулюванні фінансових федеральних видатків на галузь освіти, значення перших рухів за громадянські права для залучення до цієї галузі федерального управління. Автор покладається на оригінальну документацію, листування, звітність, що нівелює суб'єктивність дослідження, яка часто наявна в історико-педагогічних розвідках.

Особливу увагу зосереджено на освіті окремих груп населення, наприклад, корінних американців, латиноамериканців, жінок, осіб азійського походження, афроамериканців, аналізується різниця в освіті на півночі й півдні. У ході цього стають зрозумілими механізми створення рівних освітніх можливостей для всіх американців, починаючи від перших пуритан, які заохочували до навчання корінних американців, від запровадження спочатку благодійних, а згодом загальноосвітніх шкіл і аж до концепції «важлива кожна дитина». Праця В. Джейнса допомагає зрозуміти, що проблема забезпечення рівних можливостей виникла не у XX столітті, а дає нам змогу побачити в історичній перспективі варіанти її вирішення, пропоновані протягом століть.

Важливим чинником у формуванні системи вищої освіти В. Джейнс вважає політичну ситуацію в країні. Зокрема, автор аналізує розбіжності між ліберальною та консервативною філософськими течіями в освіті, які беруть свій початок із праць перших європейських мислителів, обговорює більш сучасний поділ на лівих



і правих, висвітлює реформи, що здійснювалися демократами та республіканцями тощо.

Дж. Телін, дослідник історії вищої освіти США, зосереджує увагу на дослідженні документаційної бази американської освіти. Зокрема, автор аналізує історико-педагогічне значення таких документів як Хартія Коледжу Род-Айленда, Акт Моррілла, Солдатський біль про права. Дослідник вивчає життя студента американського ВНЗ в ретроспективі, починаючи з 1700-х років і до нашого часу, акцентуючи увагу на основних аудиторних та позааудиторних формах роботи, вивчає записи професорсько-викладацького штату, щоб забезпечити цілісну картину існування ВНЗ в різний час [471].

Роль освіти у формуванні сучасного американського суспільства в цілому детально схарактеризована в широковідомих роботах таких американських дослідників, як М. Лернер, Д. Берстін. Зокрема, Д. Берстін досліджує вплив вищої освіти на «середнього американця» як найкращу можливість для його максимального духовного й соціального розвитку [254]. М. Лернер у своїй монографії «Розвиток цивілізації в Америці», розглядаючи основну функцію вищої школи з точки зору передачі спадщини культури, підкреслює і життєву необхідність прискорення переходу університетів США зі співтовариства інтелектуалів в збори професійних шкіл, з особливим чином підібраними колективами викладацьких та дослідницьких кадрів [380].

Проблемі державного регулювання вищої освіти в США присвятили свої роботи Д. Генрі, Г. Браун, О. Хендлін, Дж. Бен-Девід, К. Конрад. Автори дають в цілому позитивну оцінку діяльності федерального уряду щодо ВНЗ США під час світової економічної кризи 1929-1933 років і Другої світової війни. У своїй книзі «Проблеми минулого й сьогодення» Д. Генрі також наголошує на тому впливі (насамперед психологічному), який здійснила криза на американських викладачів та студентів. Г. Браун у роботі «Вища освіта в США» визначає основні принципи управління й фінансування університетів США в кінці ХІХ – першій половині ХХ століття.

Комплексні дослідження вищої медичної освіти США – поодинокі. Натомість знаходимо достатню кількість праць, присвячених окремим аспектам зазначеної проблеми.

Особливе значення відіграло дослідження сучасного стану медичної освіти, здійснене П. Денсеном. Автор досліджує внутрішні та зовнішні проблеми, що стоять перед студентами медичного профілю. Основними внутрішніми проблемами, на думку дослідника, є потреба концентрації уваги на захворюванні при відносно незначній увазі до поведінки пацієнта, суперечностях між навчанням у стаціонарних та амбулаторних умовах, надмірну сфокусованість викладацького персоналу на дослідженнях на молекулярному або субмолекулярному рівні, залишаючи поза увагою більш фундаментальні дослідження. Зовнішні проблеми включають експоненціальний ріст знань, пов'язані з ним технологічні інновації та соціальні зміни. Вирішення цих проблем, на думку автора, потребує чіткого інституційного лідерства [294].

Проблема формування лідерських якостей у студентів медичного профілю є однією з найбільш актуальних у сучасній американській науці. Питанням формування лідерських якостей випускників медичних шкіл присвячено дослідження К. Стівенса. Авторка обґрунтовує необхідність формування таких якостей для професійної діяльності лікаря: прийнятті рішень, розвитку почуття відповідальності, вмінні творчо підходити до вирішення професійних завдань. Основні шляхи формування таких якостей дослідниця вбачає через упровадження спеціалізованих курсів у навчальні плани та через інтеграцію окремих завдань у вивчення основних дисциплін [456].

Питанням сімейної медицини присвячено дисертаційне дослідження М. Лі-Пой, сфокусоване на взаємодії сімейного лікаря та пацієнта. Авторка доводить необхідність поінформованості сімейного лікаря про релігійні та філософські погляди пацієнта як важливого чинника для встановлення особистісного контакту, полегшення встановлення діагнозу та підвищення рівня комфорту обох сторін [379].

Дисертаційне дослідження Дж. Бейлі присвячене вивченню подвійних програм, які пропонуються в медичних школах США [234]. Автором досліджено наявність в американських медичних школах представників різних расових та етнічних меншин, доведено, що диспропорція в етнічному розмаїтті в межах медичних ВНЗ призводить до зниження якості освіти. На прикладі Університету Каліфорнії дослідник розглядає роль подвійних програм, які надають додаткові можливості працевлаштування, у розширенні освітніх можливостей для різних національностей США. Цінність цього дослідження полягає у вивченні додаткових можливостей, які пропонують подвійні програми медичної освіти.

Дисертаційне дослідження С. Рітц присвячено аналізу рівня сформованості почуття відповідальності в студентів старших курсів медичних шкіл. Автор доводить визначальну роль гуманітарних дисциплін у формуванні відповідальності студентів-медиків, аналізує, як суспільна ідеологія, культурне оточення впливають на цей процес. Пропонуючи альтернативний навчальний план студентам контрольних груп, який передбачає акцент на формуванні почуття відповідальності, дослідник отримує позитивні результати щодо необхідних педагогічних умов формування професійної відповідальності [442].

У межах дослідження післядипломної освіти цінною є праця М. Малака, у якій автор вивчає шляхи оптимізації практичного досвіду студентів хірургічного напрямку після завершення післядипломної освіти. У ході експериментального дослідження автор доводить, що при переході до практичної діяльності майбутніх хірургів, окрім власне форм роботи, важливу роль відіграє мікроклімат в окремому закладі, культурні особливості певного суспільства. На думку автора, вирішальне значення має правильне цілепокладання – досягнення результату лікування та уникнення можливих ускладнень [386].

Стратегію активної взаємодії досліджено в праці Л. Янез. Автор вивчає вплив взаємодії дослідницького й викладацького штату на ефективність здобуття медичної освіти студентами, доводить необхідність залучення майбутніх лікарів до наукових пошуків. Проте

найбільше уваги вчений фокусує на мікроприйомах активної взаємодії на рівні лекцій, семінарів, практичних занять у клініках та навіть на перервах. Активна взаємодія між викладачами та студентами, різними рівнями організації університету та методи імерсії показали високу ефективність у ході професійної підготовки лікарів [501].

Цінним є дослідження К. Салліван, присвячене аналізу навчальних планів медичних шкіл США. Авторка досліджує вплив Звіту А. Флекснера, важливого програмного документу, який відіграв значну роль у реформуванні вищої медичної освіти в США, на становлення сучасної освітньої системи в галузі охорони здоров'я. Дослідниця наголошує на тому, що вдосконалення освітньої системи є постійною потребою кожного суспільства, враховуючи швидкий характер змін у сучасному світі. На думку вченої, головне реформування повинне зачепити не стільки методи та прийоми навчання, скільки зміст освіти. За приклад авторка ставить американські медичні школи, які, переглянувши так звану «класичну адаптивну модель», своєчасно внесли до своїх навчальних планів вивчення таких курсів, як медична етика, культурологія, ділове спілкування, формування лідерства тощо [461].

Неперервну медичну освіту, зокрема перспективні напрями її розвитку в США, досліджено в праці М. Бейкера. Автором доведено визначальну роль інституту акредитації в цьому питанні, зокрема показано значення відповідних організацій з акредитації на зростання професійного рівня фахівців у галузі медицини. Окрім цього, учений зосереджує увагу на фінансуванні та технічному забезпеченні як важливих шляхах оптимізації неперервної медичної освіти [236].

У дисертації А. Вінсон досліджено процеси адаптації медичної професії до соціальних змін шляхом реформування. Як зазначає авторка, організація медицини стрімко змінилася впродовж останніх 60 років від системи, керованої постачальником, до системи, керованої споживачем. Дослідниця зазначає, що впродовж останніх десятиліть у суспільній свідомості відбулося зрушення в сторону індивідуалізму з нівелюванням ролі соціальних інститутів. На протигагу нинішньому культурному тренду авторка намагається звернути ува-

гу академічної спільноти на те, що сучасна освіта повинна бути сфокусована не лише на особистості студента, а й на суспільних умовах його життя та навчання, які мають на меті формування певного типу лікаря. Дослідниця стверджує, що те, який тип лікаря прагне підготувати медична школа, є ключовим фактором для розуміння шляхів адаптації медичної професії до більш значних змін у суспільстві. Виходячи з цього, авторка наголошує на ролі особистості викладача у формуванні компетентного фахівця, оскільки саме особистість викладача є взірцем та мірилом для майбутнього лікаря [487].

Проблеми формування лідерських якостей у контексті підготовки лікарів, зокрема в США, досліджено в праці А. Саксени. На думку автора, складний характер організацій охорони здоров'я та медичних ВНЗ, відмінність у їх цілях (клінічна служба проти освіти), організаційній структурі та необхідність забезпечення ефективних і гармонійних взаємин цих двох типів закладів створюють складне середовище, у якому необхідним стає ефективне керівництво освітою. Аналізуючи основні компетентності, виклики та стратегії забезпечення ефективності медичної освіти, на які робиться акцент у сучасному освітньому середовищі, автор за допомогою контент-аналізу виділяє п'ять напрямів формування лідерських компетентностей, які включають особистісні та міжособистісні характеристики, навички ефективного керівництва, дієвого менеджменту, надання медичної освіти, навички дослідника. Аналізуючи діяльність управлінських кадрів у низці університетів, дослідник встановив, що лідери в галузі медичної освіти найчастіше стикаються з трьома типами проблем: особисті та міжособистісні проблеми, включаючи ефективне управління часом та власними проблемами; організаційні проблеми, зокрема ті, що пов'язані з діяльністю установ (налагодження взаємодії між працівниками, ефективний розподіл обов'язків та повноважень); міжорганізаційні проблеми, які пов'язані із взаємодією з іншими установами [445].

Досліджує навчальні програми медичних університетів США Д. Фолз. Як зазначає авторка, соціальні фактори, котрі впливають на здоров'я населення, є не менш визначальними, ніж біологічні ме-

ханізми. У сучасній медицині фокус змістився з постановки проблеми «хвороба-терапія» на більш широке розуміння захворювання як результату психологічних та соціально-економічних факторів. Саме усвідомлення цих чинників американськими студентами аналізує дослідниця. Вивчивши навчальні плани 26 університетів США, авторка виокремила навчальні дисципліни, у ході яких студенти знайомляться з соціальними факторами, які впливають на здоров'я пацієнтів, та зацентрувала увагу на необхідності холістичного підходу як до лікування хворих і профілактики захворювань, так і до навчання майбутніх лікарів [321].

Важливим історико-педагогічним дослідженням є дисертація Р. Маккарті, присвячена реформуванню медичної освіти США на початку XX століття. Автор аналізує передумови реформ (надмір медичних шкіл, які мали за мету отримання прибутку, а не підвищення якості освіти, низька якість медичної освіти, відсутність академічних методів та прийомів навчання студентів-медиків), описує характер реформ та оцінює їх наслідки (зниження кількості медичних шкіл із паралельним перетворенням наявних шкіл в крупні установи при університетах, запозичення передового клінічного та освітнього досвіду з країн Європи, покращення фінансування медичних шкіл, розширення навчальних планів, упровадження інституту інтернатури та резидентури) [397].

Низку досліджень присвячено вивченню післядипломного етапу медичної освіти, що демонструє наявну тенденцію надання важливого значення цьому періоду професійного становлення лікаря. Так, значна кількість сучасних досліджень стосується оптимізації підготовки студентів-медиків на етапі резидентури. Зокрема, дослідження Д. Людке присвячене питанням режиму праці в американських клініках щодо необхідності дотримання норм часу з метою зниження перевтоми лікарів резидентури та потенційного ризику для пацієнтів [385].

Рівень фахової підготовки слухачів резидентури досліджено в праці А. Еліуса. Автор вивчає педагогічні умови формування професійної компетентності резидентів, порівнює готовність до професій-

ної діяльності в лікарів-резидентів, медсестер та асистентів лікарів [312].

Отже, аналіз праць, присвячених вивченню різних аспектів системи медичної освіти в США, свідчить про те, що:

- значний інтерес для вітчизняних і зарубіжних науковців становлять загальні питання формування системи медичної освіти: її становлення, модернізація та реформування на різних етапах розвитку;
- у багатьох розглянутих нами наукових дослідженнях висвітлено не лише теоретичні засади, а й практичний досвід (методи, прийоми, технології) в освітніх закладах США медичного профілю;
- у проаналізованих нами працях представлено різні аспекти окресленої проблеми, зокрема: культурологічний, соціально-політичний, педагогічний, економічний, психологічний, юридичний, історичний, методичний та інші;
- нині актуалізуються питання підготовки фахівців, конкурентоспроможних на ринку праці, впровадження більш досконалих стандартів підготовки лікарів;
- підвищення якості медичної освіти пов'язане з потребою у висококваліфікованих спеціалістах, які мають бути підготовленими до відповідальної професійної діяльності, подальшого неперервного навчання в умовах сучасної економіки та світової інтеграції;
- досвід організації медичної освіти США, відображений у доробку американських науковців, є цінним для осмислення та запозичення його позитивних ідей іншими країнами, зокрема Україною.

З'ясовано, що медичну освіту в США як педагогічний феномен цілісно проаналізовано не було, незважаючи на незаперечну практичну цінність досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців. Вивчалися різні її аспекти, але комплексний підхід до її дослідження поки що відсутній. Кількість наукових розвідок, де система медичної освіти США була б представлена як цілісна у її постійному розвитку, є недостатньою.

## ***1.2. Історичний генезис професійної медичної освіти в США***

Сучасні зміни в системі вищої освіти України, трансформації в межах ВНЗ, які спрямовані на вдосконалення їх організації, вимагають вивчення проблеми розвитку освіти світових країн-лідерів, зокрема США. Вивчення історичного досвіду розвитку освіти мотивує до дотримання класичних моделей проведення історико-педагогічних досліджень (О. Аніщенко, Н. Гупан, О. Адаменко, А. Вихрущ, С. Гончаренко, О. Локшина, О. Сухомлинська, А. Пугач). Аналіз статистичних джерел і численних архівних матеріалів, наукових досліджень дозволяє говорити про необхідність переосмислення сформованих поглядів щодо шляхів розвитку американської системи освіти з метою оцінки соціальних наслідків освітнього й культурного процесу.

Основою історико-педагогічного дослідження, на думку О. Сухомлинської, є джерельна та джерелознавча база й способи її опрацювання. Проте науковець зазначає, що в історико-педагогічних дослідженнях часто простежується ненаукове ставлення до джерельної бази, оскільки вчені посиляються на популярні енциклопедії, антології, хрестоматії, навчальні посібники, підручники, науково-популярну літературу, які не можуть розглядатися як джерела. У межах історико-педагогічного дослідження першочерговими є писемні й архівні джерела, розлога система посилань, критичний аналіз свідчень, наративна форма репрезентації досвіду [171, с. 3].

Як зазначає Г. Лесик, за своєю сутністю історико-педагогічне дослідження є інноваційним, оскільки дозволяє зосередитися на здобутках та сприяє реформуванню освітнього сектору. Також такі дослідження сприяють прогнозуванню перебігу освітніх реформ [103, с. 73].

Як зазначає Е. Панасенко, основою історико-педагогічного дослідження та наукового апарату є його концепція [136, с. 14]. Слідом за Е. Панасенко, у межах нашої роботи ми розглядаємо концепцію



історико-педагогічного дослідження як систематизовану конструктивну ідею, що утворилася в результаті певного способу розуміння та трактування історико-педагогічного явища, феномену, процесу.

У структурі джерельної бази історико-педагогічного дослідження О. Адаменко виділяє три групи джерел: джерела, що дозволяють розробити методологію дослідження; джерела, що є теоретичною основою дослідження; першоджерела [5, с. 11].

Відштовхуючись від класифікації О. Адаменко, у межах нашої розвідки до першої групи відносимо праці вітчизняних та зарубіжних учених, присвячені висвітленню проблем методології історико-педагогічного та порівняльно-педагогічного дослідження. До другої групи належать аналітичні статті та міждисциплінарні дослідження вітчизняних та зарубіжних учених, які вивчали американський досвід організації медичної освіти, різні її аспекти та особливості. Третю групу джерел становлять документальні джерела – тексти нормативно-правових актів у галузі освіти, статuti ВНЗ, протоколи засідань координаційно-контролюючих організацій, звіти керівних органів освіти, стенограми нарад, статистичні дані, тексти промов діячів освіти, науки, політики.

Як зазначає Е. Лагеманн, історико-педагогічне дослідження є головним джерелом і стимулом до саморефлексії. Щоб правильно організувати його та розглянути історію науки й практики, з одного боку, як соціально зумовленого єдиного цілого, а з іншого – як багатовимірного, багатовекторного, різнорівневого явища, необхідний вихід на сучасний теоретико-методологічний рівень. На цьому етапі наявне історико-педагогічне знання покликане отримати концептуальне оформлення, що розкриває логіку розвитку педагогіки як науки й соціальної практики, що представляє відповідну систему детермінант і закономірностей. Усе різноманіття виховних та освітніх явищ повинно бути синтезовано і об'єднано в цілісність під певним кутом зору [375, с. 10].

М. Арнольд зауважує, що при уважному розгляді історико-педагогічне дослідження охоплює історичний (бо розглядає педагогічні феномени минулого в процесі їх генезису й еволюції), куль-

турологічний (розглядає їх в контексті функціонування й розвитку людської культури), соціологічний (розглядає педагогічні явища в контексті історичної динаміки громадських інститутів, соціальних структур і відносин), і антропологічний аспекти (розглядає їх у контексті дорослішання й розвитку людини в різних історичних умовах), тощо. Це дає можливість використовувати весь наукознавчий і дослідницький досвід і потенціал цих наук [231, с. 49].

Таким чином, у межах нашої розвідки відштовхуватимемося від комплексу методологічних підходів (системний, парадигмальний, історичний, культурологічний, антропологічний, територіальний) та системи методів наукового пошуку (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація, типологізація, інтерпретація, моделювання; логіко-історичний, порівняльно-історичний, хронологічний, метод періодизації; монографічний метод, наукометричний аналіз, контент-аналіз) з метою здійснення історико-педагогічного дослідження системи медичної освіти в США.

Становлення системи вищої освіти США, зокрема професійної медичної освіти, датується першими десятиліттями XVII століття, коли англійці розпочали колонізацію Північної Америки. Відомо, що перші англійські колонії з'явилися на території нинішнього штату Вірджинія (1607 р.) і на берегах затоки Массачусетс (1620 р.). Серед колоністів було багато освічених людей, які отримали освіту в коледжах Англії та прагнули заснувати в новостворених поселеннях освітню систему, яка б задовольняла потреби суспільства й не поступалася власне британській.

У 1636 році керівним органом колонії затоки Массачусетс було вирішено відкрити першу школу й виділити для цього 400 англійських фунтів стерлінгів. 1638 року помер один з авторитетних священнослужителів колонії – Дж. Гарвард (1607-1638), який отримав ступінь магістра мистецтв у Кембриджі в Коледжі Еммануель (Emmanuel College). Згідно із заповітом, Дж. Гарвард залишив школу, яка ще будувалася, половину свого майна – 780 фунтів стерлінгів і 260 книг особистої бібліотеки. Будівництво школи в основному завершилося в 1640 році, а в 1642 році до неї було зараховано перших

абітурієнтів. На честь цієї події і для надання їй особливої значущості поселення Ньюстон (Neweston), у якому було відкрито школу, було перейменовано на Кембридж (Cambridge). Природно, що школу організували за англійською моделлю, а в 1639 році присвоїли їй ім'я Дж. Гарварда й назвали коледжем [60, с. 40].

Основна мета створення цієї школи полягала в навчанні священнослужителів і спочатку тут здійснювали підготовку тільки унітарного й конгрегаційного духовенства. Згодом було відкрито інженерно-технічні та гуманітарні спеціальності. Спочатку управління й навчання здійснювалося священнослужителями. Утримання коледжу відбувалося за рахунок церкви. У 1642 році було затверджено закон (The Massachusetts School Law), який зобов'язував батьків навчати своїх дітей читання та письма, а в 1647 році було прийнято новий закон, згідно з яким у будь-якому поселенні з числом сімей більше п'ятдесяти потрібно було призначити вчителя. У результаті цього в 50-х роках XVII століття загальноосвітні дисципліни зайняли рівноправне становище в коледжі імені Гарварда і його випускники стали з'являтися не тільки в релігійній громаді, а й на адміністративній службі колонії. У цей період коледж отримав назву Університету всіх наук (University of all sciences). Надалі, з появою нових коледжів у Гарварді, назва «університет» почала застосовуватися до об'єднання неоднорідних навчальних закладів [500, с. 37].

У 1707 році було прийнято статут Гарвардського університету. Згідно зі статутом, в університеті сформовано раду піклувальників та адміністративне управління на чолі з президентом. Стала розвиватися просвітницька та наукова діяльність університету, з'явилися друкарня, дослідницькі лабораторії, обсерваторія, гуртожитки та багато інших атрибутів, властивих сучасній вищій школі, а 1782 року було створено медичний факультет.

Попри це, протягом кількох десятиліть темпи розвитку вищої освіти в США не були достатньо швидкими. Так, за весь колоніальний період, до 70-х років XVIII століття було засновано тільки 8 коледжів: Коледж Вільгельма й Марії (William and Mary College) у 1693 році; Ельський коледж (Yale College) у 1701, сьогодні Ельський уні-

верситет; Коледж Нью-Джерсі (College of New Jersey) у 1746 році, який з 1896 року має назву Принстонського університету; Королівський коледж (King's College) у 1754 році, згодом він отримав назву Колумбійського університету; Коледж Філадельфії (College of Philadelphia) у 1755 році, пізніше – Університет Пенсильванії; Коледж Род-Айленда (College of Rhode Island) у 1764 році, далі – Університет Брауна; Куїнс-коледж (Queen's College) у 1766 році, тепер це Ратгерський університет (Rutgers University) в Нью-Джерсі; Дартмутський коледж (Dartmouth College) у Нью-Гемпширі у 1769 році [60, с. 41]. До змісту освіти в університетах входило вивчення древніх мов, таких як латина й давньогрецька, крім того, вивчалися логіка, риторика, історія, фізика, елементарна математика, що поєднувала арифметику, алгебру, геометрію і тригонометрію.

Перший медичний навчальний заклад у США, чи точніше медичний факультет було засновано 1765 року в згаданому вище коледжі Філадельфії. Тоді студентів було прийнято на «курс теоретичної та практичної фізики з лекційним курсом анатомії» [322, с. 1940]. Згодом факультет було перейменовано на Медичну школу Перельмана при Університеті Пенсильванії (Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania). Засновники Медичної школи Дж. Морган та У. Шіппен здобули освіту у Великій Британії та намагалися впроваджувати в новоствореній школі європейські освітні традиції, зокрема освітню систему Единбурзького медичного університету. Вивчалися фахові дисципліни – анатомія, хірургія, акушерство, хімія. У письмовому зверненні до наглядової ради Школи Дж. Морган зазначив, що доречним є прагнення перетворити новостворену Медичну школу у взірцевий навчальний заклад, який стане прикладом для всіх наступних навчальних закладів такого типу. Для цього, наголошував учений, необхідно теоретичний лекційний курс тісно пов'язувати з навчанням біля ліжка хворого, що стало можливим завдяки співпраці з Лікарнею Пенсильванії [413, с. 18].

Упродовж короткого часу після заснування Медична школа почала присуджувати ступені бакалавра та доктора медицини. Одним із найвідоміших працівників Школи був професор Б. Раш. Відомий

учений у галузі психіатрії, він створив при Медичній школі стаціонар для лікування малозабезпечених людей, виступав за надання освітніх прав жінкам, расову рівність.

Загалом, при організації навчального процесу й інші американські коледжі копіювали англійську систему вищої освіти, але не досягали рівня європейських навчальних закладів, становлення яких відбулося у XII-XIII столітті. У 1770-х роках північноамериканські штати здобули самостійність. У зв'язку з розвитком економіки й швидким зростанням населення виникла потреба у великій кількості фахівців, здатних організувати виробництво, сільське господарство, а головне – забезпечити потреби охорони здоров'я і освіти. У результаті цього в системі професійної підготовки фахівців почалися значні перетворення. Уже до 1800 року, тобто за перші десятиліття існування США як незалежної держави, кількість коледжів та університетів збільшилася втричі, а до 1820 року вона становила більше 40. Саме в цей час було сформульовано два основні принципи американської вищої школи: автономія навчального закладу й свобода студентів у виборі предметів і курсів. З'явилася система, за якої кожен коледж оцінював ступінь засвоєння навчальної дисципліни в балах (кредитах), а встановлена навчальним закладом сума балів за сукупністю предметів дозволяла студентам отримати диплом коледжу або університету про вищу освіту. Початок такої практики було введено в Університеті Вірджинії в 1814 році [84, с. 231].

Незважаючи на суттєвий прогрес, така система навчання не вирішувала всіх проблем, що стояли перед освітою. У відповідь на потреби виробництва стали організовуватися спеціальні професійні навчальні заклади. Особливо швидко розвивалася мережа навчальних закладів для підготовки вчителів шкіл. На першому етапі такі освітні установи називалися нормальними школами (normal schools), а згодом – педагогічним коледжами (teacher's college). У період між Війною за незалежність (1775 – 1783 рр.) і Громадянською війною (1861 – 1865 рр.) було створено багато спеціалізованих, професійно-орієнтованих навчальних закладів технічного, сільськогосподарського, морського, військового та інших напрямів. Значна частина

цих закладів освіти існує і тепер. Так, Массачусетський технологічний інститут (Massachusetts Institute of Technology), заснований в 1861 році, досі є одним із лідерів сучасної американської вищої школи. Особливістю становлення вищої освіти в США був приватний характер освітніх установ [84, с. 232].

Відмінність у законодавстві штатів і їх економічному становищі призвела до того, що роль освіти в різних штатах сприймалася неоднаково. Поступово керівництво штатів стало приділяти певну увагу проблемам освіти в цілому. Так, у 1802 році в штаті Огайо було прийнято акт про виділення коштів із власності штату на підтримку шкіл. У 1812 році в Нью-Йорку було відкрито першу школу для керівників. У 1821 році в Бостоні відкрито першу публічну вищу школу. У 1832 році в штаті Массачусетс було створено першу раду штату для управління освітою, а в 1839 році відкрито першу школу для підготовки вчителів, фінансовану штатом. У 1845 році засновано перші асоціації освіти штатів в Род-Айленді і Нью-Йорку. У 1852 році Массачусетс прийняв закон штату про обов'язкову шкільну освіту. Нарешті, у 1857 році засновано національну асоціацію освіти у Філадельфії. Таким чином, стала складатися система державної (public) освіти на противагу системі приватної (private) освіти, яка з'явилася першою.

На початку Громадянської війни в 1861 році 21 університет було фінансовано з бюджетів штатів; ці університети належали до системи державної освіти. Серед них найстарішими є університети штатів Джорджія (1785 р.) і Північна Кароліна (1789 р.). Як правило, фінансове становище приватних університетів було набагато кращим, ніж державних університетів (університетів штатів), але останні надавали багато фінансових пільг жителям штату, що сприяло залученню достатньої кількості абітурієнтів і дало можливість розвиватися таким навчальним закладам. Рівень освіти в державних навчальних закладах був не нижчим, ніж у приватних, хоча науковий потенціал і якість лабораторного обладнання, бібліотек, побутових умов не досягали рівня приватних університетів, вступ до яких здебільшого був зумовлений міркуваннями престижу [471, с. 210].

У 1862 році конгрес США прийняв Акт Моррілла (Morrill Act), внесений до розгляду конгресменом Дж. Морріллом. Згідно з цим Актом, у кожному штаті вищим навчальним закладам безкоштовно було виділено 30000 акрів землі (12000 га) для будівництва та організації навчальних закладів сільськогосподарських та технічних спеціальностей [479]. Попри те, що не всі виділені кошти було використано за призначенням (за рішенням штатів певну їх частину було витрачено на інші потреби, а частина земель потрапила в приватні університети), цей акт істотно вплинув на розвиток системи вищої освіти в США. Крім цього, для виправлення недоліків, виявлених при реалізації Акту, за ініціативою Дж. Моррілла через 10 років було прийнято закон про додаткові асигнування на ті ж цілі.

Для координації робіт у системі освіти в 1867 році було створено Національний комітет із питань освіти (Committee on Education and Labor). А в 1870 році було законодавчо підтверджено право штатів спрямовувати та використовувати податки для створення та організації робіт публічної вищої школи [472, с. 44].

Громадянська війна відіграла певну роль у розвитку медичної освіти в країні, хоча навчальний процес було перервано військовими діями. Більш, ніж половина студентів медичних шкіл долучилися до військової служби [322, с. 1941]. Водночас необхідність лікування поранених і травмованих у ході військових дій підсилила інтерес до лікарської професії та сприяла виокремленню військової медицини в окрему галузь. Окрім того, актуалізувався розвиток інших напрямів медицини. Зокрема, спалахи інфекційних хвороб (дизентерії, тифу) та дитячих хвороб (вітрянки, паротиту, кору) стимулювали пошук методів їх лікування та профілактики, розробку стандартів гігієни та санітарії, а, відтак, упровадження відповідного матеріалу в навчальний курс. Стрімко зросла кількість військових та цивільних лікарень, які потребували кваліфікованих працівників, піднімаючи таким чином престиж лікарської професії.

Із настанням миру наприкінці ХІХ століття система вищої освіти США продовжувала зміцнюватися й розвиватися. Ще у 1847 році створено Американську медичну асоціацію (АМА). У 1876 році

створено Асоціацію американських медичних коледжів (ААМК) і розроблено стандарти освіти, яку надають в медичних навчальних закладах [232].

У великих університетах стали формуватися наукові школи й напрями з фундаментальних та прикладних наук. Науково-технічні досягнення університетів, розширення тематики наукових досліджень привели до зростання асигнувань від державних структур управління освітою, від великих монополій і приватних інвесторів. Прикладом істотної участі монополій у розвитку системи вищої освіти може слугувати Чиказький університет, на розвиток якого Рокфеллери передали 30 мільйонів доларів в 1892 році. Сім'єю мільйонерів Стенфордів в 1882 році було зібрано 20 мільйонів доларів на формування Стенфордського університету, який заснували на пам'ять про померлого сина сім'ї Стенфордів. Відомий підприємець Дж. Гопкінс заповів штату Меріленд 7 мільйонів доларів для заснування університету в Балтиморі. Університет розпочав роботу в 1876 році під назвою Університету Дж. Гопкінса. У результаті цього найбільш престижні університети й об'єднання коледжів перетворилися на великі, сучасно оснащені навчально-наукові центри, які встановили контакти й зв'язки з промисловістю, банківською сферою, з навчальними та науковими закладами Європи, які за рівнем розвитку системи освіти й науки все ще випереджали заклади США. Ці університети стали прообразом галузевих наукових парків, досвід створення яких зараз є найбільш накопиченим у США [142, с. 57].

Однак вища освіта, особливо в елітних приватних університетах, найчастіше не була доступною для широких верств населення США в зв'язку з високою вартістю. У результаті цього на початку ХХ століття виникла й швидко склалася система вищої освіти, яка пропонувала отримання професійно-орієнтованої освіти за два роки навчання й менше. У зв'язку з цим у межах американської традиції будь-яка організація, яка є продовженням шкільної освіти, у США вважається вищою. Перший навчальний заклад такого типу відкрито в 1901 році в штаті Іллінойс – Коледж Джоліет Джуніор (Joliet



Junior College). Далі навчальні заклади такого типу отримали найменування юніор-коледжів (junior college). Практично відразу такі навчальні заклади стали масовими через свою доступність. До середини ХХ століття їх було вже близько 500, а до кінця століття – понад 1000. Разом із професійними училищами (professional school) та системою початкового дворічного навчання в громадських коледжах (community college), особливо сильно розвиненою в 1960-і роки, вони утворили розгалужену мережу навчальних закладів, які надають випускникам шкіл численні варіанти продовження освіти в стислі терміни за прийнятну ціну [60, с. 43].

Спочатку юніор-коледжі копіювали й використовували програму перших двох років чотирирічних коледжів, але з 1907 року в навчальних планах таких коледжів з'явилися елементи професійної підготовки. Надалі характер і зміст освіти в таких навчальних закладах істотно трансформувалися, що привело до виникнення різноманітної системи програм підготовки і, як наслідок, – до розгалуженої системи навчальних закладів різних типів умовно вищого рівня.

Кінець ХІХ – початок ХХ століття характеризується також виникненням мережі професійних організацій, які здійснювали контролюючу та освітню функції. Так, 1893 року було створено Національну лігу медсестринства (National League for Nursing), яка надавала можливість здобуття грантів, проходження атестації та акредитації, професійної комунікації та співпраці.

Важливою віхою у розвитку вищої медичної освіти США стала праця, написана американським педагогом А. Флекснером і опублікована в 1910 році під егідою Фонду Карнегі за поліпшення навчання, відома як Звіт А. Флекснера. У своєму дослідженні автор запропонував положення, які стали основою реформи системи американської медичної освіти та не втратили своєї актуальності і тепер. Зокрема, було запропоновано знизити кількість медичних шкіл зі 155 до 31, натомість ускладнити вимоги для вступу в медичний навчальний заклад, залучати працівників та студентів таких закладів до ґрунтовних наукових досліджень, підсилити контроль держави за ліцензуванням медичних навчальних закладів тощо. Реформаційні

процеси, які відбулися внаслідок публікації Звіту, стали точкою відліку сучасної американської філософії медичної освіти [326, р. 346].

У 1917 році прийнято спеціальні гарантії для професійного навчання в громадських школах, а в 1918 році Комісія національної асоціації освіти з реформування середньої освіти проголосила сім основних принципів, які певним чином вплинули і на зміст початкового етапу вищої освіти [474, с. 312].

Формування ринкових відносин в галузі вищої освіти і освіти в цілому в США супроводжувалося повною відсутністю федерального контролю. У результаті цього діяльність багатьох навчальних закладів відзначалася зловживаннями, елементами обдурювання й шахрайством. У відповідь на це створено недержавні громадські об'єднання фахівців, які працювали у сфері освіти, а пізніше – асоціації самих вищих навчальних закладів. До кінця XIX століття створення таких асоціацій і об'єднань набуло масового характеру. У 1918 році засновано Американську раду з освіти (American Council of Education). Членами цієї організації є навчальні заклади всіх типів, у тому числі вищі навчальні заклади.

З метою боротьби з недобросовісними навчальними закладами, які, по суті, здійснювали продаж дипломів про освіту та документів, що підтверджують присвоєння академічних ступенів, наприкінці XIX століття було створено громадські професійні об'єднання, які вирішували проблему визнання дипломів навчальних закладів та їх акредитації. У шести містах США при найпрестижніших університетах і коледжах добровільно було сформовано регіональні асоціації, які розробили систему критеріїв для визначення рівня навчального закладу. З'явилися списки акредитованих (визнаних) ВНЗ, погоджені федеральним урядом і урядами штатів, які заявили про своє невтручання в процес акредитації для забезпечення автономії університетів [356, с. 654]. У результаті цього визначення типу навчального закладу, характеристика якості освітнього процесу та рівень освіти стали поняттями, які контролювалися й визначалися не тільки владою штату, але й на федеральному рівні. Нарешті, у 1949 році було сформовано Національну комісію з акредитації

(National Commission on Accrediting), до складу якої увійшли президенти 42 університетів [474, с. 493].

Після Першої світової війни стандартна практика проходження стажування по завершенні медичної школи стала загальноприйнятною вимогою для допуску до медичної практики і було створено список затверджених лікарень для навчання інтернів. 1919 року вперше ААМК спільно з АМА проінспектували американські медичні школи. У 1928 році АМА було опубліковано рекомендації для проходження резидентури [426, с. 285].

Якщо Перша світова війна, у якій США не брали активну участь, не зіграла важливу роль у розвитку вищої медичної освіти країни, пандемія грипу стала ключовою для розвитку епідеміології. Американський Червоний Хрест з 1917 до 1923 року організував низку освітніх, просвітницьких та профілактичних програм, спрямованих на боротьбу з такими заразними хворобами, як тиф та туберкульоз, поклавши початок волонтерському руху.

У середині ХХ століття система вищої медичної освіти США зазнала впливу кількох важливих чинників, які мали рішуче значення для її розвитку і вдосконалення. Так, у 1940 році було опубліковано Доповідь Комісії з вищої медичної освіти, у якій уперше описано процес підготовки інтернів та резидентів [340]. Комісію зі зв'язків із медичною освітою було створено в 1942 році [426, с. 285]. Участь США в Другій світовій війні відіграла важливу роль у розвитку медицини й медичної освіти. Упродовж цього періоду відбулося стрімке накопичення знань у галузі трансфузіології, військової травматології, хірургії та опікової хірургії, психіатрії, інфекціології. США надавали потужну медичну допомогу: кров та плазма заготовлялися в США у великих кількостях і відправлялися в замороженому вигляді на фронт, кваліфікованих працівників залучали для служби в спеціально створених операційних бригадах, антибіотики та інші препарати постачалися у військові госпіталі [152].

Паралельно з ростом фінансування й розширенням системи Національних інститутів здоров'я, надбанням нових знань та практичного досвіду у період Другої світової війни стрімко розвивався

навчальна та наукова діяльність у сфері медицини. Здійснювалися дослідження в галузі торакальної та абдомінальної хірургії, травматології, токсикології, фармакології, психіатрії.

Цей період також ознаменувався зростанням соціальної значущості професії медсестри. Загалом ця спеціальність набула популярності наприкінці XIX століття. Школу медсестринства при лікарні Гарпер у Детройті було відкрито 1884 року. Попри це, достатньої кількості навчальних закладів, які б надавали освітні послуги для майбутніх медсестер, не було, й тому на початку війни кількість кваліфікованих медсестер у США була незначною. 1940 року Американською асоціацією медсестер, Червоним хрестом та федеральним урядом було прийнято рішення про необхідність розширення мережі відповідних навчальних закладів та підвищення їх фінансування. Окрім цього, велика кількість жінок різного віку виявляла бажання на волонтерських засадах надавати допомогу у виконанні медичних процедур. У результаті цього 1943 року було створено Медсестринський кадетський корпус США, який пропонував безкоштовні освітні послуги студенткам віком від 17 до 35 років, котрі успішно вступали в навчальний заклад. Підготовка надавалася з чотирьох базових галузей – медицина, хірургія, акушерство й педіатрія. Досвід Медсестринського кадетського корпусу ліг в основу подальшого навчання медичних сестер у США та справив позитивний вплив на утвердження цієї професії.

У повоєнний період вища освіта в США продовжувала стрімко розвиватися. Якщо в час загострення військово-політичної ситуації актуалізується військова медицина, то в мирний час фахівці зосереджуються на інших її галузях. Однією із найважливіших особливостей підготовки майбутніх лікарів у США є особлива увага до професійного формування лікарів сімейної медицини. Як свідчать літературні джерела, у США до середини XX століття майже всі лікарі займалися загальною практикою. Це означало, що вони лікували всі захворювання, враховуючи природу хвороби або статеву приналежність пацієнта. Протягом XIX – початку XX століття схожа ситуація спостерігалася й у країнах Європи.

Збільшення обсягу накопичених знань унаслідок стрімкого розвитку медичної науки дедалі частіше змушувало лікарів спеціалізуватися в якійсь конкретній галузі: лікувати пацієнтів тільки з певним типом захворювань або проводити конкретні види клінічних процедур чи маніпуляцій, наприклад, стоматологічні операції, гінекологічні процедури. Значна частина лікарів надавала допомогу тільки жінками або дітям. Залежно від обраної ними сфери, лікарі почали створювати власні професійні спілки та організації. Спочатку такі об'єднання слугували для соціальної та професійної підтримки лікарів, але поступово вони були перетворені в колегії, наділені правом видавати лікарям дозвіл на роботу за певною медичною спеціальністю. До середини ХХ століття в США налічувалося 24 таких колегії, і дедалі більше американських лікарів, відмовившись від загальної лікарської практики, намагалися отримати сертифікат фахівця у певній галузі. Ця тенденція підкріплювалася соціальними та економічними чинниками: робота лікаря-фахівця вважалася більш престижною, він міг вимагати вищу оплату за свої послуги, ніж лікар загальної практики. До 1950-х років менш, ніж третина випускників медичних ВНЗ США присвячувала себе загальній практиці, причому цей показник продовжував знижуватися. Така ситуація, яка найбільше загострилася до 60-х років, викликала серйозну заклопотаність американського суспільства: виникло занепокоєння, що традиційний сімейний лікар стане рідкістю, і це створить неабияку загрозу для здоров'я нації [35, с. 1].

У 60-і роки відбулися суттєві зміни, які відзначилися значними успіхами в різних сферах життя, у тому числі й у медицині, а також сплеском громадської активності. В академічних колах дедалі наполегливіше звучали думки про необхідність перебудови медичних та освітніх структур з метою зміцнення престижу професії сімейного лікаря. У 1966 році Комітет Віларда (комітет з питань освіти в галузі сімейної медицини, названий за прізвищем свого голови), поряд із двома іншими авторитетними комісіями опублікував доповідь, де рекомендувалося змінити співвідношення кількості лікарів спеціалізованої та загальної практики в США й підвищити якість підго-

товки фахівців у сфері сімейної медицини. Крім того, Комітет Віларда закликав увести в медичних ВНЗ нову спеціальність під назвою «сімейна практика», розробив її концепцію та окреслив відповідну програму навчання.

Повоєнний період надав поштовх розвитку вищої освіти не лише у зв'язку з виникненням нових суспільних потреб, а й через притік молодих людей, які мали потребу в здобутті освіти. Так, у 1944 році урядом США було встановлено освітні привілеї для ветеранів і учасників Другої світової війни прийняттям так званого Солдатського білля про права (Servicemen's Readjustment Act) [328, с. 121]. Для забезпечення їх адаптації до умов мирного життя, а також із економічних міркувань федеральний уряд США виділив освітні кредити, які дозволили значній кількості молодих людей вступити в заклади вищої освіти, принісши з собою до університетів і коледжів необхідні для розвитку вищої школи фінансові ресурси. Загалом, прийняття заходів для адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя стало важливим кроком в освітній політиці США, оскільки саме це стало основою виникнення системи перекваліфікації громадян. Наслідком повернення тисяч ветеранів до коледжів було рішення Комітету з вищої освіти переглянути роль ВНЗ у повоєнній Америці. У результаті цього в 1947 році було опубліковано так званий Звіт комітету Трумена (Truman Commission Report), у якому йшлося про необхідність радикальних змін у системі вищої освіти, створення ширшої мережі громадських коледжів та збільшення вдвічі кількості студентів, зарахованих до коледжів, до 1960 року [365, с. 121].

Інший притік учасників військових дій в університети США відбувся після закінчення Корейської війни. Закон про підтримку перекваліфікації ветеранів (Veterans' Adjustment Act) 1952 року запровадив щомісячну допомогу для учасників війни на навчання. Схожими були пільги й для ветеранів війни у В'єтнамі (Veterans Readjustment Benefits Act of 1966). По суті, обидва документи були логічним доповненням до акту 1944 року, як і наступні поправки, унесені до них після війни в Іраку.

Окремою віхою у формуванні системи вищої освіти в США є боротьба за рівність прав людей різного етнічного та релігійного походження, а також людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями. Так, 1946 року окружний суд Лос-Анджелеса визнав навчання дітей мексиканського походження в окремих шкільних приміщеннях порушенням конституційних прав. 1954 року було законодавчо закріплено право на освіту й темношкірих американців, коли Верховний Суд США визнав «розмежування навчальних приміщень для людей різної раси неприпустимим». У 1964 Конгрес ухвалив Закон про громадські права (Civil Rights Act), який забороняв дискримінацію в громадських місцях, системі освіти, при наймі на роботу. З-поміж інших документів, які декларують рівні освітні права громадян, варто виокремити Закон про освіту індіанського населення 1972 року (Indian Education Act), який закріпив за індіанцями право на всесторонню освіту із врахуванням їх пізнавальних потреб [365, с. 224].

Неодноразово поставало питання також двомовної освіти американського населення. Так, 1963 року однією із початкових шкіл м. Маямі вперше впроваджено двомовну й двокультурну освіту для емігрантів із Куби. Це право було офіційно закріплено Законом про початкову й середню освіту 1965 року (Elementary and Secondary Education Act), який з-поміж усього іншого встановив надходження фінансових фондів до навчальних закладів та бібліотек на придбання літератури про/для дітей іншої раси. Закон про покращення американської школи (Improving America's Schools Act), підписаний Б. Клінтоном 1994 року, який слугував доповненням до Закону 1965 року, декларував збільшення видатків на двомовне і мультикультурне навчання громадян.

Окреме місце в історії формування американської системи освіти займає надання освітніх прав людям з обмеженими можливостями. Так, у 1971 році федеральним судом штату Пенсильванія надано право на безкоштовну освіту дітям із затримкою розвитку [421, с. 84]. Схожі рішення згодом було прийнято і в інших штатах, а в 1975 році врешті-решт було прийнято феде-

ральний Закон про освіту для всіх дітей із обмеженими можливостями (Education for All Handicapped Children Act), який гарантував надання безкоштовної належної освіти дітям із обмеженими можливостями. Реалізацію Закону вимагалось втілити до 1978 року [365, с. 184].

Окрім допомоги та соціального захисту людей із обмеженими можливостями, у США виробилася надійна система освітньої підтримки малозабезпечених людей. Справді, на здобуття освіти держава, університети та численні фонди надають широку фінансову підтримку громадянам. Так, у зазначеному вище Законі про початкову й середню освіту та в Законі про вищу освіту (Higher Education Act) 1965 року йшлося про федеральне фінансування дітей та студентів із малозабезпечених сімей, що згодом ініціювало створення численних освітніх програм. Ці закони забезпечили значну федеральну підтримку освіти.

Ще один істотний поштовх у розвитку системи освіти США відбувся після запуску СРСР першого штучного супутника Землі в 1957 році [365, с. 225]. По суті, Америка пережила шоківий стан, коли перший штучний супутник Землі був запущений не в США, а в СРСР. Дійсно, країна, котра інвестувала в розвиток науки й освіти більше сил і коштів, ніж будь-яка інша країна у світі, відчула, що відстає у сфері, яка відкривала нові технологічні можливості.

У відповідь на запуск СРСР штучного супутника було прийнято низку законодавчих актів, серед яких можна виділити Закон про освіту в інтересах національної оборони 1958 року (National Defense Education Act) [416]. Цей закон прямо визначив основну мету державної політики в галузі освіти – зміцнення військово-технічного потенціалу США. Цей закон сприяв зростанню асигнувань на розвиток фундаментальних наукових досліджень в університетах, залученню висококваліфікованих іноземних фахівців для підготовки національних кадрів та зміцненню матеріально-технічної бази ВНЗ. У 1963 році було прийнято закон про доступність вищої освіти, який санкціонував видачу позик для будівництва коледжів. Закон про професійну освіту (Vocational Education Act) 1963 року виправив і



розширив програми професійної освіти, надавши можливості для поєднання роботи та навчання.

Однак цей великий фінансовий потік не приніс очікуваних результатів, що з'ясувалося на рубежі 70-80-х років. У цьому контексті з'явилося багато публікацій педагогів та дослідників, у яких було проаналізовано тодішній стан системи освіти. Так, у 1975 році в журналі Ньюзвік вийшла стаття під назвою «Чому Джонні не вміє писати» (Why Johnny can't write?), яка підсилила суспільну дискусію про освіченість нації і дала поштовх до так званого руху за «повернення до основ» («back-to-to-basics» movement).

У 1983 році з'явилася доповідь міністра освіти США «Нація в небезпеці» (A Nation At Risk). На основі цієї доповіді було прийнято програму перебудови системи освіти на період до 1990 року, яка включала елементи централізації системи освіти [215]. Однак ця програма також не принесла бажаних результатів [358, с. 16]. У 1991 році було прийнято нову освітню ініціативу, ключовими пунктами якої були:

- а) розвиток стандартів освіти з п'яти основних предметів: англійська мова, математика, природознавство, історія і географія;
- б) розвиток системи національного тестування, результати якого повинні використовуватися при прийомі студентів до університетів і коледжів, а також роботодавцями при прийомі на роботу;
- в) забезпечення можливості отримання вищої освіти й професійне просування на основі освіти, здобутої в школі;
- г) всесвітня фінансова підтримка людей з високими навчальними досягненнями, і тих, хто вивчає предмети основних природничо-наукових напрямів; г) стимулювання бізнесу щодо підтримки некомерційних організацій, які проводять наукові дослідження, і розвиток нетрадиційних підходів до освіти;
- д) федеральне фінансування громад щодо започаткування нової американської школи;

е) створення умов партнерства між освітою і роботодавцями [60, с. 42].

Ця ініціатива зіграла важливу роль у формуванні концепції освіти в США, але й вона не була достатньо ефективною, і наприкінці ХХ століття було оприлюднено «Заклик до дії для американської освіти» президента Б. Клінтона, який проголосив, що для підготовки Америки до ХХІ століття країна потребує сильної, безпечної школи з чіткими, посильними стандартами освіти й високою дисципліною. У заклику йшлося про те, що країні потрібні талановиті висококваліфіковані вчителі у кожному навчальному класі. Будь-яка 8-річна дитина повинна вміти читати, кожен 12-річний американець – вміти користуватися мережею Інтернет, а 18-річний громадянин повинен бути здатний здобувати освіту в коледжі й кожен дорослий повинен мати можливість продовжувати навчання. Заклик Б. Клінтона передбачав:

- а) розробку науково обґрунтованих стандартів і національних тестів, результатом яких після чотирирічного навчання є оволодіння читанням й після восьмирічного навчання – математикою;
- б) спрямування талановитих і кваліфікованих педагогів у кожен клас школи;
- в) допомогу кожному учню в оволодінні вільним читанням до кінця третього року навчання;
- г) розширення залучення батьків до процесу виховання та освіти їхніх дітей;
- ґ) створення безпечної, вільної від наркотиків школи, яка прищеплює основні американські цінності й формує дисциплінованих учнів;
- д) модернізацію шкільних будівель і підтримку їх будівництва;
- е) забезпечення доступності університетів для всіх тих, хто має високі навчальні досягнення й прагне отримати академічний ступінь; забезпечення універсальності освіти для 13-14-річних учнів за прикладом вищої школи;
- є) допомогу повнолітнім у продовженні своєї освіти й вдосконаленні майстерності шляхом перетворення федеральних програм навчання в освітні гранти;

ж) програму підключення кожної класної кімнати й бібліотеки до мережі Інтернет до 2000 року й допомогу всім студентам у залученні до роботи з високотехнологічною інформацією [60, с. 43].

Науково-технічний процес, безперечно, також справив позитивний вплив на формування сучасної концепції вищої освіти в США. Так, у 1971 році було вперше виготовлено й протестовано електронну книгу, навчальний потенціал якої буде відкрито вже в наступні роки. У 1983 році було випущено комп'ютер Apple II, який надав можливість використовувати комп'ютерні ігри з навчальними цілями. У 1989 році в Університеті Фенікса (м. Альбукерке) вперше засновано «он-лайн-кампус», у якому вперше з'явилася можливість здобути ступінь бакалавра та магістра в он-лайн режимі і який став першим і найбільшим приватним університетом Північної Америки. Слідом за Університетом Фенікса в 1994 році було засновано першу вищу школу Комп'юхай Уйтмор (CompuHigh Whitmore), яка надавала послуги он-лайн освіти [365, с. 400]. Таким чином, прогрес в інтернет-технологіях зробив освіту в США доступнішою.

Наступний президент США Дж. Буш оголосив, що першочерговим заходом уряду буде виділення близько 50 мільярдів доларів на розвиток шкільної освіти. Загалом витрати на освіту в США наприкінці ХХ століття склали близько 800 мільярдів доларів на рік, у тому числі витрати на вищу освіту становили близько 220 мільярдів доларів, з них близько 140 мільярдів – частка державного фінансування [60, с. 44].

Однак освітні пріоритети були відсунуті на другий план через проблеми, пов'язані з національною безпекою після терористичних актів 11 вересня 2001 року. Свою роль відіграв і спад в економіці. Головними пріоритетами для держави стали боротьба з тероризмом, гарантування внутрішньої безпеки, підйом економіки й створення нових робочих місць.

З 2003 році підвищення якості середньої освіти залишається провідним напрямком у межах державної політики в галузі освіти [313, с. 52]. У сфері вищої освіти основні заходи сконцентрували-

ся на тому, щоб підтримувати досягнутий рівень доступності вищої школи й по можливості його розширювати. У результаті освітньої політики адміністрації Дж. Буша значно зросли кошти федеральних фондів, спрямовані на освіту, стали більш доступними коледжі. У сфері вищої освіти різко зросли витрати на підтримку вихідців з малозабезпечених сімей (з 7,7 млрд. дол. в 2000 році до 12,7 млрд. дол. в 2005 році) у вигляді «Грантів Пела» (Federal Pell Grants) (до 4 тис. дол. в розрахунку на студента) для продовження або отримання освіти в коледжах або університетах країни.

На перший погляд, освітня політика Б. Обама досить відрізняється від політики попередніх років. Але при більш пильному вивченні стає очевидним, що вона змінилася незначно й ще більше сконцентрувалася навколо нагальних проблем освіти, але в межах абсолютно нових програм. Разом із тим нові програми набувають досить вузької спрямованості, але, як і було раніше, одночасно охоплюють середню та вищу освіту. Підвищення якості середньої освіти під гаслом «Жодної відстаючої дитини», яке згодом трансформувалося у закон «Кожен Студент Досягає Успіху» (Every Student Succeeds Act), прийнятий у 2015 році, залишилося пріоритетним у сфері освіти на період керівництва Б. Обама. У межах проведеної президентом реформи освітньої сфери було запропоновано зупинити підвищення процентів на студентські кредити, що зробило здобуття вищої освіти доступнішим.

Освітня політика останнього президента країни Д. Трампа також зорієнтована в першу чергу на доступність. Так, із передвиборчих заяв президента слід виокремити обіцянку виділити 20 млрд. доларів на гранти, які дозволять кожній дитині відвідувати ту школу, яка їй до вподоби. Управління середньою освітою президент пропонує здійснювати тільки на місцевому рівні, а університетам надати повну автономію.

Критикуючи реформи Б. Клінтона та Б. Обама щодо надання студентських кредитів, із яких держава отримувала великі кошти, президент пропонує передати видачу кредитів на вищу освіту під відповідальність банків, скасовуючи федеральну програму студент-

ського кредитування, що дозволить перенести здобуття освіти на локальний рівень – кредити надаватимуть місцеві банки для навчання в місцевих університетах. Так, зокрема, у березні 2017 року адміністрація Д. Трампа відкликала меморандум, виданий адміністрацією Б. Обами, який забезпечував захист для студентів, що не отримали освітніх позик. У жовтні 2017 року було впроваджено заборону на фінансування програм освітнього обміну студентів із низкою країн світу [301; 450]. У ході своєї промови Make America Great Again («Зробимо Америку великою знову») 2018 року Д. Трамп не зачепив галузь освіти, проте зазначив про намір підсилити захист авторських прав американських науковців, знизити рівень імміграції, у тому числі освітньої, та боротися з дискримінацією в університетах. Також зазначалося, що його адміністрація наполягатиме на нових ускладнених вимогах до зарахування до університетів, без урахування раси абітурієнта [248].

Таким є становлення й розвиток вищої освіти в США, зокрема, вищої медичної освіти. В узагальненому вигляді інформацію про найважливіші нормативні документи, які мали важливе значення в становленні сучасної медичної освіти США, наведено в таблиці 1.3. Аналізуючи історію вищої медичної освіти в цій країні, можна відзначити послідовне, прагматичне втілення в життя тези про те, що освіта є запорукою соціального та економічного розвитку країни. Головною особливістю вищої освіти США, яка сформувалася впродовж зазначеного періоду, було дотримання принципу автономії університетів і коледжів, а також свобода вибору студентами навчальних програм та дисциплін.

Таким чином, формування системи вищої освіти в США пройшло складний шлях, який був логічно пов'язаний із політичними, соціальними, економічними та культурними подіями в країні. Система освіти, яка склалася в США на початку ХХ століття, поступово набула складного й різноманітного характеру. Так, з одного боку, розширилися можливості здобуття вищої освіти в державному секторі, з іншого – приватні привілейовані університети, як і раніше, залишаються основним постачальником кадрів

**Таблиця 1.3. Удосконалення системи американської медичної освіти протягом історичного розвитку**

<b>Рік</b>	<b>Назва нормативного документу</b>	<b>Ідеї нормативного документу</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1862	Акт Моррілла (Morrill Act) [479]	Виділення в кожному штаті вищим навчальним закладам безкоштовно 30000 акрів землі (12000 га) для будівництва та організації навчальних закладів сільськогосподарських та технічних спеціальностей. Наслідком Акту було створення широкої мережі
		державних аграрних, технічних, робітничих навчальних закладів, надаючи медичній освіті не масового, а елітарного характеру
1910	Звіт А. Флекснера (Flexner's Report) [326]	Зниження кількості медичних шкіл, ускладнення вимог для вступу в медичний навчальний заклад, залучення працівників та студентів вищих медичних навчальних закладів до ґрунтовних наукових досліджень, підсилення контролю держави у ліцензуванні медичних навчальних закладів
1928	Рекомендації для проходження резидентури (Essentials of Approved Residencies and Fellowships) [317]	Вперше встановлено стандарти проходження резидентури випускниками медичних шкіл
1940	Доповідь Комісії з вищої медичної освіти (Report of the Commission on Graduate Medical Education) [340]	Опис процесу підготовки інтернів та резидентів

Продовження табл. 1.3

1	2	3
1944	«Солдатський білль про права» (Servicemen's Readjustment Act) [448]	Встановлення освітніх привілеїв для ветеранів і учасників Другої світової війни, які передбачали полегшення отримання кредитів
1958	Закон про освіту в інтересах національної оборони (National Defense Education Act) [416]	Зростання асигнувань на розвиток фундаментальних наукових досліджень в університетах, залучення висококваліфікованих іноземних фахівців для підготовки національних кадрів та зміцнення матеріально-технічної бази вищих навчальних закладів
1952	Закон про підтримку ветеранів війни (Veterans' Readjustment Assistance Act) [486]	Щомісячна допомога для учасників війни на навчання, що сприяло доступності медичної освіти
1966	Закон про працевлаштування та підтримку ветеранів війни (Veterans Readjustment Benefits Act) [485]	
1964	Закон про громадські права (Civil Rights Act) [268]	Заборона расової дискримінації при зарахуванні на навчання та прийомі на роботу, яка законодавчо закріпила доступність вищої, зокрема медичної освіти для всіх етнічних груп населення США
1965	Закон про вищу освіту (Higher Education Act) [350]	Федеральне фінансування студентів із малозабезпечених сімей, що згодом ініціювало створення численних освітніх програм видачі студентських кредитів
1965	Законодавче прийняття національних програм медичного страхування Medicare та Medicaid	Підвищення фінансування навчальних закладів медичного профілю за рахунок надходження коштів від страхових платежів

1	2	3
1966	Доповідь Комітету Вілларда (Willard Report «Meeting the Challenge of Family Practice») [405]	Рекомендація змінити співвідношення кількості лікарів спеціалізованої та загальної практики в США, підвищити якість підготовки фахівців в сфері сімейної медицини
1983	Закон «Нація в небезпеці» (A Nation At Risk Act) [215]	Рекомендація підняти стандарти зарахування до вищих навчальних закладів
2015	Закон «Кожен Студент Досягає Успіху» (Every Student Succeeds Act) [318]	Пропозиція зупинити підвищення процентів на студентські кредити, що зробило здобуття вищої освіти доступнішим
2015-2016	Закон про доступність вищої освіти (America's College 3 Promise Act) [224]	Зниження кредитних відсотків для студентів та перерахунок студентського боргу
2017	Закон про рефінансування та перерахунок студентських кредитів (Student Loan Refinancing and Recalculation Act) [460]	

політичного, адміністративного, медичного сектору США. Досягнення науково-технічної революції в другій половині XX століття зумовили підвищення вимог до фахівців усіх галузей, медичної зокрема.

Протягом всієї історії становлення американська система вищої освіти була синхронною не лише з економічними, а й з ідеологічними трансформаціями – поступово змінилося уявлення про роль держави в американській вищій освіті, яка прагне, зберігши автономію ВНЗ, наблизити університети до потреб суспільства.



### **1.3. Періодизація розвитку американської вищої медичної освіти**

Розвиток освіти як складної системи і його результати мають соціальне значення, спрямованість, певні просторові межі, зумовлені соціально-історичним розвитком конкретної держави, її культури. У зв'язку з цим вивчення освітньої системи США, визначення її тенденцій і основних етапів нерозривно пов'язане з історією самої країни.

Проблема періодизації освітньої системи в США набуває в сучасних умовах особливої гостроти. Це пов'язано, перш за все, з появою актуальних і маловивчених питань з історії освіти США – проблеми періодизації історичної науки, чисельності, складу, грамотності статево-вікових груп населення США на різних етапах їх розвитку, критичного аналізу освітніх реформ, їх впливу на соціально-економічну ситуацію в країні й навпаки, роль міграційних процесів тощо.

Питання періодизації освітньої системи в США має важливе значення для виявлення її витоків, внутрішніх закономірностей, що важливо для наукового узагальнення в історико-педагогічній науці. Періодизація визначає сутність генезису освітньої системи, характерної для конкретної країни, регіону або людства в цілому.

Зупинимося детальніше на визначенні основних понять зазначеної проблеми. Термінологічний аналіз довідкової літератури допоміг визначити загальні характеристики понять «періодизація», «критерій періодизації», «період», «етап», які стали основою для ключових понять нашого дослідження.

Періодизація – це розподіл на періоди [27, с. 548]. Розкриттю якісних змін в ході подій і явищ, які вивчаються, їх форм і змісту на певних етапах історичного розвитку сприяє метод періодизації (діахронний метод). Метод періодизації допомагає не тільки визначенню кількісних і якісних змін педагогічних явищ, а й з'ясуванню причини цих перетворень [27, с. 548].

Академічний тлумачний словник української мови визначає період як історичний етап у суспільному або культурному розвитку країни, народу, що характеризується визначними подіями, явищами або процесами [161, с. 589]. За визначенням, поданим у сучасному тлумачному словнику української мови, період – це проміжок часу, обмежений певними датами, подіями тощо, час, коли щось відбувається, триває дія, розгортається чиясь діяльність, чи позначений існуванням, наявністю чого-небудь [212, с. 485]. Термінологічний словник української мови визначає період як певну стадію, фазу чого-небудь, історичний етап у суспільному або культурному розвитку країни, народу, суспільного явища, що характеризується визначними подіями, явищами або процесами [181, с. 295].

Отже, період – це проміжок часу, обмежений датами, подіями; час, коли щось відбувається, певна стадія, фаза чогось; історичний етап в громадському чи культурному розвитку країни, народу, який характеризується важливими подіями або явищами; проміжок часу, протягом якого відбувається якийсь регулярно повторюваний процес або рух.

Етап – це окремих момент, стадія в розвитку чого-небудь, у якій-небудь діяльності, окремих проміжок часу в розвитку якого-небудь історико-педагогічного явища, процесу, який характеризується спрямованістю на вирішення певних соціально-економічних, політичних та інших завдань. Етап можна умовно поділити на окремі тимчасові стадії, що відображають мінливу специфіку як умов, так і самого історико-педагогічного процесу або явища [68, с. 1].

Важливим аспектом історико-педагогічної періодизації історії освіти є питання висвітлення критеріїв, які допоможуть визначити під час дослідження міру для оцінки історико-педагогічного фактора, рушійну силу процесу розвитку вищої медичної освіти. Критерій періодизації – це той історичний фактор, який розкриває основний зміст певного відрізка часу конкретного історичного процесу, або підстава для оцінки, класифікації чогось.

Звернемося до поняття «критерій», яке в межах нашого дослідження має суттєве значення. В основі терміна «критерій» лежить

поняття «критерій істини». Проблема критеріїв істини пов'язана з основним питанням філософії, оскільки з точки зору матеріалізму буття первинне, а свідомість – вторинна, похідна від буття; оскільки буття, яке реалізує на практиці взаємодія людини і навколишнього світу, визначає істинність і похибку відображення цього буття в свідомості людини [26].

Наукове визначення критерію дали представники філософської течії діалектичного матеріалізму, згідно з яким критерієм істини є суспільно-історична практика [190, с. 316]. Критерієм істини називають міру для визначення достовірності наших знань про предмети, явища об'єктивної дійсності; це людська практика, практична похідна діяльності людей [89, с. 70]. Виходячи з вище викладеного, дослідження передбачає вивчення явищ історичної об'єктивної дійсності як міру достовірності наших знань про досліджуваний предмет. Вивчення суспільно-історичної практики, у нашому випадку розвитку освіти в США, зокрема вищої медичної освіти, розкриє історико-педагогічні чинники, а критерії будуть мірою для визначення рушійної сили в розвитку вищої медичної освіти. Сама ж історична практика становлення й розвитку вищої медичної освіти як практична похідна людської діяльності вкаже шляхи їх вдосконалення.

Як бачимо, періодизація історії освітньої системи є проблемою методологічного порядку. Періодизація історії освітньої системи США дуже тісно пов'язана з всесвітньою історією та історією самої країни. Разом з тим, як відомо, будь-яка наука має конкретні особливості своєї періодизації, які відображають специфіку розвитку її процесу на різних історичних етапах. У цьому контексті історико-педагогічна наука не є винятком, оскільки вона вивчає витоки становлення і тенденції розвитку освітніх процесів, педагогічної думки в усіх їх суперечностях.

Дослідження конкретних історико-педагогічних процесів дає можливість створення певної періодизації. Слід пам'ятати, що наукова періодизація в будь-якій історичній науці є не передумовою, а результатом вивчення історії. Дослідження історико-педагогічного минулого вимагає, згідно з теоретико-методологічними положення-

ми, об'єктивного підходу, дотримання наукової етики в оцінці тих чи інших педагогічних процесів. Як показує аналіз досліджень з історії освіти й педагогіки, багато вчених не відійшли від традиційних підходів в оцінці минулих педагогічних ідей, систем. Зокрема, деякі вчені дотримуються прагматичного підходу, при якому в історико-освітньому минулому сприймаються й цінуються тільки ті явища, положення, які необхідні сьогодні для певної соціальної групи. Іноді дослідники навмисно опускають ті історичні факти й педагогічні явища, які не відповідають їх інтересам, не задовольняють потреби сьогодення. Звичайно, такий підхід веде до фальсифікації історичної дійсності, до заперечення пізнавального значення історії освіти й педагогіки для суспільства [68, с. 4]. Також в історико-педагогічних дослідженнях спостерігається спроба осучаснення, модернізації історико-педагогічних процесів, що суперечить основоположним принципам історико-педагогічного пізнання.

При дослідженні проблем історії освіти необхідною умовою є дотримання основних методологічних функцій, до яких належать теоретико-пізнавальна, евристична, прогностична, соціальна й аксіологічна, доказова й виховна. Кожна з цих функцій виконує відповідну роль і має суттєвий вплив на визначення періодів та етапів формування й становлення системи освіти [68, с. 4].

На нашу думку, періодизація історико-педагогічного процесу, зокрема, системи освіти США, повинна відповідати основним періодам соціально-економічного розвитку суспільства. Кожен історичний період, як і в загально-історичній періодизації, складається з декількох етапів чи субперіодів.

Загалом, у сучасній історико-педагогічній науці є різні підходи до періодизації освітніх систем. Як бачимо, складність цієї проблеми полягає в тому, що дуже не просто встановити єдиний критерій, основу, які здатні задовольнити потребу обґрунтованого членування й всесвітнього історичного процесу, і регіональних його історій. Конкретні результати освітніх реформ взагалі не можна вивести з їхнього задуму й виконання, оскільки їх вплив на освіту опосередковується різними соціокультурними чинниками.

Безсумнівно, будь-яка періодизація є приблизною і умовною. Установити точну дату значних історико-педагогічних процесів, що залежать від тенденцій суспільного розвитку на тому чи іншому етапі історії, дуже складно. Питання періодизації історії освітньої системи тієї чи іншої держави тісно пов'язані із загальними проблемами світорозуміння, рухом суспільства від однієї соціально-економічної формації до іншої, більш прогресивної.

Незважаючи на наявність вагомих досліджень, в американській та вітчизняній історико-педагогічній науці недостатньо обґрунтованою є характеристика основних етапів розвитку американської вищої медичної освіти. Характеризуючи етапи розвитку цієї системи освіти, слід відштовхуватися від тих факторів, які здійснили вплив на становлення й розвиток системи медичної освіти. До них належать:

- а) соціально-економічний і культурний розвиток США в певний період;
- б) рівень грамотності, освітній потенціал населення;
- в) освітня ситуація в цілому, у тому числі особливості розвитку загальної та професійної освіти як в США загалом, так і в окремих штатах;
- г) етносоціальні, етнокультурні, етнопедagogічні чинники й особливості американського суспільства [26].

У вітчизняній науковій літературі існують різні погляди на проблему критеріїв періодизації. Так, В. Курило вважає, що при розробці періодизації треба враховувати істотні характеристики системи освіти. Автор визначає систему критеріїв як модель критеріально-комплексного підходу. Ці критерії можуть бути універсальними для аналізу різних педагогічних систем у різні періоди часу в країні в цілому [26]. Науковець наполягає на тому, що визначені ним критерії відображають найістотніші характеристики системи освіти, які зумовлюють зміну парадигм. Використовуючи парадигмальний підхід до аналізу педагогічних явищ, він відзначає, що зміна парадигм зумовлює розподіл історії освіти на ті чи інші етапи [97, С. 47–48].

При типологізації освітніх реформ Л. Березівська визначає такі критерії, які можна взяти за основу періодизації розвитку освіти: суспільна значущість реформ, їх персоніфікаційна характеристика, масштабність і перспективність, змістовна характеристика, процесуальні зміни, усталені назви за керівниками реформ. Автор обґрунтовує періодизацію реформування освіти як домінуючу циклової моделі дослідженого історико-педагогічного процесу [16, с. 40].

Феномен особистості враховує О. Сухомлинська, коли розглядає проблему періодизації розвитку педагогічної думки як одну з найбільш складних, комплексних і багаторівневих проблем наукового знання. При визначенні періодизації автор використовує культурно-антропологічний і цивілізаційний підходи [171, С. 47–49].

Таким чином, періодизація – це науково обґрунтований розподіл хронологічних меж розвитку освітньої системи на періоди, де період – це проміжок часу, протягом якого відбувається розвиток навчальних закладів, пов'язаний із соціальним розвитком суспільства та держави; критерій періодизації – міра для оцінки історико-педагогічного фактора, який є рушійною силою процесу розвитку навчальних закладів у певний період дослідження.

Досі спроби періодизації американської медичної освіти були здійснені окремими американськими вченими (Ж. Міллер, Р. Гайгер, Ф. Рудольф, Е. Сальсберг, Дж. Форте). У вітчизняних наукових розвідках трапляються лише поодинокі спроби загальноісторичної періодизації американської вищої освіти (М. Шутова, О. Стойка, О. Тарасова), які, в основному, наслідують традицію американських істориків освіти (Д. Теннер, Г. Колінз, В. Джейнс, Т. Дай, Дж. Бест, Л. Кремен). Аналіз різних підходів до визначення критеріїв і здійснення періодизації окремо досліджуваних феноменів дозволяє нам сформулювати й встановити основні критерії для обґрунтування історико-педагогічної періодизації розвитку вищої медичної освіти США:

- 1) домінуюча науково-педагогічна парадигма, у межах якої розвивається вища медична освіта;

2) характер політичних, соціальних та економічних подій у країні.

На основі зазначених критеріїв можна виділити й предметно схарактеризувати основні етапи й періоди, які, у свою чергу, включають специфічні внутрішні етапи чи субперіоди.

За основу періодизації за першим критерієм було взято масштабне аналітичне дослідження медичної освіти в США та Канаді, яке отримало назву Звіту А. Флекснера (The Flexner Report) й стало підґрунтям докорінних реформ американської медичної освіти. Його результати було опубліковано 1910 року [326]. Саме в ньому вперше описано близьку до сучасної модель медичної освіти. Центральним елементом цієї навчальної моделі розуміння наукових принципів, що лежать в основі фізіології людини й розвитку патологічних процесів, є прийняття клінічних рішень. У своїй праці А. Флекснер вказав на небезпечну тенденцію відмови від справжнього пізнавального інтересу на користь прагматизму – в науці, в освіті й в людському мисленні загалом [199, с. 125]. Концепція А. Флекснера щодо реформи медичної освіти складалася з трьох компонентів:

- 1) внесення до навчальних планів, окрім вивчення фізіології та морфології, які він вважав необхідною передумовою медицини, ще й природничих дисциплін та статистики, що мало сприяти розвитку логічного мислення;
- 2) добре структурованого клінічного навчання, базованого на досвіді клінічної школи Джона Гопкінса;
- 3) наукової діяльності, на яку, крім суто наукових завдань, покладалася важлива навчальна місія. Крім цього, А. Флекснер вважав, що наукова діяльність у клініці буде сприяти поліпшенню лікування хворих [199, с. 127].

Загалом, модель навчання медицини А. Флекснера вважається «академічною», зорієнтованою на університетське навчання, на відміну від чинної раніше в США «учнівської» (apprenticeship) моделі. Власне, академічність навчання, наявність підготовки з фундаментальних дисциплін надає можливість лікарю діяти не лише за інструкціями, а й робити діагностичний та лікувальний вибір у си-

туаціях невизначеності, які часто виникають в умовах клініки. Саме така можливість відрізняє лікаря від інших медичних працівників, дії яких жорстко регламентовані службовими інструкціями [199, с. 126].

Таким чином, *дореформений* етап характеризується «учнівською» моделлю здобуття медичної освіти, великою кількістю неакредитованих приватних медичних шкіл, відсутністю наукових досліджень у межах навчальних закладів. *Післяреформений* етап представив нову парадигму професійної підготовки лікарів, яка передбачала академічність самої освіти, розширення кола фундаментальних та природничих дисциплін, які вивчали студенти-медики, упровадження масштабних наукових досліджень в межах навчальних закладів, скорочення числа медичних шкіл через жорстке інспектування та акредитації.

За основу другої класифікації візьмемо другий критерій. Виділимо шість періодів, у межах яких є кілька субперіодів.

**Доколоніальний період** (період до 1620 р.) характеризувався відсутністю єдиної централізованої стандартизованої педагогічної системи. Передача знань, у тому числі медичних, відбувалася в усній формі й базувалася на багатовіковому емпіричному досвіді корінних жителів Америки.

Знання про лікування захворювань існували у формі народної медицини. Лікуванням захворювань займалися знахарі, які вважалися носіями знань про людину, набутих попередніми поколіннями. Загалом у доколоніальний період було накопичено значний обсяг досвіду та інформації про фітотерапію, лікування ран, легких недугів, контрацепцію, основи гігієни.

**Колоніальний період.** Умовно в межах колоніального періоду виділимо *субперіод перших колоніальних коледжів* та *субперіод Війни за незалежність*. Становлення освітньої системи розпочалося із поселенням пуритан-емігрантів на території США. У новостворених колоніях виникла необхідність заснування освітніх закладів. Такими першими здобутками є запровадження інституту обов'язкової освіти, відкриття Гарвардського коледжу й першої середньої школи



(Бостонської школи латини). Саме ці події допомогли започаткувати освітню систему США. Створення нових закладів вищої освіти було тісно пов'язане з релігією, оскільки першочерговим завданням вищих шкіл була підготовка священнослужителів. Так, незабаром після створення Коледжу Вільяма та Мері, конгрегаціоналісти (наступники пуритан) заснували Єльський університет, який, на думку засновників, відповідав їх ідеалам консервативності. Принстонський університет було засновано в 1746 році пресвітеріанами з тих же причин, що і Єльський університет. При цьому, ставлення до освіти в різних груп поселенців було неоднаковим. Часто цілі різних груп європейців, які прибували до Північної Америки, відрізнялися. Серед усіх перших європейських поселенців пуритани, безсумнівно, найбільше цінували освіту. Відповідно, значна частина сучасної освітньої традиції базується на підходах пуритан, сформованих між 1635 і 1647 роками [365, с. 45]. У період перших колоній було закладено основи сучасної системи освіти США.

Медична освіта в цей субперіод розвивалася відносно повільно. Упродовж тривалого часу підготовка медичних працівників здійснювалася за межами країни – в університетах Європи (Единбург, Лондон, Лейден). Так, у XVIII столітті 117 американських лікарів здобули медичну освіту в університеті Единбурга в Шотландії [408, с. 136]. Більшість медичних працівників здобували знання як учні лікарів-практиків (модель учнівства – apprenticeship). Таке навчання тривало, як правило, три роки й полягало в постійних спостереженнях та безпосередній допомозі в роботі лікаря. Через брак кваліфікованих працівників населенню, як і раніше, часто доводилося вдаватися до практик народної медицини. Інколи такі послуги надавали церковнослужителі [403].

Однією з головних історичних подій, які вплинули на формування американської системи освіти, стала Війна за незалежність. До 1776 року в США розвивалася система освіти, створена за європейським і, особливо, за англійським взірцем. Незважаючи на те, що Гарвардський, Єльський і Принстонський університети здобули визнання ще до 1776 року, багато представників американської елі-

ти, як і раніше, надавали перевагу навчанню в Європі. Це сприяло засвоєнню англійських, а не американських поглядів на історію та життя загалом. До Війни за незалежність американська система шкільної та вищої освіти була побудована строго за англійським взірцем, а на чолі навчальних закладів стояли віддані імперії люди [282, с. 471]. Проте представники молоді нації відчували нагальну потребу навчати своїх майбутніх лідерів на американський лад. Тож 1776 року США оголосили, що вони не є англійською колонією. Зі зростанням політичної і військової напруженості Оксфорд і Кембридж перестали приваблювати студентів так, як це було до Війни за незалежність [466, с. 112].

У період після Війни за незалежність американська система освіти почала змінюватися й стала відрізнятися від європейської моделі, що допомагало новоствореному народу розвивати свою національну самобутність. Ця трансформація відбулася як на рівні організації середніх і вищих шкіл, так і на рівні навчальних програм [365, с. 51].

Були й інші причини, чому Війна за незалежність так сильно вплинула на американську освіту. По-перше, американці та народи з різних територій, які невдовзі стали частиною США, усвідомлювали, що нація в цілому й окремі регіони США зокрема мали свої специфічні освітні потреби, і найкращим чином їх могли задовольнити місцеві школи та коледжі, які б розуміли ці потреби. По-друге, американці вважали, що Сполученим Штатам як молодій нації потрібно було розвивати свій власний потенціал [466, с. 32]. Покладатися на робочу силу та інтелектуальні ресурси Британської імперії вже не було можливим. Таким чином, разом із здобутою незалежністю перед країною постали й нові виклики. Тепер США мали готувати свої власні наукові кадри й робочу силу. У результаті цього, у період після Війни за незалежність різко зросла кількість коледжів [365, с. 52].

Період Війни за незалежність значно вплинув на освіту, що назавжди змінило спосіб викладання у навчальних закладах США. Упровадженню єдиної навчальної програми дозволило об'єднати

країну. Навчання велося за спеціальними підручниками, багато з яких написав відомий американський педагог, лінгвіст, реформатор Н. Вебстер.

На хвилі зростання національної свідомості та необхідності підготовки власних медичних працівників для задоволення громадянських та військових потреб 1765 року з'являється перша медична школа при коледжі Філадельфії. 1767 року засновано медичний факультет у Королівський коледж в Нью-Йорку, у якому 1770 року вперше в історії медичної освіти США було присвоєно ступені доктора медицини [277, с. 985]. 1782 року засновано Медичну школу Гарвардського університету.

По суті, здобуття незалежності США стало точкою відліку формування американської нації, її ідентичності, менталітету, що дало підставу виокремити наступний період розвитку американської медичної освіти. Окрім того, що **період становлення національної системи медичного забезпечення** (1783-1910 рр.) був часом фундаментальних соціально-політичних перетворень, він відіграв важливу роль у становленні медичної освіти США. Унаслідок активних політичних дискусій, становлення законодавчої бази всієї країни загалом, територіальної експансії, розвитку економіки виникає потреба в працівниках економічної, політичної, медичної, освітньої сфери.

У межах цього періоду виділимо чотири субперіоди: *субперіод перших політичних дебатів, Громадянську війну, субперіод Реконструкції Півдня, Еру прогресивізму*.

Політичні перемоги демократ-республіканців на початку формування нової держави вплинули не тільки на тогочасну освіту, але й на весь хід американської історії освіти. У зв'язку з перемогами демократ-республіканців на політичній арені на початку 1800-х років, у Сполучених Штатах функціонує децентралізована система початкової та середньої освіти. Завдяки тому, що демократ-республіканці виступали за розвиток державних коледжів, а федералісти підтримували приватні релігійні університети, у Сполучених Штатах сформувалася розгалужена система університетів та коледжів із високою якістю навчання. Якщо б демократ-республіканці не заохо-

чували відкриття державних коледжів, ці установи, ймовірно, розвивалися б повільніше і не були б такими престижними, як тепер.

Зараз більшість американців схвалює децентралізовану систему освіти. Крім того, практично всі громадяни цінують добре розвинену систему державних університетів країни. Однак політика демократ-республіканців мала й негативний вплив на історію розвитку США, а саме, спричинила затримку у звільненні рабів, оскільки демократ-республіканці стали основною політичною партією на Півдні й були досить терпимими до рабства.

Один із найбільш трагічних періодів в історії американської освіти – це час, коли уряди південних штатів, починаючи з середини 1820-х років, під тиском рабовласників приймали закони, які забороняли навчання афроамериканців. Тим не менш, тисячі вчителів Півночі навчали колишніх рабів на Півдні, навіть незважаючи на ризик стати жертвами ку-клукс-клану. Цей період історії США також нагадує про те, як високо ця нація цінує рівність. Адже багато американців пожертвувало життям для досягнення рівних можливостей для всіх жителів країни. Освіта, на думку американців, – це важлива складова рівності [365, с. 53].

Окрім активних політичних дискусій та становлення законодавчої бази всієї країни загалом, цей субперіод є часом активної територіальної експансії, розвитку економіки й зростання внутрішніх суперечностей. Країна досягла своїх сучасних континентальних кордонів (за допомогою договорів, покупок і воєн), швидкими темпами розвивалися внутрішні шляхи сполучення (канали, залізні дороги). Такий стрімкий економічний ріст справляв позитивний вплив на розвиток вищої освіти загалом – виникала потреба в працівниках економічної, політичної, освітньої сфери. Медична освіта законодавчо виокремилася в окрему галузь із заснуванням Американської медичної асоціації 1847 року.

Загалом, на початку XIX століття новостворені медичні школи стали основним місцем здобування медичної освіти в США. У 1800 році існували лише чотири медичні школи: Університет Пенсильванії (заснований 1765 р), Королівський коледж (1767), Гар-

вард (1782), Дартмут (1797). Між 1810 та 1840 роками було створено 26 нових шкіл, а між 1840 і 1876 роками – ще 47. Наприкінці XIX століття з'явилися десятки нових шкіл. Спочатку ці навчальні заклади повинні були стати доповненням до чинної системи учнівства (apprenticeship). Однак, оскільки вони могли легше забезпечити систематичне навчання, до середини XIX століття замінили учнівство як основний шлях до професійної медичної освіти.

Хоча перші школи було створено на хвилі високих цілей, якість навчання не була задовільною. Вступних вимог не існувало, окрім можливості сплачувати навчання. Дисциплінарні проблеми, що виникали через неприпустиму поведінку студентів, були поширеним явищем. Стандартний курс навчання складався з двох чотиримісячних курсів лекцій. Навчальні програми, як правило, охоплювали сім курсів: анатомія, фізіологія та патологія, терапія і фармація, хімія та медична юриспруденція; теорія та практика медицини; хірургія; акушерство та хвороби жінок і дітей. Навчання було здебільшого теоретичним: сім-вісім годин лекцій щодня, які доповнювалися читанням підручників. Поверхові лабораторні роботи навіть із клінічних дисциплін не давали можливості працювати з пацієнтами. Іспити були короткими і поверховими, практично єдиною вимогою для закінчення навчання була можливість його оплатити. Студенти, котрі бажали отримати ґрунтовнішу підготовку, були змушені доповнювати навчання в медичній школі іншими способами, наприклад, шляхом зарахування до інших приватних шкіл, навчання в Європі або підпрацьовуючи в лікарнях.

Медичні школи середини XIX століття, такі як Медичний коледж Беннетта та Медичний коледж Дженнера в Чикаго, діяли як незалежні установи. Наявність клінічної бази була номінальною, а професорсько-викладацький штат – не великими (зазвичай, шість-вісім професорів). По суті, викладачі володіли школами та експлуатували їх для отримання прибутку. Таким чином, комерційні цілі домінували над академічними. Ознакою хорошої медичної школи була її прибутковість. Також не існувало жодних вимог щодо самої будівлі медичної школи чи її оснащення, окрім наявності анатомічної зали.

Хоча в середині XIX століття американська медична освіта була недостатньо якісною, реформа системи вже почалася. В основі трансформації лежало кілька факторів: революція в експериментальній медицині, що відбувалася в Європі; значна кількість американських лікарів, які подорожували до Європи (зокрема, Німеччини) для вивчення лабораторних методів досліджень; поява сучасного університету в Америці; розробка системи масової освіти для забезпечення кваліфікованих абітурієнтів університету; плекання ідеї філантропії серед багатьох заможних підприємців. Разом ці чинники забезпечили інфраструктуру нової системи медичної освіти.

Із політичної точки зору, у цей час США існували на основі балансу між вільною Північчю й рабовласницьким Півднем, які змагалися за Захід. Швидке зростання території, особливо після війни з Мексикою в 1846-1848 роках, викликало загострення суперечки щодо нових штатів, що стало найважливішою передумовою Громадянської війни.

Багато істориків стверджують, що США стали повноцінною країною тільки після Громадянської війни [365, с. 53]. Це пояснюється тим, що, по-перше, перед Громадянською війною в державі не було єдності через питання рабства. Унаслідок работоргівлі країна була буквально розколота навпіл. Тому А. Лінкольн (1858) виступив зі своєю відомою промовою, у якій перифразував цитату з Нового заповіту, сказавши, що «дім, розколотий навпіл, не встоїть». Дійсно, країна, яку роздирали внутрішні суперечки, не могла нормально розвиватися.

По-друге, оскільки демократ-республіканці ще на початку політичного життя країни здобули перемогу над федералістами, більша увага приділялася правам штатів, а не створенню сильного центрального уряду [366, с. 743; 454, с. 118]. Перемоги демократ-республіканців не тільки відображали настрої народу, а й формували їх. Справді, за майже 170 років, із часів заснування колонії Джеймстаун в 1607 році, американці звикли, що громади приймають незалежні рішення, і об'єднати їх було складно [217]. Американський народ підтримував демократ-республіканців не в останню чергу саме зав-

дяки їхнім ідеалам свободи та незалежності, а, отже, підтримував права окремих штатів, а не ідею загальнонаціональної єдності.

По-третє, тільки після Громадянської війни в Америці почалося масштабне індустріальне будівництво та стрімкий розвиток транспортної інфраструктури. Це сприяло об'єднанню країни. У середині 1880-х років у Сполучених Штатах стали активно прокладати нові залізничні шляхи, зростав обсяг морських перевезень. Судна ставали швидшими та надійнішими, це активізувало поштові перевезення і торгівлю. Транспортне сполучення стало покращуватися ще за часів Громадянської війни, коли виникла потреба перевозити військове спорядження та солдатів. Громадянська війна дала поштовх розвитку американської транспортної системи, яка відіграла велику роль в об'єднанні країни [365, с. 236].

У цей субперіод відбулася ще одна важлива подія, яка справила позитивний вплив на розвиток вищої освіти США. 1862 року прийнято Акт Моррілла. Проект закону, запропонованого членом Палати представників Дж. Морріллом, поклав початок державній допомозі системі освіти (federal aid to education) шляхом надання земельних наділів університетам і коледжам штатів (land grant college) для викладання наук, пов'язаних із сільським господарством і технікою (при збереженні в їх навчальних програмах точних і гуманітарних наук). Закон передбачав також програми з підготовки до служби в збройних силах.

Саме цей період став початком створення сучасної системи медичної освіти в США, яке відбулося в два етапи. На першому етапі, який розпочався в середині XIX століття, відбулася революція в ідеях щодо мети та методів медичної освіти. Після закінчення Громадянської війни педагоги-медики почали відмовлятися від традиційного уявлення про те, що медична освіта полягає у вивченні фактів через усне запам'ятовування. Навпаки, нова мета медичної освіти полягала у виробленні проблемного та критичного мислення, умінні знаходити та оцінювати інформацію. Для цього педагоги-медики зменшили роль традиційних методів (дидактичного викладання лек-

цій та підручників) і почали говорити про важливість самоосвіти та навчання через практику. Завдяки лабораторній роботі та клінічним заняттям, студенти мали стати активними учасниками навчання, а не пасивними спостерігачами, як раніше.

У той же час відбулася революція в інституційній місії медичних шкіл. З'явилася думка про те, що сучасна медична школа повинна не тільки брати участь у вищому рівні навчання, але також бути прихильною до відкриття нових знань через дослідження. Це означало, що медичні школи більше не можуть залишатися вільними установами. Швидше за все, вони повинні були стати невід'ємною частиною університетів і наймати науково обізнаних працівників, які, як і всі викладачі університетів, були б не лише вчителями, а й ученими. Такі зміни стали необхідними й напередодні масштабних соціальних трансформацій, які наступили в наступному субперіоді разом із закінченням війни.

*Реконструкція Півдня* – це період в історії США після закінчення Громадянської війни, з 1865 до 1877 року, у який відбувалася реінтеграція південних штатів Конфедерації до складу США й скасування рабовласницької системи на всій території країни. Зміни в цей період розвитку США торкнулися всіх сфер, освітньої зокрема. Головне питання, яке постало після перемоги Півночі над Півднем, – це проблема освіти темношкірого населення [229, с. 19]. Частина рабів навчилася грамоти в білих ще до Громадянської війни, коли здобувати освіту їм було заборонено. До кінця війни вчорашні раби організовували свої школи або навчалися грамоти в церковно-парафіяльних школах [365, с. 87].

Після війни проблеми освіти обговорювали на конституційних зборах південних штатів. Скрізь, окрім Нового Орлеана, було створено систему державних шкіл із сегрегацією за расовою ознакою. Початкові й зрідка середні школи з'явилися майже в кожному місті, але міст на Півдні було мало. У сільській місцевості школами були зазвичай приміщення з одним класом, у якому погано оплачуваний педагог навчав близько половини місцевих дітей. Проте, на думку консерваторів, система освіти була занадто доро-



гою для розорених війною регіонів Півдня, а кошти на підтримку системи освіти на Півдні з федеральної скарбниці не виділялися до 1890 року [395, с. 62].

Ще однією проблемою була відсутність вчителів із темношкірого середовища. Після війни північні місіонери створювали численні приватні академії та коледжі для звільнених рабів на Півдні. Крім того, кожен штат засновував державні коледжі, як, наприклад, Університет штату імені Алкорн в Міссісіпі. Нормальні школи та державні коледжі створювали покоління вчителів, які були невід'ємною частиною освіти афроамериканських дітей у контексті сегрегованої системи. До кінця століття більшість афро-американців були грамотними.

Щодо вищої освіти, то наприкінці XIX століття лише незначна кількість темношкірого населення починала її здобувати. Дізнавшись про те, що багато темношкірих студентів було виключено з державних коледжів на півдні, 1890 року федеральний уряд наполягав на тому, що південні штати створювали державні інституції за Актом Моррілла, щоб забезпечити вищу освіту для темношкірих і продовжувати отримувати кошти на чинні школи для білих [395, с. 85].

Загалом, варто зробити висновок, що цей субперіод характеризується такими важливими особливостями:

- а) значна кількість коледжів допомагала молодим людям перейти від сільськогосподарських до складніших професій;
- б) існування широкої мережі коледжів, яка невпинно зростала, особливо сприяло підвищенню мобільності, готуючи керівний персонал, тим самим надаючи містам по всій країні лідерів громад;
- в) більш елітарні коледжі набували дедалі закритішого характеру й мало сприяли соціальній мобільності.

Зосереджуючись на нащадках багатих сімей та політиків, східні елітні коледжі, зокрема Гарвард, відіграли важливу роль у формуванні північно-східної еліти, наділеної великою політичною і економічною владою.

Зростання інтелектуальних еліт сприяло формуванню та підвищенню стандартів вищої освіти, зокрема медичної. Так, 1876 року було створено Асоціацію американських медичних коледжів, яка відіграла значну роль у закріпленні високих стандартів американської медичної освіти. 1873 року Медичний коледж Південної Кароліни – найстаріша медична школа Півдня, заснована 1824 року – уперше серед усіх Південних штатів зарахував на навчання темношкірого студента [357, с. 45].

Остання третина XIX століття збіглася з кризою американської ідентичності та пошуком нових підстав для національної гордості із заселенням Заходу, швидким економічним зростанням на Півночі й потоком винаходів, які змінювали життя американців. У цей період завершилася довга епоха воєн з індіанцями: освоєння Великих рівнин, будівництво залізних доріг і винищення бізонів призвели до загибелі рівнинних індіанців і остаточного переходу федерального уряду від підтримки системи договорів із племенами до взаємин із ними як з підкореним населенням.

Ера прогресивізму – період в історії США, для якого характерна висока політична активність середнього класу та соціальних низів, що призвела до масштабного соціального та політичного реформування [260, с. 21; 475, с. 63]. Однією з цілей руху прогресистів була боротьба з корупцією політичної верхівки США. Частина прогресистів виступала також за заборону спиртних напоїв та прийняття сухого закону [275, с. 2]. До прогресистів теж примкнули прибічники надання виборчих прав жінкам [374, С. 134-36], а також удосконалення системи охорони здоров'я та модернізації в низці інших сфер суспільного життя.

На початку XX століття Сполучені Штати зміцніли, їх економіка стала однією з найбільш розвинених у світі. У 1900 році в США був найвищий рівень життя серед інших країн світу, і першість у цій сфері держава зберігала до 1973 року. Учені переконані, що без вдосконалення американської освітньої системи в XIX – на початку XX століття, створення потужної економіки було б неможливим [365, с. 235]. Серйозну роль відіграли урбанізація, індустріалізація

та імміграція [359, с. 4]. Шкільна система розвивалася так швидко, як ніколи раніше. Завдяки міцній основі, закладеній ще пуританами, освітня система США вийшла на новий рівень, досягнувши прогресу, небаченого до того у світовій історії [365, с. 262]. За менш ніж 300 років сформувалася могутня й сучасна країна, багато в чому цього вдалося досягти завдяки підтримці освітньої галузі.

Загалом, кількість та характер шкіл змінювалися з метою задоволення потреб нових великих міст та нових іммігрантів. Їм доводилося пристосовуватися до духу реформ, що пронизувала країну. Навчальний план шкіл пристосувався для підготовки студентів до зростаючої кількості державних та приватних університетів. Навчання на всіх рівнях зосереджено дедалі більше на утилітарних завданнях. Дж. Дьюї та інші діячі прогресивізму виступали за впровадження змін у педагогічних коледжах як основи всієї освітньої системи країни [283, с. 112].

З 1910 до 1940 років вищі навчальні заклади суттєво зросли за чисельністю, охопивши значно ширший контингент населення. У 1910 році, наприклад, 9 % американців мали вищу освіту, в 1935 році – 40 % [338, с. 683]. До 1940 року їх кількість зросла до 50 % [337, с. 144]. Проте медицина залишалася елітною спеціальністю, а стандарти зарахування до медичних шкіл були високими. 1928 року вперше впроваджують уніфікований тест на визначення готовності абітурієнта до навчання в медичній школі (Scholastic Aptitude Test for Medical Students), який згодом послугував основою для розробки сучасного тесту MCAT.

У результаті реформи й модернізації системи освіти, кількість шкіл у США значно збільшилася, особливо у великих містах. Після 1910 року навіть у невеликих містах стали з'являтися заклади вищої та середньої спеціальної освіти, а до 1940 року дипломи про їх закінчення мав кожен другий молодий американець [480, с. 168].

На початку 70-х років відбулися перші тривалі реформи в медичній освіті, коли Гарвард та університети Пенсильванії і Мічигану продовжили курс навчання до трьох років. Додали нові дисципліни та лабораторні роботи до навчального плану та почали най-

мати штатних вчених у галузі медицини. 1893 року було відкрито Медичну школу Джона Гопкінса. Вона відразу стала моделлю, на яку орієнтувалися всі інші медичні школи, як і Університет Джона Гопкінса в 1876 році став моделлю для сучасного американського дослідницького університету. Обов'язковою вимогою для вступу стало отримання диплому коледжу. Було впроваджено чотирирічний навчальний план з дев'ятимісячними семестрами; групи були невеликими. Контроль за навчальними досягненнями здійснювався часто, лабораторні та клінічні заняття керувалися вченими, а дослідницька робота в галузі медицини стала одним із головних завдань медичної освіти. У 1880-90-х роках вищі медичні навчальні заклади (ВМНЗ) по всій країні почали наслідувати ці провідні медичні школи, розпочавши кампанію з реформування американської медичної освіти. Таким чином, окремі приватні медичні школи поступово заміщувалися медичними школами при університетах [225].

Проте саме впровадження ідей було недостатнім для створення сучасної медичної школи. Нові методи навчання були дорогими для реалізації. Отже, необхідною стала як інституційна, так і інтелектуальна революція, яка відбулася між 1885 і 1925 роками. Упродовж цього часу в медичних школах було накопичено великі фінансові ресурси, збудовано нові лабораторії, зібрано найкращих штатних викладачів, придбано клінічні засоби. Медичні школи, які раніше існували автономно, стали тісно пов'язаними з університетами та навчальними лікарнями.

**Період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти** (1910-1975 рр.) став відповіддю освітньої системи країни на ті проблеми, які постали перед США в середині ХХ століття. Як згадувалося, 1910 року А. Флекснер опублікував доповідь про стан медичної освіти в США та Канаді. У цій книзі він описав ідеальні умови для медичної освіти за прикладом Медичної школи Джона Гопкінса і несприятливі умови, які все ще існували в більшості медичних шкіл. Хоча Звіт А. Флекснера не зробив достатнього інтелектуального внеску в обговорення того, як слід навчати лікарів, він наблизив реформу медичної освіти до реального життя

громадян, перетворивши те, що раніше було приватним питанням у межах самої професії, у нагальне суспільне питання, подібно до інших реформ ери прогресивізму в США. У відповідь на Звіт було введено державні та муніципальні податки для фінансування медичної освіти, залучено кошти благодійних організацій та фізичних осіб. За два десятиліття після публікації Звіту було пожертвувано такі кошти, які на довго забезпечили достатню фінансову підтримку медичної освіти. Окрім того, обурення громадськості, викликане критикою А. Флекснера автономних медичних шкіл, призвело до раптового завершення їх епохи шляхом прийняття державних законів про ліцензування, які передбачали, що медичні школи, які працюватимуть тільки задля прибутку, не будуть акредитовані.

У межах зазначеного періоду виділимо такі субперіоди: *Перша світова війна та міжвоєнний час, Велика депресія, Новий курс, Друга світова війна, субперіод освітніх реформ.*

Перший субперіод важливий становленням інституту інтернатури. Під час Першої світової війни медична освіта зосереджувалася майже винятково на додипломній медичній підготовці, після завершення якої студент отримував ступінь доктора медицини. Оскільки більшість випускників медичних шкіл працювали в сфері загальної практики, чотири роки навчання вважалися належним часом для підготовки. У Звіті А. Флекснера теж не згадувалося про стажування чи іншу клінічну підготовку випускників медичних шкіл.

Проте до Першої світової війни, обсяг медичних знань, методик і практик суттєво зріс. Упродовж чотирирічного курсу викласти весь спектр накопичених знань було неможливим. Відповідно, період інтернатури після закінчення основного навчання став обов'язковим стандартом для кожного лікаря. До середини 1920-х років проходження інтернатури вимагали вже від усіх випускників медичних навчальних закладів США.

Прообразом інтернатури стали деякі обслуговувальні посади при лікарнях, які існували ще на початку XIX століття. До кінця сторіччя їх кількість скоротилася, і вони були доступними лише невеликій кількості випускників. Хоча ці посади давали можливість

жити й працювати в лікарні протягом року чи двох, вони передбачали виконання багатьох нерелевантних обов'язків, як, наприклад, підтримка порядку в лікарняних лабораторіях. Протягом перших двох десятиліть ХХ століття інтернатура перетворилася на справжній освітній досвід. Стажування тепер передбачало активну участь в усіх необхідних конференціях, семінарах, обходах, лекціях та лікуванні хворих.

Інтернатура здійснювалася в трьох формах. Найпопулярнішою була так звана «ротаційна» інтернатура, у якій інтерни стажувалися з усіх клінічних галузей. Деякі клініки, особливо ті, які були приєднані до медичних шкіл, пропонували «пряму» інтернатуру, тобто лише з однієї галузі – медицини чи хірургії. Третій тип – це «змішана» інтернатура, яка більшою мірою фокусувалася на медицині чи хірургії, а менше – на різних вузьких спеціальностях. Як правило, інтернатура тривала один рік, хоча інколи – кілька років. Усі форми інтернатури передбачали участь у клінічних обходах та обстеженнях, що було неоціненним для загальної клінічної підготовки.

На початку ХХ століття медична освіта США зіткнулася ще з однією проблемою: задоволення потреб випускників, які, пройшовши курс інтернатури, бажали продовжити навчання в більш вузькій клінічній спеціальності (наприклад, офтальмологія, педіатрія чи хірургія) або в галузі клінічних досліджень. Цю проблему було вирішено шляхом упровадження інституту резидентури – кількарічного стажування в клініках.

Сучасний варіант резидентури було представлено в США в лікарні Джона Гопкінса 1889 року. Під час Першої світової війни система резидентури клініки Дж. Гопкінса почала поширюватися в інших установах. До 1930-х років резидентура стала єдиним шляхом опанування певною клінічною спеціальністю. При цьому вона замістила безліч неформальних, науково-необґрунтованих шляхів опанування спеціальністю, як, наприклад, вступ на короткий курс до комерційних медичних шкіл.

Природно, що загальнонаціональні кризи сильно впливають на освіту. Велика депресія, Друга світова, а також холодна війни по-

ставили перед Сполученими Штатами одні з найсерйозніших проблем, які коли-небудь виникали в цій країні. Під час Великої депресії відчутно скоротилося фінансування переважної більшості шкіл. У зв'язку з цим вони стали ефективніше використовувати наявний бюджет, а успішність учнів підвищилася. Друга світова війна поставила країну в цілому та освітню систему зокрема перед проблемою міжрасових стосунків, яка існувала в Сполучених Штатах і після закінчення військових дій. Збройне протистояння з Німеччиною та Японією, де в той час панувала расистська ідеологія, у Другій світовій війні стало важливим нагадуванням, що може статися, коли політика країни ґрунтується на расизмі та шовінізмі. Пізніше суттєвими чинниками, які змусили Сполучені Штати переглянути свої пріоритети в галузі освіти, стали Холодна війна та запуск Радянським Союзом першого в світі штучного супутника [365, с. 262].

Унаслідок двох масштабних військових конфліктів, які сталися протягом доволі короткого періоду – Першої та Другої світових воєн, – американська освітня система почала змінюватися та розвиватися. Актуальності набуло питання забезпечення рівних громадянських прав. По-новому почали розглядати американці й проблему освіти жінок. Багато хто усвідомив взаємозв'язок між рівнем освіти та національною безпекою, але, на жаль, із часом американські громадяни забули про цей зв'язок і знову замислилися над ним вже набагато пізніше, коли терористи здійснили напад 11 вересня 2001 року. Період Другої світової війни став першим в історії Америки, коли міжнародний конфлікт уплинув на подальшу освітню політику країни так кардинально і швидко.

Скорочення фінансування в часи Великої депресії сильно позначилося на всій освітній галузі країни. У 1933 валовий внутрішній продукт (ВВП) країни скоротився майже наполовину [352, с. 154], і різкий економічний спад неминуче вдарив по американській системі освіти. Утім, академічна успішність учнів у часи Великої депресії зросла [365, с. 311].

Це пов'язано з тим, що в часи Великої депресії молоді люди почали більше читати. Вони хотіли навчатися та цінували можливість

одержати освіту. У найбільших містах країни склалися списки книжок, прочитаних учнями. Ці документи засвідчують, що тогочасний середньостатистичний учень читав набагато більше, ніж сучасні американські діти. Деякі учні читали по дві-три книги на тиждень [365, с. 312]. Велика депресія сприяла підвищенню якості освіти. У цей період люди вважали, що освіта зможе вивести країну з економічної кризи [284, с. 59].

Під час Великої депресії кількість студентів у ВНЗ зростає. Щоправда, найпрестижніші навчальні заклади, що входять до Ліги Плюща, дуже прискіпливо добирали абітурієнтів. Навіть у кризові часи в коледжах Ліги Плюща кількість студентів не зростає. А от кількість студентів державних коледжів різко збільшилася: цей показник зріс на 20-40 % [258, с. 63].

Витрати федерального уряду на освіту значно скоротилися. Але основне фінансування загальноосвітніх шкіл, як і раніше, здійснювалося за кошти штату й місцевих бюджетів. У часи Великої депресії багато людей зацікавилася професією педагога, тому що зарплата вчителя була стабільною [365, с. 312]. На основі статистичних даних можна сказати, що фінансування майже всіх шкіл зменшилося, але економія досягалася в основному через замороження капітальних витрат, а не зниження вчительської зарплати. Наприклад, у 1932 році зарплата вчителів та директорів шкіл у багатьох східних штатах країни складала 98 % зарплати 1929 року [481, с. 35]. Для порівняння: у цілому по країні в 1933 особисті доходи громадян суттєво знизилися й склали всього 45 % порівняно з відповідними сумами 1929 року [365, с. 314].

Вихід із масштабної економічної кризи було забезпечено економічною політикою, яку проводила адміністрація президента Ф. Рузвельта, передвиборна платформа якого обіцяла американському народу «новий курс». Саме таку назву й отримала економічна програма, яку втілювали впродовж 1933-36 років. Ф. Рузвельт терміново провів через Конгрес значну кількість законів, спрямованих на швидке відновлення економіки. Новостворені організації, такі як Корпус збереження громадянського суспільства та Управління



громадськими роботами, забезпечили робочими місцями мільйони людей, організували будівництво доріг, мостів, аеропортів, громадських будівель, парків. 1932 року Комісією з вартості медичного обслуговування опубліковано звіт про стан охорони здоров'я в країні, який засвідчив, що для багатьох груп населення кваліфікована медична допомога була недоступною. У результаті цього 1934 року за ініціативою АМА Палатою представників було прийнято рішення про впровадження обов'язкового медичного страхування. Згодом, 1935 року було ухвалено Закон про соціальне забезпечення (Social Security Act), який передбачав систему виплат пенсій завдяки підприємцям та через відрахування із заробітку працівників, а також виплати пенсій членам сімей та обов'язковий страховий внесок на охорону здоров'я. Завдяки цим нововведенням країна суттєво зміцнила напередодні нового випробування – Другої світової війни.

Ця війна відіграла в житті американського суспільства не лише значну економічну роль, а й ідеологічну, продемонструвавши, до чого може призвести політика, побудована на ідеях обраності окремим расам. Усі жахіття, які чинила нацистська Німеччина, робилися задля утвердження вищої раси та поширення її цивілізації в усіх кутках Землі. Із цієї точки зору стало зрозумілим, що сегрегація в американському суспільстві – це теж вияв расизму.

Попри те, що розвиток вищої освіти в США було уповільнено у зв'язку з впливом молодих людей до армії, у цей час стандарти медичної освіти зростали. 1940 року було опубліковано Доповідь Комісії з вищої медичної освіти, у якій уперше описано процес підготовки інтернів та резидентів і запропоновано рекомендації з її покращення [340]. Комісією зі зв'язків із медичною освітою було створено в 1942 році [426, с. 285]. Участь США в Другій світовій війні відіграла важливу роль у розвитку медицини й медичної освіти. Упродовж цього періоду відбулося масштабне накопичення знань у галузі військової медицини та дотичних до неї спеціальностей. Окрім цього, зростав престиж професії лікаря [152].

У контексті медичної освіти цей субперіод характеризується ще й закріпленням інституту резидентури. На початку Другої світової

війни резидентура в США мала три основні ознаки. По-перше, на відміну від інтернатури, яка була обов'язковою вимогою для всіх випускників медичних шкіл для отримання ліцензії на практику, резидентура носила відтінок елітарності. Лише третина випускників отримували дозвіл на вступ до резидентури після проходження інтернатури, і лише чверть слухачів резидентури першого року завершували навчання. По-друге, визначальною особливістю резидентури було прийняття слухачами резидентури відповідальності за лікування пацієнтів. Вони самі обстежували пацієнтів, вирішували питання щодо діагностики та терапії, самі виконували процедури. Хоча за їх діяльністю здійснювався контроль старшими лікарями, кожен слухач резидентури мав значну клінічну автономність. Це було визнано найкращим способом трансформації вчорашнього студента в зрілого лікаря. Нарешті, проходження резидентури передбачало виконання наукових досліджень. Резидентура стала вагомою ланкою для формування нового покоління клінічних дослідників та лікарів-науковців.

У *повоєнний субперіод* вища освіта в США продовжувала стрімко розвиватися. Якщо у час загострення військово-політичної ситуації актуалізується військова медицина, у мирний час фахівці зосереджуються на інших її галузях. Повоєнний період надав поштовх розвитку вищої освіти не лише у зв'язку з виникненням нових суспільних вимог, а й через притік молодих людей, які мали потребу в здобутті освіти. Так, у 1944 році урядом США було встановлено освітні привілеї для ветеранів і учасників Другої світової війни прийняттям так званого Солдатського білля про права (Servicemen's Readjustment Act / GI Bill) [328, с. 121]. Для забезпечення їх адаптації до умов мирного життя, а також з економічних міркувань федеральний уряд США виділив освітні кредити, які дозволили значній кількості молодих людей вступити в заклади вищої освіти, принісши з собою до університетів і коледжів необхідні для розвитку вищої школи фінансові ресурси.

Білли про права ветеранів, прийняті після Другої світової й корейської воєн (впроваджені відповідно в 1944 і 1952 рр.), справили

значний вплив на розвиток вищої освіти завдяки наданню мільйонам ветеранів можливості вступити до коледжів. Сьогодні Конгрес продовжує надавати пільги ветеранам для отримання освіти, але їх обсяг знизився порівняно з умовами біллів про права ветеранів воєнної доби [303, с. 196].

У відповідь на запуск СРСР штучного супутника було прийнято Закон про освіту в галузі національної оборони (National Defense Education Act) 1958 року, який також вплинув на сферу вищої освіти завдяки допомозі студентам, зокрема у вивченні природничих наук, математики й іноземних мов. Цей закон прямо визначив основну мету державної політики в галузі освіти – зміцнення військово-технічного потенціалу США. Загалом період 1945–1960 р. – це етап максимально інтенсивного розвитку системи освіти в США, зумовлений прагненням забезпечити військову перевагу. Модернізація здійснювалася шляхом якісного оновлення технічного устаткування навчального процесу, форм і методів навчання. Посилюється матеріально-фінансове забезпечення середніх і вищих шкіл. Удосконалюються навчальні програми, зокрема з математичних та природознавчих дисциплін. Широко впроваджується ідея програмованого навчання, школа перетворюється з елітарного інституту на масовий [208, с. 8].

У галузі фінансування вищої медичної освіти також відбулися суттєві зміни. У 1950-х роках почали видаватися федеральні гранти на підтримку медичних шкіл та університетських лікарень. У практику входить отримання грантів на наукові дослідження [353, с. 4].

Після Другої світової війни викладачі медичних шкіл продовжували підкреслювати важливість «активного навчання» (active learning) та виховання навичок розв’язання професійних завдань. Проте післявоєнний період ознаменувався впровадженням кількох важливих дидактичних нововведень: розробка навчального плану, заснованого на вивченні систем органів (1950-ті роки), винахід «проблемного» навчання Макмастером (1970-і роки), впровадження програми первинної медичної допомоги Університетом Нью-Мексико (1980-ті роки); створення програми «Новий шлях» в

Гарвардській медичній школі (1980-ті роки). Крім того, усі медичні школи скоротили обсяг необхідного навантаження, збільшили можливості для вибору дисциплін та почали залучати студентів до клінічної практики протягом першого та другого років медичної школи.

Відображаючи зміни у суспільстві, медичні школи також стали більш репрезентативними для різноманітних груп населення, яке вони обслуговували. Релігійні квоти щодо унеможливлення навчання єврейських та католицьких студентів, які існували в багатьох медичних школах на початку 1920-х років, зникли в 1950-х роках після виявлення нацистських звірств та змін у законах про громадські права.

Вища медична освіта також суттєво змінилася після Другої світової війни. Наприкінці 1940-х та 1950-х років проходження резидентури стало доступним для всіх випускників медичних закладів, а не лише для академічної еліти. У період з 1940 до 1970 років кількість місць в резидентурі американських лікарень збільшилася з 5796 до 46258.

Суттєві зміни наступили в 60-і роки, які відзначилися значними успіхами в різних сферах життя, у тому числі й в медицині, і сплеском громадської активності. Велике суспільство (Great Society) – це сукупність внутрішніх програм, які було прийнято 1964 року в США за ініціативою президента Л. Джонсона з метою побудови «великого суспільства», у якому не буде бідності. Двома найважливішими цілями «Великого суспільства» стало проведення соціальних реформ із метою викорінення бідності та расової сегрегації. Також було запущено нові й вкрай важливі програми з реформування освіти й системи медичного обслуговування. За вирішенням проблем урбанізації та транспорту «Велике суспільство» в цілому нагадувало «Новий Курс» Ф. Рузвельта, але головна відмінність полягала в прийнятих програмах. У той час, як деякі з програм були згорнуті або їх фінансування було суттєво скорочено, більшість із них, такі як Медікер (Medicare) і Медікейд (Medicaid), а також програма федерального фінансування освіти, продовжують діяти досі.

Багато програм у межах «Великого суспільства» значно розширили федеральну підтримку освіти. Унаслідок Закон про вищу освіту 1965 року було створено федеральні стипендії та позики для студентів коледжів, надано субсидії кращим академічним бібліотекам, засновано декілька нових технічних інститутів, аудиторії для кількох сотень тисяч студентів, 25-30 нових громадських коледжів на рік. Окремий законопроект про освіту, прийнятий у тому ж році, надавав аналогічну допомогу стоматологічним та медичним школам [350].

Загалом, кінець 1950-х – 1960-і роки стали часом конфліктів на півдні країни й остаточного викорінення системи сегрегації. Перемога руху стимулювала посилення боротьби за права жінок, етнічних та інших меншин. Цей період закінчився, коли американське суспільство зазнало потрійного удару: в 1973 році США довелося вивести війська з В'єтнаму; різке підвищення цін країнами-експортерами нафти призвело до енергетичної кризи, яка переросла в економічну; а в 1974 році президент Р. Ніксон був змушений піти у відставку під загрозою неминучого імпичменту.

Також у 1960-1970-х роках впроваджується принцип «висока якість навчання для всіх». Зростає доступність навчання за допомогою законодавчих та адміністративних заходів, спрямованих на забезпечення рівності різних рас та національностей [208, с. 8].

1960-і роки для американської освіти були періодом різких змін. Це період студентських демонстрацій, якими було охоплено багато університетських містечок, та протестів – передусім проти війни у В'єтнамі. Виступи студентів справили суттєвий вплив на американську освіту й суспільство, причому не лише в коротко-, але й в довготривалій перспективі. Разом із тим відбулися й інші важливі події, які суттєво вплинули на освіту, зокрема страйк учителів Нью-Йорка 1968 року; рух за громадянські права на чолі з Мартіном Лютером Кінгом-молодшим; широке впровадження новітніх освітніх методик, які підтримували багато учених-теоретиків; відмова від читання молитов у школах [365, с. 397]. Ці події сприяли деяким вкрай важливим змінам в освітній сфері ХХ століття, які відбувалися дуже швидко.

В академічних колах дедалі наполегливіше звучали думки про необхідність перебудови медичних та освітніх структур із метою зміцнення престижу професії сімейного лікаря. 1966 року Комітет Віларда (комітет із питань освіти в галузі сімейної медицини, названий за прізвиськом свого голови), поряд із двома іншими авторитетними комісіями опублікував доповідь, де рекомендувалося змінити співвідношення кількості лікарів спеціалізованої та загальної практики в США й підвищити якість підготовки фахівців у сфері сімейної медицини. Крім того, Комітет Віларда закликав увести в медичних ВНЗ нову спеціальність під назвою «сімейна практика», розробив її концепцію та окреслив відповідну програму навчання.

У зазначений період також відбулося перетворення вищої школи США в багатоступеневий механізм. У системі вищої освіти США сформувалися такі види навчальних закладів:

- а) дворічні коледжі гуманітарних і природничих наук;
- б) чотирирічні коледжі гуманітарних і природничих наук;
- в) дослідні та професійні школи університетів і коледжів з терміном навчання від року до 4-х років.

Одночасно активізувалися процеси інтеграції та кооперації ВНЗ, що дозволило здійснювати міждисциплінарний підхід до навчання. Перехід американської вищої школи на міждисциплінарну основу підготовки фахівців спричинив структурні зміни й всередині самих університетів, зокрема створення міждисциплінарних департаментів. Поряд зі структурними змінами у вищій школі США відбулися й значні кількісні зрушення, пов'язані зі зміною чисельності різних типів ВНЗ, студентів, прийнятих на навчання, професорсько-викладацького штату.

У цей період у вищій школі США було впроваджено цілу низку нових напрямів в організації навчального процесу: міждисциплінарний принцип навчання, гуманітаризація освіти, інтенсифікація навчального процесу; система керованої (контрольованої) факультативності, система індивідуалізованого навчання (система тьюторства), застосування активних методів у процесі навчання.

Таким чином, у цей період актуальним стало питання забезпечення рівних громадянських прав та доступності освіти, яке успішно вирішили через надання грантів на наукові дослідження. У галузі фінансування вищої медичної освіти також відбулися суттєві зміни, оскільки у відповідь на фінансові виклики почали видаватися федеральні гранти на підтримку медичних шкіл та університетських лікарень. Усі ці зміни стали й основою, і результатом нової історичної реальності – глобалізованого суспільства.

Зупинимось детальніше на визначенні поняття «глобалізація». Наприкінці 1970-х років цей термін увійшов до наукового обігу соціології, згодом – у ширший вжиток. Під глобалізацією розуміють процес створення єдиного культурного, економічного правового, освітнього та інформаційного простору. Основними ознаками глобалізованого суспільства є стандартизація та уніфікація різних сфер людської діяльності, створення транснаціональних компаній, зростання ролі мережі Інтернет та англійської мови.

***Розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації*** (1975 – наш час.) характеризується зростанням її доступності для різних груп населення та іноземних громадян. У цей період особливого значення набувають Академічні центри здоров'я – сплави медичної школи й університетської лікарні, які стали залучати найбільш кваліфікованих фахівців з усього світу, ставши надзвичайно впливовими й складними закладами освіти й наукових досліджень. Загалом цей період характеризується логічною послідовністю перетворень, які стали відповіддю на виклики епохи глобалізації – потужні міграційні процеси, стрімкий розвиток науки, техніки, інформаційних технологій, створення єдиного економічного, освітнього, інформаційного простору, періодичні військові загострення, природні та екологічні кризи тощо. Детально особливості розвитку американської медичної освіти в умовах глобалізації буде розглянуто в параграфі 2.3.

Узагальнимо пропоновану періодизацію розвитку системи медичної освіти США у формі таблиці 1.4.

Таблиця 1.4. Періодизація розвитку вищої медичної освіти в США

Етапи / Періоди	Часові межі
<b>Критерій періодизації:</b> домінуюча науково-педагогічна парадигма, у межах якої розвивається вища медична освіта;	
Дореформений етап	до 1910 р.
Післяреформений етап	1910 – наш час
<b>Критерій періодизації:</b> характер політичних, соціальних та економічних подій в країні.	
Доколоніальний період	до 1620 р.
Колоніальний період	1620 – 1783 рр.
● Субперіод перших колоніальних коледжів	1620 – 1775 рр.
● Субперіод Війни за незалежність	1775 – 1783 рр.
Період становлення національної системи медичного забезпечення	1783 – 1910 рр.
● Субперіод перших політичних дебатів	1783 – 1861 рр.
● Громадянська війна	1861 – 1865 рр.
● Субперіод Реконструкції Півдня	1865 – 1877 рр.
● Ера прогресивізму	1877 – 1910 рр.
Період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти	1910 – 1975 рр.
● Перша світова війна та міжвоєнний час	1910 – 1930 рр.
● Велика депресія	1930 – 1933 рр.
● Новий курс	1933 – 1941 рр.
● Друга світова війна	1941 – 1945 рр.
● Субперіод освітніх реформ	1945 – 1975 рр.
Розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації	1975 – наш час

Таким чином, дослідження історії становлення та розвитку системи освіти дозволило виявити своєрідність розвитку її окремих етапів, специфіку, пов'язану з соціально-економічним рівнем розвитку американського суспільства, тенденцію його культурного становлення в певний відрізок часу. На кожному етапі ставилися й вирі-



шувалися по можливості завдання щодо виконання освітніх потреб американського суспільства. Звичайно, ця схема періодизації освітньої системи не претендує на остаточний і незаперечний варіант, можливі певні уточнення.

## ***Висновки до першого розділу***

В українській історико-педагогічній науці теоретичні та організаційні засади підготовки лікарів у США не належать до добре вивчених проблем. Проаналізовано стан дослідженості окресленої проблеми у вітчизняних і зарубіжних наукових джерелах. Узагальнено, що основну увагу вчених зацентровано на загальних питаннях формування системи медичної освіти: її становлення, модернізація та реформування на різних етапах розвитку. Установлено джерела дослідження: докторські та кандидатські дисертації українських дослідників, монографії, наукові статті в періодичних виданнях, тези доповідей на конференціях, симпозіумах, семінарах, книги зарубіжних, зокрема американських учених, їх монографії, статті, дисертаційні дослідження, пов'язані з американською практикою організації медичної освіти. Виявлено, що в багатьох наукових дослідженнях висвітлено не лише теоретичні засади, а й практичний досвід в освітніх закладах США медичного профілю, представлено різні аспекти окресленої проблеми, а саме: культурологічний, соціально-політичний, педагогічний, економічний, психологічний, юридичний, історичний, методичний та інші. З'ясовано, що досвід організації медичної освіти США, відображений у доробку американських науковців, є цінним для осмислення та запозичення його позитивних ідей іншими країнами, зокрема Україною

Історико-педагогічний аспект вивчення системи професійної підготовки лікарів є одним із найвагоміших у межах нашого дослідження, оскільки саме він забезпечує критичне осмислення досягнень чи поразок минулого. Сучасна вища медична освіта в США є унікальним явищем в основному завдяки історичному розвитку,

повному соціально-економічних викликів, і здатності американського правління швидко й ефективно реагувати на потреби того чи іншого часу. Це підтверджує ретроспективний аналіз розвитку та функціонування системи вищої медичної освіти в США протягом XVII – XXI століть.

Становлення системи медичної освіти в США розпочалося з колонізацією Північної Америки. При організації навчального процесу перші американські коледжі копіювали англійську систему вищої освіти. Після здобуття країною незалежності у зв'язку з розвитком економіки й швидким зростанням населення виникла необхідність у забезпеченні потреби охорони здоров'я і освіти. У результаті цього в системі професійної підготовки фахівців почалися значні перетворення. Зокрема, зросла кількість коледжів та університетів, було сформульовано два основні принципи американської вищої школи загалом: автономія навчального закладу й свобода студентів у виборі предметів і курсів.

Військові конфлікти на території США та за їх межами відігравали роль стимулу до розвитку окремих галузей медицини та популяризації медичної професії, проте не приносили фундаментальних перетворень. Одним із важливих нововведень, які відіграли важливу роль у розвитку американської вищої медичної освіти, стало прийняття Акту Моррілла, згідно з яким у кожному штаті вищим навчальним закладам безкоштовно було виділено землі для будівництва та організації навчальних закладів прикладних спеціальностей.

Важливими віхами в розвитку американської медичної освіти стало створення відповідних координаційних та контролюючих організацій. Так, для координації системи освіти загалом було засновано Національний комітет з питань освіти, а медичної освіти – Американську медичну асоціацію та Асоціацію американських медичних коледжів. Це стало початком поступового впровадження стандартів освіти, яку надають в медичних навчальних закладах.

Фундаментальні перетворення в галузі вищої медичної освіти США наступили з публікацією Звіту А. Флекснера, за закликом яко-

го було запропоновано знизити кількість медичних шкіл, ускладнити вимоги для вступу в медичний навчальний заклад, залучати працівників та студентів таких закладів до ґрунтовних наукових досліджень, підсилити контроль держави в ліцензуванні медичних навчальних закладів тощо. Ці реформаційні процеси стали відправною точкою розвитку сучасної американської медичної освіти.

У ХХ столітті накопичення знань та розвиток медичної науки сприяв диференціації медичної професії в окремі підгалузі та впровадженню інституту інтернатури й резидентури. Паралельно з ростом фінансування й розширенням системи Національних інститутів здоров'я, надбанням нових знань та практичного досвіду стрімко розвивається навчальна й наукова діяльність у сфері медицини. Холодна війна, хоч і була загалом негативним явищем у соціальному сенсі, привела до стрімкого розвитку науки й освіти, зокрема медичної. Прийняття низки законодавчих актів (Солдатський білл про права, Звіт комітету Трумена, Закон про громадські права) та системи грантів сприяли доступності освіти, у тому числі медичної освіти, яка тривалий час залишалася елітарною.

У ході виконання завдань дослідження було запропоновано авторську періодизацію розвитку американської вищої медичної освіти. Для цього ми відштовхувалися від розуміння періоду як історичного етапу в розвитку вищої медичної освіти, що характеризується визначними подіями, явищами або процесами. Критеріями обґрунтування історико-педагогічної періодизації розвитку вищої медичної освіти США стали:

- 1) домінуюча науково-педагогічна парадигма, у межах якої розвивалася вища медична освіта;
- 2) характер політичних, соціальних та економічних подій в країні.

В основу класифікації за першим критерієм було покладено Звіт А. Флекснера, який став підґрунтям багатьох перетворень у галузі медичної освіти. Таким чином, було виділено

- а) дореформений етап,
- б) післяреформений етап.

Дореформений етап характеризується «учнівською» моделлю здобуття медичної освіти, великою кількістю неакредитованих приватних медичних шкіл, відсутністю наукових досліджень у межах навчальних закладів. Післяреформений етап представив нову парадигму професійної підготовки лікарів, яка передбачала академічність самої освіти, розширення кола фундаментальних та природничих дисциплін, які вивчали студенти-медики, упровадження масштабних наукових досліджень у межах навчальних закладів, скорочення числа медичних шкіл через жорстке інспектування та акредитацію.

За критерій другої класифікації було взято характер політичних, соціальних та економічних подій у країні й виділено такі періоди: доколоніальний, колоніальний, період становлення національної системи медичного забезпечення, період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти, розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації.

Доколоніальний період характеризувався відсутністю єдиної централізованої стандартизованої педагогічної системи. Передача медичних знань відбувалася в усній формі й базувалася на багатомісячному емпіричному досвіді корінних жителів Америки.

Колоніальний період розпочався із поселенням пуритан-емігрантів на території США. Основними здобутками цього періоду є запровадження інституту обов'язкової освіти, відкриття перших колоніальних коледжів, становлення медичної освіти у формі «учнівської» моделі навчання.

Окрім того, що період становлення національної системи медичного забезпечення був часом фундаментальних соціально-політичних перетворень, він відіграв важливу роль у становленні медичної освіти США. Унаслідок активних політичних дискусій, становлення законодавчої бази всієї країни загалом, територіальної експансії, розвитку економіки, виникає потреба в працівниках економічної, політичної, медичної, освітньої сфер. Відбувається реформування чинної «учнівської» моделі,

утверджується уявлення про роль медичної освіти як вироблення проблемного та критичного мислення, умінні знаходити та оцінювати інформацію. З'явилася ідея відкриття нових знань через клінічні дослідження. Це сприяло перетворенню медичних шкіл із автономних установ у частини університетів як потужних навчально-дослідницьких закладів.

Період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти характеризується необхідністю подолання кількох соціальних викликів. Одним із них стала боротьба із сегрегацією в галузі освіти загалом та медичної освіти зокрема. Проте найбільші здобутки цього періоду стосувалися власне структури навчання в медичній школі. Так, було додано нові дисципліни та лабораторні й наукові роботи до навчального плану, впроваджено чотирирічний навчальний план з дев'ятимісячними семестрами, окремі приватні медичні школи поступово почали заміщуватися медичними школами при університетах. Упродовж цього часу в медичних школах було накопичено великі фінансові ресурси, збудовано нові лабораторії, упроваджено етапи інтернатури та резидентури як необхідні віхи професійної підготовки лікаря.

Цей період став показником готовності США до викликів часу. Унаслідок двох масштабних військових конфліктів, які сталися протягом доволі короткого періоду, американська освітня система почала змінюватися та розвиватися. Актуальним в Америці стало питання забезпечення рівних громадянських прав та доступності освіти, яке успішно вирішили завдяки грантам на наукові дослідження. У галузі фінансування вищої медичної освіти також відбулися суттєві зміни, оскільки у відповідь на фінансові виклики почали видаватися федеральні гранти на підтримку медичних шкіл та університетських лікарень. Одночасно активізувалися процеси інтеграції та кооперації ВНЗ, що дозволило здійснювати міждисциплінарний підхід до навчання. Перехід американської вищої школи на міждисциплінарну основу підготовки фахівців привів до структурних змін і всередині самих університетів, а саме до створення міждисциплінарних департаментів.

Розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації характеризується особливо активною участю президентів США у формуванні освітнього курсу країни. Загалом цей період відзначається тенденцією істотного посилення державного регулювання вищої освіти як на законодавчому, так і на адміністративному рівні. Це проявилось в реформуванні системи федерального й штатного управління вищою школою, у зростанні значення системи законодавчого регулювання вищої освіти США. Стала відчутною стійка тенденція до зміни методів, технологій, форм здобуття вищої освіти з метою забезпечення індивідуалізації, гуманізації та інтенсифікації навчального процесу, в тому числі за допомогою розширення використання нових технологій в освітньому процесі.

## **Розділ 2**

# **УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ США**

### ***2.1. Система основних понять у контексті дослідження професійної підготовки лікарів у США***

Для успішного вивчення освітньої системи необхідним є чітке розуміння базових понять не тільки української, але й американської освіти, тобто дослідження проблеми, окресленої нами вище, потребує аналізу її понятійного апарату. Розвиток, систематизація та вдосконалення понятійної системи педагогіки є однією з перманентних і постійно актуальних проблеми науки. Уся сукупність понять педагогіки, яка є безліччю різноманітних, часом протилежних одна одній теорій, концепцій, ідей, положень, уявлень, відображає її структуру більш чи менш – залежно від рівня й стану розвитку самої науки – повно й адекватно.

Поняття за своїм обсягом та змістом знаходяться в певних взаємозв'язках, взаємозумовлених відносинах між собою, доповнюють і розкривають одне одного, утворюючи при цьому цілісність. Навіть якщо йдеться про поняття, які виражають концепти будь-яких альтернативних теорій, вони завжди логічно взаємопов'язані. Саме це дає можливість науковцям, незалежно від конкретних наукових позицій і поглядів, легко розуміти аргументи інших дослідників, дискутувати з ними й доводити свою точку зору.

Поняття змінюються залежно від історичної ситуації в країні та світі, тієї об'єктивної дійсності, яку вони покликані відобразити. На еволюцію понятійного апарату впливають численні соціальні, ідеологічні, політичні та інші фактори, а також рівень розвитку педаго-

гічної теорії та практики. У межах нашого дослідження релевантним є визначення таких основних понять, як «освіта», «вища освіта», «професійна освіта», «медична освіта», «якість», «моніторинг», «управління» тощо та встановлення логічних зв'язків між ними.

Одною з головних особливостей галузі охорони здоров'я США є пацієнтоцентричність. Пацієнтоцентричність, за визначенням А. Рейнолдса й С. Саха, це сукупність заходів та активних дій, спрямованих на досягнення цілей, важливих для пацієнта, його психологічного та фізичного комфорту, а також моніторинг виконання цих дій [440, с. 134]. Автор зазначає, що пацієнтоцентричність – одна з ключових тенденцій розвитку сучасної американської медицини, та наголошує на необхідності формування компетентностей, які б озброїли майбутніх лікарів знаннями та вміннями, необхідними не лише для досягнення кінцевого фактичного результату – усунення захворювання, а й для покращення особистісної взаємодії з пацієнтом, створення оздоровчого комфортного середовища для хворого. Відтак, очевидно, що поняття особистості пацієнта відіграє ключову роль у системі базових понять медичної освіти США.

Окрім поняття «особистість», у науковому обігу часто вживаються терміни «людина», «індивід», «індивідуальність». Певною мірою вони є синонімічними, оскільки позначають біологічну істоту – *homo sapiens* (людина розумна), проте з точки зору педагогіки містять певні відмінні складові [163, с. 158].

Людина – це родове поняття, яке вказує на належність істоти до вищого ступеня розвитку живої природи – людського роду. У понятті «людина» закладено генетичну зумовленість розвитку власне людських ознак і якостей.

Індивід – це одиничний представник виду *homo sapiens*. Як індивід люди відрізняються один від одного не тільки морфологічними особливостями (такими, як зріст, тілесна конституція і колір очей), а й психологічними властивостями (здібностями, темпераментом, емоційністю).

Індивідуальність – це сукупність неповторних особистісних властивостей конкретної людини, своєрідність її психофізіологічної



структури (тип темпераменту, фізичні й психічні особливості, інтелект, світогляд, життєвий досвід).

Співвідношення індивідуальності й особистості визначається тим, що це два способи буття людини, два його різних визначення. Становлення особистості – це процес соціалізації людини, який полягає в засвоєнні нею родової, суспільної дійсності, що завжди здійснюється в конкретно-історичних обставинах життя людини. Становлення особистості пов'язане з прийняттям індивідом вироблених у суспільстві соціальних функцій і ролей, соціальних норм і правил поведінки, з формуванням умінь будувати відносини з іншими людьми. Сформована особистість є суб'єктом вільної, самостійної і відповідальної поведінки в соціумі. Таким чином, у поняттях «особистість» та «індивідуальність» зафіксовані різні сторони, виміри духовної сутності людини.

За визначенням С. Гончаренка, особистість – конкретна, цілісна людська індивідуальність у єдності її природних і соціальних якостей [39, с. 243]. У вузькому трактуванні, на думку вченого, особистість – це суб'єкт соціальної діяльності, властивості якого детерміновані конкретно-історичними умовами життя суспільства. Як зазначає науковець, з точки зору педагогіки і психології, особистість – це певне поєднання психічних (включаючи психофізіологічні й соціально-психологічні) властивостей: спрямованості (потреби, мотиви, інтереси, світогляд, переконання тощо), рис темпераменту й характеру, здібностей, особливостей психічних процесів (відчуття, сприймання, пам'яті, мислення, уяви, уваги, емоційно-вольової сфери).

В американській освітній традиції поняття людини (human, human being) вживається рідко [230, с. 152]. Натомість вчені часто послуговуються терміном особа (individual), яке тотожне поняттю індивіда, а в деяких випадках – поняттю «людина». Так, за визначенням юридичного словника, індивід (individual) – це окрема людська істота, відмінна від групи осіб [247, с. 618.]

У західній педагогічній науці найбільш загальне визначення особистості (personality) таке: це сукупність індивідуальних пове-

дінкових, 1когнітивних та емоційних характеристик, які розвиваються в людини / індивіда залежно від його біологічного та соціального середовища [280, с. 256]. Загалом можна визначити два підходи до дефініції цього терміну. Згідно з першим підходом, особистість – це сукупність характеристик, які виділяють індивіда з-поміж усіх інших представників певної групи людей. Сюди належать емоційно-вольові, поведінкові, інтелектуальні, ціннісно-орієнтаційні особливості. Так, за визначенням Ф. Гольцмана, особистість – це характерний стиль мислення, відчуття та поведінки. Учений акцентує на тому, що особистість – це складне утворення, яке в контексті освіти охоплює цінності, вольові особливості, стиль мислення та інші релевантні характеристики людини.

Згідно з другим підходом, особистість – це сукупність рис, які відрізняють людину від усіх інших видів живих істот. У межах цього підходу очевидним є певне ототожнення понять «особистість» і «людина». Проте більшість педагогів та психологів наполягають на необхідності системного підходу до розгляду особистості, враховуючи як індивідуальні особливості кожного, так і загальні психологічні механізми, властиві для всіх людей.

Проблема особистості пацієнта є ключовою при підготовці лікарів в університетах США. У цьому контексті невід’ємними є поняття взаємин лікаря й пацієнта та ятрогенії. Ятрогенія (iatrogenesis) – погіршення фізичного або емоційного стану людини, ненавмисно спровоковане медичним працівником. За визначенням Медичного словника, ятрогенія – це термін, що позначає негативний вплив одного чи багатьох працівників охорони здоров’я на хворого шляхом виконання процедур, призначення препаратів, які призвели до погіршення стану пацієнта [361; 453, с. 524]. Із довоєнного періоду до 1970-х років цей термін використовувався переважно для позначення психогенних хвороб, що виникають від необережного висловлювання лікаря [73, с. 165]. У наш час в українському та американському науковому обізі термін використовується для позначення будь-яких станів, спровокованих діями медичних працівників. У США цей термін часто ототожнюється з поняттям лікарської помилки

(medical error) та займає важливе місце при підготовці майбутніх лікарів у межах різних навчальних дисциплін (медична етика, медичне право тощо) [362, с. 67].

Як зазначалося, і в українській, і в американській освітній традиції існують різні трактування поняття «особистості», проте більшість із них акцентують увагу на залежності формування особистості від мотивації та психологічної взаємодії індивіда з навколишнім середовищем [444, с. 42]. Таким чином, у західній педагогічній традиції особистість розглядається в тісному зв'язку з освітою (навчанням і вихованням) [257, с. 1323; 415, с. 754].

Зрозуміло, що освіта є об'єктом дослідження різних галузей знань: філософії, педагогіки, соціології, економіки, юриспруденції тощо. Представниками цих наук запропоновано доктринальні визначення освіти й навчання, які суттєво відрізняються один від одного (навіть всередині однієї галузі знань). Наприклад, у педагогіці окремі автори пропонують процесуальний підхід до визначення поняття «освіта», розглядаючи її як процес і результат засвоєння людиною соціального досвіду, системи знань, умінь і навичок, необхідних для життя в суспільстві, а навчання – як спільну діяльність учня і вчителя, спрямовану на досягнення навчальних цілей, оволодіння знаннями, вміннями й навичками, закладеними навчальними планами й програмами. Інші науковці розглядають освіту як результат зазначеного процесу.

Деякі автори наголошують на тому, що термін «освіта» використовується в трьох значеннях: а) як система здобуття досвіду, кваліфікації, б) як рівень отриманої освіти (освітній ценз), в) зміст і процес навчання й виховання, результатом якого є загальний і професійний розвиток особистості студента.

Американський учений К. Гемм виділяє три інші підходи до використання цього поняття. Перше, соціологічне використання поняття «освіта» отримало свою назву через те, що воно часто застосовується соціологами при описі виховного впливу народу чи суспільства на дитину. Такий опис здебільшого передбачає практику шкільної освіти, але не обов'язково, оскільки в деяких суспільствах

немає формальних шкіл, а дітей навчає батько, матір або спільнота. Таким чином, діти навчаються (окультурюються, соціалізуються) через процес, який варіює від моделювання учнівства до формальної дидактичної системи. Важливо відзначити, що це використання поняття «освіта» не обов'язково стосується формальної освіти чи досягнення загальної освіченості. Акцент робиться на практиці соціалізації дитини в конкретній культурі.

Друге, інституційне або «шкільне» використання терміну «освіта» означає посилення на розвиток людини в результаті впливу школи або інших формальних освітніх установ.

По-третє, поняття «освіта» використовується у значенні загальної освіченості, коли йдеться про освіту як щось таке, що може чи не може відбуватися в навчальних закладах, або може чи не може бути результатом соціалізації. Тоді освіта розглядається як певне людське досягнення, яке вважається найбільш цінним етапом розвитку інтелекту, що характеризується знаннями та розумінням. Така початкова концепція освіти вже існувала в ранній Греції й називалася «*paedia*». Це використання дозволяє сміливо сказати, що певні форми соціалізації сприяють освіті [279, С. 32–33].

За визначенням Енциклопедії освіти, освіта – це цілеспрямована пізнавальна діяльність людей з отримання знань, умінь та навичок або щодо їх вдосконалення; процес і результат засвоєння особистістю певної системи наукових знань, практичних умінь та навичок і пов'язаного з ними того чи іншого рівня розвитку її творчої та інтелектуально-пізнавальної діяльності, а також морально-естетичної культури, які у своїй сукупності визначають соціальне обличчя та індивідуальну своєрідність цієї особистості [55, с. 40]. На думку В. В. Ягупова, освіта – певна сукупність систематизованих знань, умінь і навичок, поглядів і переконань, певної практичної підготовки, що досягаються в навчально-виховному процесі [210, с. 151].

Дещо інший вектор у розумінні цього поняття пропонує С. Гончаренко, на думку якого, освіта – це духовний образ людини, який складається під впливом моральних і духовних цінностей, які є над-

банням її культурного середовища, а також процес виховання, само-виховання, впливу, шліфування, тобто власне процес формування духовного світу людини [39, с. 241].

Ще іншу точку зору висловлює Л. Лук'янова, на думку якої, освіта є одним із найбільш оптимальних способів входження людини у світ науки та культури, оскільки саме в процесі здобування освіти людина засвоює культурні цінності [133, с. 8].

Як бачимо, попри певну неоднозначність у трактуванні поняття «освіта» українськими й зарубіжними вченими, можна виокремити кілька спільних визначення, які в американській педагогічній теорії базуються на процесуальному підході. Узагальнено дефініції цього терміна в американській освітній традиції в таблицях 2.1 і 2.2.

**Таблиця 2.1. Дефініція поняття «освіта» у працях американських педагогів ХХ – ХХІ століття**

№ п/п	Автор	Структура поняття						
		1	2	3	4	5	6	7
1	В. Джеймс (W. James) [364]	+	+	+	+			
2	К. Кесл (C. Kaestle) [368]	+			+			+
3	Д. Ревіч (D. Ravitch) [430]	+		+	+			+
4	Л. Крімін (L. Cremin) [285]	+			+		+	
5	Л. Гайгер (L. Geiger) [331]	+			+			
6	В. Джейнс (W. Jaynes) [365]	+				+		
7	Е. МакКлеллан (E. McClellan) [398]	+		+				

1. Дія чи сукупність дій, спрямованих на здобуття знань
2. Процес здобуття знань людиною
3. Галузь людської діяльності, пов'язана з вивченням методів та прийомів навчання
4. Сукупність знань, умінь, навичок, здобутих в процесі навчання
5. Інформація про конкретний предмет, здобута в процесі навчання

6. Офіційна діяльність з просвітництва суспільства в спеціально створених закладах

7. Етап розвитку людини, пов'язаний із здобуттям кваліфікації

Таблиця 2.2. Дефініція поняття «освіта» в англомовних тлумачних словниках

№ п/п	Автор	Структура поняття						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Оксфордський освітній словник [488]		+	+	+	+		
2	Кембриджський словник [262]		+	+				
3	Словник Меріам-Вебстер [470]	+	+	+				
4	Словник Коллінс [306]		+	+	+			+
5	Словник ділових термінів [305]				+			
6	Глосарій освітніх термінів [308]			+				
7	Словник юридичних термінів [307]	+	+	+				+

1. Дія чи сукупність дій, спрямованих на здобуття знань

2. Процес здобуття знань людиною

3. Галузь людської діяльності, пов'язана з вивченням методів та прийомів навчання

4. Сукупність знань, умінь, навичок, здобутих в процесі навчання

5. Інформація про конкретний предмет, здобута в процесі навчання

6. Офіційна діяльність з просвітництва суспільства в спеціально створених закладах

7. Етап розвитку людини, пов'язаний із здобуттям кваліфікації

Складовою системи всієї освіти є вища освіта, яка забезпечує фундаментальну наукову, професійну та практичну підготовку. Наприкінці ХХ століття цей термін було введено до пріоритетних понять ЮНЕСКО і визначено як провідний чинник збільшення обсягу

людського капіталу націй і засобу забезпечення конкурентоспроможності економіки країни [106, с. 16].

За визначенням Національної освітньої спілки США, вища освіта є факультативним завершальним етапом формальної освіти, що здійснюється після закінчення середньої освіти в університетах, академіях, коледжах, семінаріях, консерваторіях та технологічних інститутах [417, с. 2]. Право доступу до вищої освіти згадується в багатьох міжнародних документах із прав людини. У Статті 13 Міжнародного пакту ООН про економічні, соціальні та культурні права 1966 року йдеться про те, що «вища освіта повинна стати однаково доступною для всіх на основі рівних можливостей, усіма відповідними засобами та, зокрема, шляхом поступового введення безкоштовної освіти» [119]. У Європі Стаття 2 Першого протоколу до Європейської конвенції з прав людини, прийнятої в 1950 році, зобов'язує всі сторони, що підписали її, гарантувати право на освіту [56, с. 32].

У вітчизняній педагогічній науці знаходимо двояке трактування поняття «вища освіта». За визначенням Енциклопедії освіти, вища освіта – це вершинна стадія багаторічного формування працівника-професіонала [55, с. 254]. У Національному освітньому глосарії запропоновано визначення вищої освіти як формальної освіти, що надається на найвищих (5-му і 6-му) освітніх рівнях за Міжнародною стандартною класифікацією освіти в університетах, інших закладах вищої освіти / вищих навчальних закладах та відповідає 5–8-им рівням Європейської рамки кваліфікацій для навчання впродовж життя [128, с. 15].

У Законі України «Про вищу освіту» вказано, що «вища освіта – це сукупність систематизованих знань, умінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, інших компетентностей, здобутих у вищому навчальному закладі чи науковій установі у відповідній галузі знань за певною кваліфікацією на рівнях вищої освіти, що за складністю є вищими, ніж рівень повної загальної середньої освіти» [149].

За визначенням С. Гончаренка, вища освіта – це рівень освіти, яку здобувають на базі середньої у вищих навчальних закладах і який підтверджується офіційно визнаними документами (дипломами, сертифікатами тощо). З іншого боку, вища освіта – це результат засвоєння такої сукупності систематизованих знань і навичок діяльності, яка дає можливість фахівцеві самостійно й відповідально розв’язувати дослідницькі й практичні завдання, творчо використовуючи й розвиваючи досягнення науки, техніки, культури [39, с. 54].

Із позиції Оксфордського словника педагогічних термінів, вища освіта – це сукупність навчальних програм, які ставлять за мету здобуття та підвищення кваліфікацій, що входять у національний перелік кваліфікацій та спеціальностей [351].

Отже, вища освіта – це всі види освіти на базі середньої професійної або середньої загальної освіти, що здійснюються у вищому навчальному закладі за основними освітніми програмами, відповідає вимогам державних освітніх стандартів. Вища освіта має на меті підготовку й перепідготовку фахівців відповідного рівня, який задовольняє потреби особистості в поглибленні й розширенні освітнього рівня на базі середньої професійної або середньої загальної освіти й реалізована в освітніх установах вищої професійної освіти.

Професійна освіта, на думку О. Сухомлинської, – це процес і результат професійного становлення та розвитку особистості, що супроводжується умовою наявності знань, умінь, навичок та педагогічних компетентностей за конкретними спеціальностями та професіями [172, с. 42].

За визначенням Педагогічного енциклопедичного словника, професійна освіта – це соціально й педагогічно організований процес трудової соціалізації особистості, що забезпечує орієнтацію і адаптацію в світі професій, оволодіння конкретною спеціальністю та рівнем кваліфікації, неперервний ріст компетентності, майстерності та розвиток здібностей у різноманітних сферах людської діяльності [17, с. 293]. Як сукупність знань, практичних умінь і навичок, необхідних для виконання роботи в певній галузі трудової діяльності розглядає професійну освіту М. Фіцула [192, с. 12].



С. Гончаренко визначає це поняття як підготовку в навчальних закладах спеціалістів різних рівнів кваліфікації для трудової діяльності в одній із галузей народного господарства, науки, культури; невід'ємну складову єдиної системи народної освіти. Учений зазначає, що зміст професійної освіти включає поглиблене ознайомлення з науковими основами й технологією обраного виду праці; прищеплення спеціальних практичних навичок і вмінь; формування психологічних і моральних якостей особистості, важливих для роботи у певній сфері людської діяльності [39, с. 274]. Не слід плутати поняття «професійної освіти» й «професійної підготовки». Під професійною підготовкою розуміють систему організаційних і педагогічних заходів, що забезпечує формування в особистості професійної спрямованості, знань, навичок, умінь і професійної готовності.

Одним із видів професійної освіти є медична освіта. Термін «медична освіта» увійшов у загальний вжиток 1808 року, коли було відкрито медичний факультет в університеті Монпельє у Франції. Медицина – це система наукових знань і сукупність практичних заходів, спрямованих на запобігання недугам, лікування хворих та охорону й зміцнення здоров'я людини [94, с. 382]. Відповідно, медична освіта – система фахової підготовки й удосконалення лікарів, провізорів, середнього медичного персоналу й науково-педагогічних медичних кадрів [186, с. 202].

За визначенням Енциклопедії Британніка, медична освіта – це освіта, пов'язана з практикою лікаря; або початкове навчання, цілтю якого є здобуття професії лікаря (наприклад, медична школа чи стажування), або додаткове навчання після цього (наприклад, резидентура, ординатура, безперервна медична освіта) [403].

Оскільки медична освіта є професійною освітою, її функціонування та тенденції розвитку не можна розглядати у відриві від європейського й світового контексту розвитку вищої освіти. Вона забезпечується мережею медичних, фармацевтичних та стоматологічних коледжів, інститутів, академій і університетів, у яких здійснюється середня спеціальна та вища фахова підготовка, перекваліфікація та

удосконалення майстерності, а також післядипломна освіта медичних кадрів різного рівня [106, с. 21]

Однією з найбільш важливих тенденцій сучасної медичної освіти США є особлива увага до забезпечення якості. Це пов'язано з тим, що у свій час значні зміни політичних і світоглядних установок, ринку праці, соціального замовлення та індивідуальної свідомості громадян привели до суттєвих перетворень у змісті й формах освітніх послуг. Перша хвиля таких змін вилася в процес створення навчальних закладів нових типів і видів, появу недержавних освітніх установ. Зростання недержавного сектора освіти загострив одну з ключових проблем, характерну й для державних навчальних закладів, – проблему якості підготовки випускників. Діяльність на ринку медичної освіти закладів із низькою якістю надання освітніх послуг завдавала величезної шкоди суспільству.

Диверсифікація освіти в умовах відсутності централізованого моніторингу якості освітніх послуг, як правило, призводить до зниження рівня підготовки випускників. Такі ж самі проблеми є характерними й для системи вищої освіти інших країн, України, зокрема, що свідчить про глобальність указаної проблеми й необхідність її методологічного осмислення й соціально-нормативної регламентації. Сьогодні проблема забезпечення якості освіти тісно пов'язана з конкуренцією на ринку праці. У зв'язку з цим детальне вивчення зазначеної проблеми в США вже стало традицією.

Термін «якість» широко використовується в теоретичних і прикладних наукових роботах. Попри те, що значення цього слова зрозуміле кожній людині, його використання в науково-методичній літературі вимагає уточнення. Відзначимо деякі точки зору щодо розуміння цього терміна зарубіжними й українськими авторами.

Британський вчений Р. Барнетт, аналізуючи визначення поняття «якість», виділяє три основні підходи: об'єктивістський, релятивістський і концепцію розвитку [239, с. 21]. У межах об'єктивістського підходу до визначення поняття якості найважливішими є можли-

вість об'єктивно виміряти й зіставити результати оцінки якості різних навчальних курсів, освітніх установ тощо. Дані, отримані в ході оцінювання, є показниками не тільки одного навчального закладу, але дають також порівняльну картину щодо інших вищих навчальних закладів (ВНЗ).

Цей підхід передбачає аналіз якості, пов'язаний з характеристиками «входу» й «виходу» освітньої системи. Основними показниками «входу» системи є професійний рівень викладачів, ступінь технічної оснащеності ВНЗ, рівень знань студентів, що вступили в університет тощо. Типовими індикаторами «виходу» є рейтинг студентів, можливість отримання подальшої освіти, працевлаштування тощо.

Сутність релятивістського підходу може бути краще відображено не в тому, що він стверджує, а в тому, що в ньому заперечується. Основна ідея цього підходу полягає у відсутності абсолютних критеріїв, при використанні яких можна було б оцінити будь-які дії. Практичні реалізації релятивістського підходу пов'язані з оцінюванням «відповідності мети».

Третім напрямом є концепція розвитку. Слово «розвиток» є ключовим у цьому підході. Якщо релятивістський і об'єктивістський підходи відносяться до рівня зовнішньої оцінки освітнього процесу, то третій, навпаки, – до рівня внутрішньої оцінки діяльності ВНЗ (професорсько-викладацький склад і студенти, які навчаються в університеті). Це, однак, не означає, що третя концепція уникає зовнішньої оцінки якості.

По-друге, якщо попередні підходи оцінюють минулий досвід роботи ВНЗ, то третій – зорієнтований на вдосконалення якості освітнього процесу в певний період часу, тобто має творчий характер. По-третє, показники на основі об'єктивістської і релятивістської концепцій оцінюють якість роботи освітніх установ у цілому чи управлінську політику університету або використовуються як інструмент у процесі розподілу національних ресурсів. В основі концепції розвитку лежить діяльність, спрямована на удосконалення навчальних програм [239, с. 45].

Дослідники Дж. Бреннан, Р. Уільямс, Р. Харріс, Д. Макнамара, які проводили опитування в освітніх установах, прийшли до таких висновків: оцінювання якості освітнього простору є колективним і багатофакторним процесом, метою якого не тільки саме оцінювання, але й контроль за дотриманням системи стандартів, відстеження змін і нововведень. Процес оцінювання повинен бути очевидним, заснованим на реальних явищах і фактах, що стосуються роботи конкретних наукових і освітніх установ [227, с. 175].

П. Якобсон зазначає, що різні підходи до визначення якості освіти найчастіше засновані на таких цілях, як задоволення потреб споживачів, придатність для використання або високий рівень якості. Визначення поняття якості також залежить від того, що й ким оцінюється, які критерії та індикатори виділяються, які перспективи визначаються, з якою метою [129, с. 28]. Так, П. Якобсон, розглядаючи якість освітнього процесу, виділяє кілька напрямів: якість абітурієнтів, якість процесу навчання, якість іспитів, якість і рівень освітнього фінансування [363, с. 67].

Д. Вестерхейден, здійснюючи огляд з визначення якості, зазначає, що досягнення конкретних освітніх цілей є характерним елементом якості. Досягнення практичних цілей відповідає ступеню якості кінцевого «продукту». Згідно з цією концепцією, якість може бути співвіднесено з релятивістським підходом. Крім того, підкреслюється, що якість є багатовимірним поняттям і визначається безліччю різних цілей, що стоять перед учасниками освітнього процесу [495, С. 183-184].

Л. Гарві розглядає п'ять підходів до оцінки й забезпечення якості у вищій освіті. Якість розглядається як: 1. спеціальний процес, спрямований на позитивний результат на «виході»; 2. удосконалення в межах освітнього процесу; 3. відповідність цілям, що означає досягнення вимог і очікувань споживачів; 4. результат капіталовкладень; 5. трансформації, що позначають надання нових можливостей для студентів або здобуття ними нових знань [495, с. 25].

Останнім часом в українській педагогічній науці аналізу поняття якості освіти приділялося багато уваги. Освітнім законодавством

України якість вищої освіти визначено як сукупність компетентностей особи з вищою освітою, що відображає її професіоналізм, ціннісну орієнтацію, соціальну спрямованість і зумовлює здатність задовольнити як особистісні духовні й матеріальні потреби, так і потреби суспільства [149, с. 4]. У вітчизняній науковій літературі знайшло широке відображення осмислення поняття якості вищої освіти (В. Андрущенко, І. Бех, І. Булах, А. Вихрущ, О. Демченко, І. Зварич, В. Зінченко, М. Кисіль, К. Корсак, О. Левченко, О. Мещанінов, Ж. Таланова, А. Токман, М. Степко, Є. Шульгін, Я. Яхніна та інші). Українськими вченими якість вищої освіти розглядається як сукупне поняття, яке складається з трьох компонентів: якості вищої освіти як освітньої системи, якості освітнього процесу та якості власне результату вищої освіти [204, с. 6]. Наявні розробки, що стосуються проблем якості вищої освіти, зорієнтовані насамперед на проблеми стандартизації (Л. Ващенко, Д. Дзвінчук, О. Другов, М. Згуровський, Г. Зелінська, В. Кремень, В. Куценко, Т. Лукіна, С. Ніколаєнко, Л. Семів). Учені вбачають стандартизацію якості освіти як запоруку економічного, соціального, культурного й духовного розвитку країни та її регіонів, формування єдності нації, високоморального суспільства.

Аналізуючи різні трактування поняття якості, ми відзначаємо найбільш важливі, на нашу думку, характеристики:

- а) багатовимірність і багатофакторність визначення якості;
- б) взаємозв'язок із цілями функціонування освітньої системи;
- в) залежність у визначенні якості від різних точок зору, аспектів розгляду освітньої системи тощо.

Під час обговорення проблем якості освіти йдеться про такі аспекти цього питання як забезпечення, оцінювання, контроль, моніторинг тощо. Для з'ясування використання цієї термінології розглянемо коротко основні загальноприйняті англійські терміни та їхні українські еквіваленти.

У межах нашого дослідження ключовим є поняття *якості вищої освіти* (*Quality in Higher Education*), яке розглядається як рівень здобутих особою знань, умінь, навичок, інших компетентностей, що

відображає її компетентність відповідно до стандартів вищої освіти. У Європі з метою її забезпечення розроблено Рамку кваліфікацій Європейського простору вищої освіти (2005 р.), Стандарти й рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (2005 р.), створено Європейський реєстр забезпечення якості вищої освіти та Європейську асоціацію забезпечення якості вищої освіти (2004 р.).

Існує значна кількість трактувань поняття «якість освіти». В американській педагогічній традиції знаходимо такі:

1. Потрібність отриманих знань у конкретних умовах їх застосування для досягнення конкретної мети та підвищення якості життя. Якість знань визначається їх фундаментальністю, глибиною і ефективністю в роботі після закінчення навчання.
2. Соціальна категорія, яка визначає стан і результативність процесу освіти в суспільстві, її відповідність потребам і очікуванням суспільства (різних соціальних груп) у розвитку та формуванні цивільних, побутових і професійних компетентностей особистості.
3. Сукупність показників, що характеризують різні аспекти навчальної діяльності освітньої установи: зміст освіти, форми й методи навчання, матеріально-технічну базу, кадровий склад, які забезпечують розвиток компетентностей студентів [156, с. 95].
4. Ступінь задоволення очікувань учасників навчального процесу від наданих освітніми установами послуг або ступінь досягнення поставлених цілей і завдань.
5. Рівень успішності, соціалізації громадянина, а також рівень умов освоєння ним освітньої програми навчального закладу. [156, с. 95]

У контексті забезпечення якості вищої освіти релевантним є поняття моніторингу якості освіти. Здебільшого під моніторингом розуміється метод дослідження реальності й метод забезпечення управління різними видами діяльності. Термін «моніторинг» перекладається як контроль, спостереження, нагляд і став застосовувати-

ся в наукових дослідженнях з ХХ століття, маючи на увазі цілеспрямоване спостереження за елементами навколишнього середовища в часі й просторі. Моніторинг – це безперервний постійний контроль за будь-яким процесом із метою виявлення його відповідності бажаному результату.

Якщо говорити про застосування терміну «моніторинг» в освіті, то вчені мають різні думки щодо його тлумачення. Часто цей термін розуміють як багатогранне вивчення різних параметрів функціонування системи освіти та окремих частин освітнього процесу, наприклад, моніторинг якості підготовки бакалаврів і фахівців з певної спеціальності, моніторинг фінансування університету тощо. Іноді цей термін визначають як відстеження результативності навчально-виховного процесу або ж ототожнюють з поняттям «педагогічного контролю».

У науковій літературі, крім терміну «моніторинг», часто вживається термін «педагогічний моніторинг», який, на думку більшості вчених, означає цілеспрямоване й спеціально організоване спостереження за функціонуванням і розвитком освітнього процесу і його окремих елементів з метою своєчасного прийняття управлінських рішень на основі отриманих даних і педагогічного контролю [330; 335].

Окремі вчені розглядають педагогічний моніторинг як контролюючу й діагностичну систему заходів, які відстежують управлінську діяльність педагога в навчальному та виховному процесах, а також рівень навченості учнів і самоорганізації вчителів.

Якщо об'єднати результати наукових досліджень, то можна зробити висновок, що педагогічний моніторинг – це система відбору, обробки, аналізу та зберігання інформації про діяльність педагогічної системи в конкретному напрямку, що забезпечує безперервне відстеження її стану, а також корекцію і прогнозування з метою подальшого розвитку освітньої системи. Очевидним є і те, що мета педагогічного моніторингу полягає в отриманні інформації для розвитку системи освіти, ґрунтуючись на вивченні й аналізі динаміки показників її стану.

Тісно пов'язаним з поняттям моніторингу якості вищої освіти є поняття управління вищою освітою та управління якістю вищої освіти. Услід за більшістю авторів, означаємо управління вищою освітою як процес, у ході якого формується державна й інституційна політика щодо вищої освіти [219; 240; 253; 496]. Суміжним є поняття менеджменту, який в системі освіти в роботах деяких сучасних авторів виступає як: а) цілеспрямований, системно організований процес впливів на його структурні компоненти й зв'язки між ними, що забезпечує їх цілісність і ефективну реалізацію функцій, його оптимальний розвиток [6, с. 35]; б) науково-організоване управління зі своєрідною ієрархією: перший рівень – управління діяльністю педагогічного колективу, другий – управління діяльністю учнів / студентів [87, с. 26]; в) комплекс принципів, методів, організаційних форм і технологічних прийомів управління педагогічними системами, спрямований на підвищення ефективності їх функціонування та розвитку [121, С. 76-77].

В англомовній літературі частіше трапляється поняття освітнього менеджменту (*educational management*). Освітній менеджмент – це управління системою освіти, за допомогою якого група призначених людей поєднує людські та матеріальні ресурси для здійснення нагляду, планування, розробки стратегій та впровадження конкретних заходів з метою забезпечення виконання функцій освітньої системи [393]. Освітній менеджмент – це забезпечення базової потреби всіх рівнів закритої системи вищої освіти щодо планування, організації, впровадження, перегляду, оцінки та інтеграції чітких результатів діяльності [309].

Ключовим у розумінні сутності управління освітою є термін «праксеологія». Розкриваючи значення цього поняття, звернемося до історичного аспекту виникнення прaxeології.

Термін «праксеологія» вперше використав у 1897 році А. Еспінас у книзі *Les Origines de la Technologie* (Виникнення технології), що є зібранням його робіт, розміщених у різних філософських журналах 90-х років ХІХ століття. А. Еспінас писав: «Ремісник майструє, селянин оре, моряк плаває на кораблі, солдат



воює, купець торгує, професор вчить, керівник розпоряджається. І ось слово «практика» породжує термін «праксеологія» для визначення науки про подібні факти, що розглядаються в їх єдності, науки про найбільш загальні форми й принципи дії в світі живих істот» [316, с. 222].

Австрійський економіст Л. Мізес в роботі «Людська діяльність» (1949 р.) використовував поняття «праксеологія» для позначення науки про людську поведінку. Як представник австрійської економічної школи, він ще в середині ХХ століття вказував на необхідність створення загальної науки, що вивчає людську діяльність, – праксеологію (що в дослівному перекладі означає «логіка дії»); підкреслював міждисциплінарний характер вивчення людської діяльності, необхідність інтеграції соціальних наук у загальну метанауку [410, с. 102].

У середині ХХ століття польський філософ і логік Т. Котарбінський визначив праксеологію як загальну теорію ефективної організації діяльності. Він зазначав, що праксеологія охоплює три групи проблем: аналітичний опис, характеристику, класифікацію та систематизацію практичних дій; вивчення умов і законів, що визначають ефективність дій; вивчення генезису й розвитку різних видів діяльності, шляхів їх вдосконалення та регресу, рухомих силою традиції і винахідливості. За висновком Т. Котарбінського, праксеологія виступає дисципліною, яка синтезує дані різних наук, які стосуються організації праці. Вона об'єднує тільки те, що може бути застосовано до будь-якої діяльності і має загальний характер. Праксеологія є типовою моделлю організаційної науки з тенденцією до вироблення практичних порад, із асиміляцією даних із десятків наук, із систематизацією цих даних під кутом зору завдань цієї сфери діяльності [373, с. 18].

Аналіз наукових і навчально-методичних праць свідчить, що термін «праксеологія» живиться в різних контекстах: праксеологія сімейних відносин, філософсько-правова праксеологія, адвокатська праксеологія, політична праксеологія, рефлексивна праксеологія, педагогічна праксеологія та інші.

У педагогіці праксеологічна методологія стала актуальною у зв'язку з посиленням уваги до раціональної і продуктивної педагогічної діяльності в умовах ускладнення педагогічної праці.

Педагогічна праксеологія в системі професійної освіти виступає як загальна методологія, що акумулює положення, категорії, закони, за допомогою яких пояснюється феномен професійної діяльності; загальнонаукові підходи, пов'язані з розглядом та вирішенням проблем професійної активності людини й закономірностей побудови її діяльності; міждисциплінарного знання, що є сукупним теоретичним і практичним досвідом раціонального здійснення професійних дій; результатів рефлексії з приводу причин, умов і механізмів успішності діяльності.

У тісному взаємозв'язку з поняттям «праксеологія» перебуває поняття «культури управління». Культура управління є сукупністю досягнень у галузі знань і наукового світогляду, яка відображає морально-етичні норми роботи й ставлення до праці. У ній, як і у будь-якій культурі, виявляється взаємозв'язок матеріального й духовного, і вона так само повинна бути розглянута з позицій єдності й цілісності самої культури. Культура управління характеризується як комплексний, узагальнюючий показник управлінської праці, що виявляє його якісні риси та особливості. Отже, культура управління освітою репрезентує сформовану в державі систему впливу правових і соціально-політичних центрів прийняття рішень на сферу освіти, на систему мобілізації та залучення засобів для здійснення її ефективного продукування, вдосконалення та модернізації з урахуванням сформованих позицій навчально-науково-педагогічної спільноти в різних галузях діяльності країни.

Для американської наукової традиції характерним є розуміння поняття «управління» з позицій праксеології, що передбачає усвідомлення ролі діяльнісної і процесуальної складової цього поняття. Порівняння визначень американськими вченими поняття «управління» наведено в таблицях 2.3 і 2.4.

Таблиця 2.3. Дефініція поняття «управління» у працях американських педагогів ХХ – ХХІ століття

№ п/п	Автор	Структура поняття				
		1	2	3	4	5
1	В. Джеймс (W. James) [364]	+	+			+
2	М. Конноллі (M. Connolly) [275]	+		+		+
3	В. Джейнс (W. Jaynes) [365]	+	+			+
4	Л. Крімін (L. Cremin) [285]	+			+	+
5	Л. Гайгер (L. Geiger) [331]	+				+
6	А. Бріггс (A. Briggs) [256]	+		+		
7	Т. Буш (T. Bush) [261]	+				+
8	З. Зганг (X. Zhang) [503]	+	+	+		
9	Т. Разік (T. Razik) [432]	+			+	

1. Дія чи сукупність дій, спрямованих на здійснення чи контроль за здійсненням чогось
2. Процес керівництва подіями чи людьми
3. Відповідальність за здійснення певної діяльності
4. Колективний орган чи група людей, які займаються керівництвом чимось
5. Контроль, координація і організація чогось

Таблиця 2.4. Дефініція поняття «управління» в англомовних тлумачних словниках

№ п/п	Автор	Структура поняття				
		1	2	3	4	5
1	Оксфордський освітній словник [488]	+		+		
2	Кембриджський словник [262]	+			+	+
3	Словник Меріам-Вебстер [470]	+			+	
4	Словник Коллінс [389]				+	+
5	Словник ділових термінів [388]				+	+
6	Універсальний словник [390]	+				+

1. Дія чи сукупність дій, спрямованих на здійснення чи контроль за здійсненням чогось
2. Процес керівництва подіями чи людьми
3. Відповідальність за здійснення певної діяльності
4. Колективний орган чи група людей, які займаються керівництвом чимось
5. Контроль, координація і організація чогось

Таким чином, чітке розуміння теоретичних основ базових понять «освіта», «вища освіта», «професійна освіта», «медична освіта», «якість вищої освіти», «моніторинг», «управління» тощо дає можливість системно й цілісно розуміти наукову проблематику дослідження. Обґрунтоване визначення змісту термінів, що складають понятійний апарат сучасної медичної освіти США, є необхідною умовою компетентного вирішення завдань і проблем, спрямованих на критичне осмислення та запозичення досвіду цієї країни. Відзначимо, що особливістю американської педагогічної науки у визначенні базових понять є людиноцентричність. Більшість учених наводить дефініції згаданих у дослідженні термінів з позиції потреб людини.

## ***2.2. Традиції управління медичною освітою в США***

Проблеми, пов'язані з реформуванням системи вищої освіти згідно з високими стандартами якості та управління якістю освіти, стають провідними в теорії педагогіки. У той же час процес розвитку управління вищою освітою відбувається повільно й супроводжується багатьма труднощами, проблемами й суперечностями. У зв'язку з цим об'єктивною потребою вирішення назрілих проблем у галузі управління вищою освітою в Україні стає вивчення й трансформація досвіду країн, що лідирують у цій сфері. США одними з перших в світі заявили про свою націленість на підвищення якості й ефективності системи вищої освіти. Особливу увагу привертають

досягнення цієї країни в галузі управління якістю вищої, зокрема, медичної освіти, де протягом десятиліть розробляється й реалізується ідея орієнтації всіх ланок освіти на людину та її потреби.

Якість підготовки лікарів в США залежить від нерозривного зв'язку, взаємодії та співпраці державних, професійних і соціальних суб'єктів вищої освіти. США одними з перших розпочали реформування системи освіти, і сучасний стан свідчить про низку позитивних зрушень. Для вдосконалення управління якістю вищої освіти в Україні інтерес становить американський досвід, що реалізується на технологічному рівні, який створює можливість для корекції спочатку поставлених цілей, змісту, способів взаємодії, пошук і застосування гнучких і раціональних рішень.

Означимо коло концептуально-методологічних проблем і запитань, які, на нашу думку, є найбільш важливими й перспективними для забезпечення успішної реалізації та вдосконалення управління освітою і які будуть розглянуті нижче. До них належать:

- парадигмальні підстави управління;
- системність і збалансованість управління із позицій повноважень його суб'єктів, функцій, що реалізуються ними;
- системні підстави управління, перш за все його циклічність, відповідність принципам взаємодії компонентів;
- результативність, ефективність управління в його соціальному, економічному, педагогічному та організаційному вимірах.

Управління – це процес, у ході якого формується інституційна й державна політика щодо вищої освіти (щоденне управління університетами відбувається відповідно до цієї політики). Управління залучає до взаємодії дві організаційні сили: перша – це влада, яка має юридичну силу командувати й керувати. Друга сила – це вплив суспільства, який здатний формувати політику й змінювати поведінку індивідуумів (а значить і установ), не вдаючись до влади, але залучаючи вправність, контроль інформації, сусідство (з тими, хто при владі) або вміння переконувати.

Проблематика управління освітою з огляду на свою складність є міждисциплінарною. Її розгляд може й повинен базуватися на те-

оретичному, концептуально-методологічному базисах педагогіки, теорії управління, праксеології, системології, соціології та інших наукових дисциплін.

У контексті аналізу особливостей управління вищою освітою в США доречним є окреслення суті поняття менеджменту. У вітчизняній і зарубіжній науковій літературі проблемам менеджменту в галузі освіти, а також аналізу різних організаційно-управлінських аспектів освітньої діяльності присвячено значну кількість праць. Однак переважна кількість робіт з цієї тематики, незважаючи на те, що їх автори формулюють заявлену в дослідженні тему як аналіз управлінських процесів, зводяться або до виявлення позитивних результатів власних педагогічних практик з яскраво вираженою емпірично-описовою домінантою, або до поверхневого пояснення того, що слід вважати управлінням в освітніх організаціях (при цьому, як правило, автори зосереджують увагу винятково на одній з ланок освітнього процесу – школі чи університеті), роз'яснення сенсу категорій і понять, пов'язаних з питаннями управління в освіті, конструювання таблиць, зразкових планів, графіків, схем тощо.

Проаналізована література, пов'язана з управлінням освітою, може бути умовно розділена на три напрями: перший – управління процесом освіти (у деяких авторів – навчання, виховання або формування особистості) [220; 221; 297; 332; 406; 441]; другий – управління освітніми організаціями [100; 127; 345; 431]; третій напрям – управління системами (програмами, проектами) освіти [108; 242; 396; 462].

Менеджмент у сфері освіти – це специфічна галузь управлінських наук, що увібрала в себе витоки педагогіки, психології, соціології управління, менеджменту й маркетингу. Освітній менеджмент має свою специфіку й властиві тільки йому закономірності. Професійні знання про менеджмент зумовлюють усвідомлення керівниками в галузі освіти трьох різних інструментів управління:

1. організації, ієрархії управління, при цьому основний засіб тут – вплив на людину зверху за допомогою мотивації, планування, контролю, стимулювання тощо;

2. культури управління, тобто розроблених і визнаних суспільством, організацією, групою людей цінностей, соціальних норм і установок, особливостей поведінки;
3. ринку, ринкових відносин, заснованих на рівновазі інтересів продавця й покупця [202].

Ефективність управління у сфері освіти полягає в злагодженому функціонуванні освітніх організацій для надання якісної освіти в умовах реальної економіки шляхом реалізації ідеї безперервної освіти, розширення можливості вибору учнем траєкторії освіти в умовах зниженої мобільності.

Зупинимося на детальному розгляді основних особливостей управління вищою освітою в США. Її фундаментальною особливістю є децентралізованість.

Критерієм оцінки централізації чи децентралізації управління освітою є те, на якому рівні вирішуються суттєві управлінські завдання, якими повноваженнями і якою автономією володіють місцеві органи освіти й освітні установи, чи управління здійснюється обраними чи адміністративно призначеними органами, чи беруть участь в управлінні на різних рівнях представники вчителів, батьків, роботодавців, профспілок та громадськості.

Відомо, що Сполучені Штати Америки – країна з децентралізованим державним управлінням. Щодо освіти можна також сказати, що й сама система освіти в США, і її фінансування, і управління нею є децентралізованими. По-перше, у США немає єдиної національної системи освіти, а є освітні системи штатів, що володіють багатьма загальними рисами, але й мають істотні відмінності. По-друге, федеральний уряд і федеральні органи освіти відіграють певну роль в управлінні освітою в країні, але головні управлінські функції здійснюються не федеральними органами освіти, а органами освіти штатів і місцевими органами освіти, в тому числі в питаннях змісту освіти.

Такий характер управління освітою в США можна пояснити тим, що історично більшість соціальних послуг у США розвивалася в межах діяльності місцевого муніципального керівництва, яке

завжди відіграло головну роль в освіті, охороні здоров'я, культурі тощо. Такий розподіл повноважень в освіті між федеральною владою, владою штатів і місцевими органами пов'язаний з історичними особливостями формування законодавства в галузі освіти США [324, с. 112].

Законодавчою основою розподілу повноважень в управлінні освітою слугують Конституція США та відповідні акти Конгресу, а також конституції штатів і статuti, що видаються законодавчими зборами штатів. Конституція США, яку було прийнято 1787 року, не містила положення про соціальне право громадян на освіту чи зобов'язання організації такої соціальної діяльності федеральним урядом. У 1791 році було прийнято 10-у Поправку до Конституції, яка встановлювала, що «повноваження, не надані цією Конституцією Сполученим Штатам і не заборонені для окремих штатів, зберігаються відповідно за штатами або за народом» [276]. Це важливе положення Конституції трактується як таке, що надає праву кожному штату на законодавчу діяльність у соціальній сфері. Оскільки відповідальність за освіту взагалі не згадується в Конституції США, то вона законодавчо покладається на штати. Таким чином, кожен штат має право приймати законодавчі акти в галузі освіти, створювати й розвивати свою освітню систему, найбільш доцільну для конкретних місцевих умов і відповідно до інтересів та потреб жителів штату, дотримуючись конституційних гарантій, прав і привілеїв громадян США [8, с. 179].

Конституції штатів – основне джерело законів про освіту в США – хронологічно створювалися пізніше, ніж федеральна Конституція. Тому в них роль урядів штатів щодо забезпечення й розвитку освіти на їх територіях визначається чітко й детально.

Крім федеральної конституції і конституцій штатів, питання освіти (і в тому числі управління освітою) регулюються численними спеціальними федеральними законами, прийнятими з різних питань Конгресом США. Ці акти Конгресу зібрані в «Зводі законів Сполучених Штатів» у розділі 34, присвяченому освіті. Звід законів перевидається щорічно з доповненнями станом на перше липня, оскільки



ки Конгрес США кожного року приймає багато законів, зокрема з питань освіти [311].

Особливості управління розвитком освітньої системи США в нових економічних умовах визначаються, по-перше, місцем, яке займає освіта в сучасному суспільному розвитку, а саме тим, що освіта перетворюється в одну із найбільш масштабних і важливих сфер людської діяльності, яка найтіснішим чином переплетена з усіма іншими галузями суспільного життя: економікою, політикою, сферами як матеріального виробництва, так і духовного життя. По-друге, особливості управління сучасною системою освіти США принципово визначаються тим станом, у якому в останні десятиліття перебуває сфера освіти в країні, а саме – станом експоненціального розширення, що супроводжується періодичними кризовими явищами й пошуками шляхів виходу з кризи. Вони мають як теоретичний, так і практичний характер. У ході цих пошуків проявляються основні риси нової освітньої системи.

Характерною особливістю управління сучасною освітньою системою в США є подальший розвиток принципу автономності навчальних закладів, можливостей в цілому забезпечувати якість освітнього процесу й самостійно визначати основні характеристики освітнього процесу, зокрема, методи й технології викладання, структуру кадрового потенціалу, джерела фінансування, контингент студентів.

Основою управління в системі вищої професійної освіти в США є інтегративність різних рівнів освітнього менеджменту. Тому ми розуміємо управління як процес впливу, а освітній менеджмент – як систему управління, у якій основними елементами виступають такі складові: менеджмент на рівні держави у сфері освіти, менеджмент на рівні міністерства, університетський менеджмент [473].

Застосовуючи «управлінську піраміду» й співвідносячи її з вертикальними рівнями менеджменту в системі освіти, ми отримуємо три ланки управління вищою освітою США: вища ланка управління – менеджмент на рівні держави у сфері освіти (top-management); середня ланка управління – менеджмент на рівні міністерства

(middle-management); нижча ланка – університетський менеджмент (firstmanagement, або low-management). При цьому кожна ланка піраміди, у свою чергу, може представляти «внутрішню управлінську піраміду», що складається з цих же ланок, але в межах конкретного рівня. Ефективність такої системи управління в системі вищої професійної освіти залежить від ступеня взаємозв'язку цих рівнів і їх нерозривності. А оцінка управлінських рішень на всіх рівнях утілюється в ефективності й успішності університетського менеджменту.

Окрім цього, управління вищою освітою в США в сучасних умовах зумовлює необхідність залучення до вирішення проблем освіти різних соціальних інститутів, головним чином сім'ї, а також перегляду ролі студентів у організації та підтримці процесу навчання. Роль студента визначається самостійним вибором освітньої траєкторії в досить диференційованому освітньому просторі, а також тим, що студент бере участь в оплаті свого навчання. Сім'я в організації вищої освіти відіграє певну роль:

- а) якщо сім'я здатна оплачувати освіту, вона бере участь в її фінансуванні;
- б) беручи участь у виборі вищого навчального закладу, а також спеціальності для абітурієнта, вона певною мірою впливає на зміст освіти;
- в) беручи участь в дистанційному навчанні на базі телекомунікацій, сім'я сприяє створенню й формуванню навчального середовища.

Зупинимося на характеристиці всіх ланок управління вищою освітою в США. До державних органів управління вищою освітою в США належать Департамент освіти США з підпорядкованими йому відомствами та комісіями і Рада з акредитації вищої освіти з відповідними підзвітними їй органами. На рівні державного менеджменту за державними органами управління освітою залишаються функції розробки стратегії розвитку системи вищої освіти та регулювання процесів реалізації цієї стратегії. Стосовно ВНЗ держава з безпосереднього керівника активно перетворюється й замовника і споживача освітніх послуг.

До сформованих функцій федерального уряду в галузі освіти входять:

- а) просування в суспільстві ідей, які усвідомлюються як національні цілі й пріоритети;
- б) вирівнювання невідповідностей між штатами, зокрема їх здатності фінансувати освіту;
- в) поліпшення умов, що мають національні наслідки, наприклад, підтримка професійно-технічної освіти та освіти осіб із фізичними та розумовими вадами;
- г) реформування соціальних умов і вирішення через освіту таких соціальних проблем, як захист цивільних прав;
- ґ) забезпечення підтримки у вирішенні таких освітніх проблем, які виявляються занадто дорогими для окремих штатів [310, с. 27].

Окрім цього, до повноважень федерального уряду належить оцінка результатів якості освіти на національному рівні, а також організація та проведення ґрунтовних педагогічних досліджень, яким в останні роки приділяється підвищена увага.

Ці завдання й функції федерального уряду відображено в діяльності Департаменту освіти США, що виражено в його структурі. Департамент освіти було створено в 1979 році шляхом виділення його з Департаменту охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення. За останні двадцятиліття в Департаменті неодноразово проводилися структурні зміни з метою відповідності своїм завданням в умовах освітніх реформ і перспектив розвитку освіти. Сьогодні Департамент очолює Секретар та Заступник секретаря. Секретар відповідає за загальний вектор діяльності Департаменту, нагляд та координацію всіх видів його діяльності і є головним радником президента з питань освітньої політики, модернізації освітніх програм тощо. Заступник секретаря Департаменту освіти відповідає за розробку й впровадження основних освітніх програм, у його відомстві знаходяться питання студентських грантів та кредитів. Окрім цього, до обов'язків Заступника входить запобігання та виявлення основних ризиків, що виникають в межах освітньої діяльності. Під безпосереднім керівництвом Секретаря є Секретаріат Департаменту

освіти США, що відповідає за питання координування та звітності підвідомчих установ, кадрову політику, покращення якості діяльності, стратегічне планування тощо.

Більш спеціалізованими внутрішніми питаннями діяльності самого Департаменту займаються адміністративно-організаційні управління, які умовно можна розділити на декілька груп:

- а) управління з питань фінансування, інформаційне управління;
- б) управління з питань початкової і середньої освіти, управління з опанування англійською мовою, управління з питань спеціальної освіти та реабілітаційних послуг;
- в) інститут наук про освіту, управління генерального інспектора;
- г) управління із забезпечення громадських прав, управління з планування, оцінки та розробки політики, управління генерального радника, управління з питань законодавства й справ Конгресу, управління з питань комунікації та зв'язків з громадськістю;
- ґ) секретаріат замісника з питань вищої освіти, якому підпорядковуються управління з питань післясередньої освіти, управління з питань технічної освіти та освіти дорослих, управління з федеральної підтримки студентів, управління з питань федеральних ініціатив. Саме у відомстві секретаріату заступника з питань вищої освіти є питання вищої освіти.

Для постійного оперативного зв'язку з органами освіти штатів, представлення своїх інтересів і програм на регіональній основі Департамент освіти має десять регіональних бюро, кожне з яких обслуговує кілька штатів і яким Департамент делегує низку своїх функцій. Департамент освіти штату є виконавчим органом ради й реалізує його політику й рішення. Керівник департаменту освіти є вищим чиновником штату в галузі освіти.

Зупинимося на розгляді поняття акредитації навчальних закладів, оскільки вона є важливим аспектом управління вищою освітою в США і вважається унікальною характеристикою американської освіти, зокрема, це вказано в цілях однієї з шести регіональних асоціацій з акредитації [482].

Акредитація ВНЗ у Сполучених Штатах – це процес експертної оцінки, який координується комісіями з акредитації та організаціями-членами. Уперше ідея впровадження акредитації як процедури оцінки якості освітніх послуг, що надаються навчальним закладом, зародилася у самих освітянських колах США. До кінця XIX століття в країні в умовах децентралізації управління вищою школою і відсутності серйозних обмежень для заснування навчальних закладів приватним бізнесом зі сторони управління штатів хаос в системі освіти набув великих масштабів, у зв'язку з чим з'явилася нагальна потреба у її впорядкуванні. Таким чином, виникла необхідність створення незалежного органу чи системи органів, які б оцінювали ефективність діяльності ВНЗ. За ініціативою провідних університетів і коледжів в 1880–90-их роках в США було створено шість регіональних об'єднань навчальних закладів, членство в яких зумовлювалося певними стандартами. Однак у зв'язку з тим, що більшість американських університетів і коледжів прагнули зберегти власну автономію, уведення системи атестації навчальних закладів і їх акредитації почалося тільки в 1913 році Асоціацією коледжів і шкіл Північно-Центрального регіону (National Coalition of Alternative Community Schools), а завершилося лише в 1952 році, коли Асоціація університетів і коледжів Нової Англії (New England Association of Schools and Colleges) погодилася пройти оцінювання своєї діяльності. Саме тоді роль федерального уряду в акредитації ВНЗ було суттєво обмежено, з повторною авторизацією згаданого Солдатського білля про права, прийнятого з метою забезпечення надання вищої освіти для ветеранів війни в Кореї. Початкове прийняття Солдатського білля стимулювало створення нових коледжів та університетів для адаптації нових студентів; але деякі з цих нових інституцій не надавали послуг відповідної якості. Законодавство 1952 року визначило процедуру експертної оцінки діяльності навчального закладу як основу для вимірювання інституційної якості. Право на отримання грошової позики надавалося лише тим студентам, які навчалися в акредитованих ВНЗ, внесених до списку федеральних акредитованих установ. У зв'язку з цим можна говорити про акредитацію ВНЗ у США лише протягом останніх 60 років [75, с. 183].

Сьогодні головним органом акредитації США є Рада з акредитації вищої освіти (Council for Higher Education Accreditation – CHEA), яка виникла після розпуску в 1993 році Ради з акредитації вищої освіти, створеної шляхом злиття в 1975 році Національної комісії з акредитації і Федерації регіональних акредитаційних комісій. Створення єдиного акредитаційного органу вищої освіти в країні проводилося через національний референдум президентів університетів і коледжів у 1996 році, на якому 94 % з 1603 акредитованих університетів і коледжів проголосували за єдину політику у сфері акредитації вищих навчальних закладів. Такий вибір продемонстрував прагнення американських освітніх кіл відповідати певним високим стандартам надання послуг.

Основною метою Ради з акредитації вищої освіти є забезпечення стандарту якості вищої освіти, гарантування цієї якості для громадських, державних організацій, агентств та роботодавців, інформування студентів та їх батьків [281, с. 25]. Департамент освіти США здійснює непряме регулювання й управління вищими навчальними закладами через фінансові важелі, тому що за чинними законами фінансову допомогу Федерального уряду й управління штату для різних навчальних і наукових програм можуть отримати тільки акредитовані організації освіти. Студентам надається фінансова допомога з боку держави тільки в тому випадку, якщо вони навчаються в акредитованому вузі. Таким чином забезпечується стимулювання самих університетів підвищувати якість надання послуг до рівня, необхідного для проходження акредитації. Діяльність Ради з акредитації вищої освіти США ґрунтується на думці про те, що успіхи й лідерство американських університетів на міжнародній освітній арені безпосередньо пов'язані з системою акредитації, яка спрямована на удосконалення академічної якості, ефективності освітніх програм і створення сприятливих умов для навчання студента. Перелік акредитованих вищих навчальних закладів, шкіл різного виду власності публікується в пресі та мережі Інтернет для вільного доступу всіх зацікавлених осіб.

Рада з акредитації вищої освіти проводить єдину політику з координації стандартів освіти регіональних асоціацій акредитації, тобто в США протягом останніх шістдесяти років сформувалася гнучка структура управління організації освіти, але не через Департамент освіти, орган аналогічний Міністерству освіти в Україні, а через Раду з акредитації, яка займає проміжне місце між університетами, коледжами та Департаментом освіти. При цьому, Рада з акредитації виступає важелем впливу на діяльність університетів та коледжів. Сьогодні функціонує шість регіональних асоціацій акредитації: Асоціація коледжів і шкіл регіону Середніх штатів (MSA), Асоціація коледжів і шкіл Нової Англії (NEACS), Асоціація коледжів і шкіл Північно-Центрального регіону (NCACS), Асоціація коледжів і шкіл Північно-Західного регіону (NASC), Асоціація коледжів і шкіл Південного регіону (SACS), Асоціація коледжів і шкіл Західного регіону (WASC) [330, с. 77].

Складовими регіональних асоціацій акредитації є комісії з акредитації не тільки вищих навчальних закладів, а й шкіл і дворічних коледжів. Наприклад, якщо розглянути структуру Асоціації коледжів і шкіл Нової Англії, то в її складі працює шість комісій з акредитації [465]: комісія для державних середніх шкіл; комісія для приватних шкіл; комісія для державних початкових шкіл; комісія для закордонних шкіл; комісія для коледжів і університетів; комісія для технічних коледжів. Загальна кількість членів асоціації закладів освіти становить 1787, з них 346 організацій вищої освіти (університетів, чотирирічних коледжів і дворічних коледжів). Кожна акредитаційна комісія нараховує до 30 членів, які працюють протягом трьох років. Членів комісії висувують та обирають президенти коледжів і університетів, суперінтенданти і директори шкіл. Усі вони повинні мати високу професійну кваліфікацію, репутацію, їх кандидатури детально аналізують перед обранням.

У США, на відміну від системи атестації та акредитації закладів освіти в Україні, уведено спеціальний статус кандидата для акредитації. Освітня організація, яка не має акредитації, спочатку повинна пройти етап кандидата для акредитації, тобто статус попереднього

прийняття в члени, який триває протягом 3-4 років. Впродовж цього періоду університет, коледж чи школа систематично піддаються інспектуванню на місці (on-site) для оцінки ефективності роботи організації і її відповідності освітнім стандартам. Цей процес проходить досить жорстко, є багато критеріїв оцінки. Незважаючи на це, постійний контроль і перевірка на етапі кандидата для акредитації протягом тривалого часу не замінюють самої процедури акредитації. Цей статус тільки показує, що навчальний заклад постійно рухається вперед. Якщо освітня установа успішно пройшла цей етап, то тільки тоді вона просить акредитаційну організацію про проведення остаточної акредитації.

З метою підняття власного статусу й отримати визнання навчальні заклади намагаються проходити акредитацію частіше, ніж потрібно, поки університет або коледж не займуть передові місця в рейтингу навчальних закладів США, який щорічно публікується в різних виданнях. Так, аналіз переліку навчальних закладів, акредитованих Асоціацією коледжів і шкіл Західного регіону, у якому зазначено час проходження акредитації 149 університетами, коледжами та інститутами, показує, що Університет Західного Лос-Анджелеса, Каліфорнійський інститут інтегральних досліджень, Інститут мистецтв Західної Каліфорнії та деякі інші проходять акредитацію досить часто – кожні 5 років. Це пов'язано з тим, що ці університети не включено в список кращих 1400 університетів і коледжів США, тому тільки через акредитацію вони можуть отримати й завоювати визнання громадян і збільшити контингент студентів. Водночас, такі знамениті університети, як Каліфорнійський технологічний інститут, Єльський, Гарвардський, Стенфордський, Каліфорнійський (Лос-Анджелес) університети та інші уперше пройшли акредитацію в 1949 році, а потім тільки в 1998-2000 роках. Це пов'язано з тим, що ці навчальні заклади мають високий рейтинг і визнання як у США, так і за кордоном, тому вони не потребують додаткового завоювання ринку освітніх послуг, тобто є досить конкурентоспроможними. Однак аналіз статистичних даних по всій країні



показує, що в основному університети й коледжі проходять акредитацію один раз на десять років [346, с. 37].

У США за останні шістдесят років склався ефективний механізм установлення критеріїв і стандартів, яким повинна відповідати вища школа. Загальну акредитацію університетів і коледжів здійснюють агентства шести регіональних асоціацій навчальних закладів, які повинні провести оцінку ефективності діяльності навчального закладу, рентабельності освітніх, дослідницьких і технічних програм. Професійну акредитацію, тобто визначення рівня підготовки кадрів, відповідність навчальних програм освітнім стандартам спеціальностей проводять загальнонаціональні агентства професійних асоціацій. При цьому, уніфікованості в системі організації акредитації немає, оскільки наявні 45 акредитаційних агентств професійних асоціацій суттєво відрізняються один від одного за принципами й організацією роботи. Зокрема, Американська асоціація адвокатів, Американська медична асоціація, Американська асоціація вчителів вимагають у випускників вищих навчальних закладів здачу спеціального професійного тесту для отримання ліцензії на право заняття професійною діяльністю, окрім диплома акредитованого вищого навчального закладу. Більшість професійних асоціацій відмовляють в акредитації факультетів і спеціальностей, якщо університет не пройшов загальну акредитацію.

При загальній акредитації асоціація навчальних закладів проводить оцінку цілей і завдань вищого навчального закладу, які повинні відповідати очікуванням уряду, професійної спільноти й широкої громадськості. Ці завдання стають актуальними, якщо врахувати швидкі зміни на ринку праці, зростання рівня вимог до випускників, які повинні володіти високим професіоналізмом, технологічною компетентністю, інтелектуальною та соціальною гнучкістю.

Для проходження загальної акредитації університет повинен попередньо провести так зване самообстеження (self-study), подавши його результати у формі звіту. При загальній акредитації проводиться спочатку оцінка основних інституційних вимог, ефективнос-

ті адміністрування, рівня кваліфікації професорсько-викладацького складу, якості освітніх програм, стану фінансів та інформаційних ресурсів. Багато організацій, які займаються акредитацією, вимагають звіт про впроваджені зміни через п'ять років після проведення оцінювання в середині десятирічного циклу. Це означає, що навчальний заклад має, окрім усього іншого, подати звіт про вирішення ключових проблем впровадження рекомендацій, отриманих при проведенні самооцінки. Така політика змушує навчальні заклади серйозніше ставитися до впровадження результатів самооцінки й різних зовнішніх оцінок, які подаються в звіті про самообстеження. У такому звіті досить детально охарактеризовано ефективність менеджменту навчального закладу, політику зарахування студентів і соціальну інфраструктуру, зокрема, умови навчання, проживання, медичного обслуговування та безпеки. У розділі про оцінку матеріально-технічних ресурсів описується кількість аудиторій, їх відповідність стандартам, наявність достатнього технічного забезпечення тощо. Також у цьому розділі подають оцінку лабораторного та технологічного обладнання з метою забезпечення відповідності спеціальних дисциплін сучасним стандартам і вимогам, оцінка комп'ютерних класів, інформаційної бази даних.

Окремим розділом наводять оцінку інформаційно-бібліотечних ресурсів, де вказується не тільки кількість книг, періодичних видань, інформаційних матеріалів на електронних носіях, але й кваліфікація обслуговуючого персоналу в бібліотеках, їх зарплата, оцінка бібліотечного обладнання (копіювальні апарати, принтери, комп'ютери тощо). У розділі «Фінанси» розглядається фінансова спроможність університету, подається детальний аналіз зміни зарплати професорсько-викладацького складу протягом десяти років, порівняння оплати різних категорій працівників із провідними університетами такого ж рангу, а також оплата студентів за навчання та освітні програми в часовому зрізі та в порівнянні з іншими начальними закладами регіону.

У розділі «Навчання й досягнення студентів» розглядається кількісний склад першокурсників за результатами складання стан-

дартизованого тесту (SAT), тобто процентне співвідношення студентів з високими й середніми балами, кількісний склад студентів із високими й низькими шкільними оцінками для того, щоб визначити внесок вищого навчального закладу в академічні успіхи студентів і оцінити якість навчальних програм. Оскільки один з основних критеріїв оцінки навчального закладу – це якість викладання й навчання та моніторинг особистісного розвитку студента, то оцінка досягнень студентів за час навчання в університеті проводиться шляхом складання тестів з базових дисциплін (General Education). Програма тестування охоплює матеріали першого й другого курсу з соціально-гуманітарного та природничо-наукового циклу. Підготовку тестів і саме тестування студентів проводять сім приватних незалежних компаній (The Academic Profile, Alverno College Academic Subjects Examination, Collegiate Assessment of Academic Proficiency, Education Assessment Series, University of Connecticut – General Education, Portfolio Assessment of General Education). Тестування в масштабі університету проводиться один раз на рік. Для отримання ліцензії вчителя або лікаря після другого курсу обов'язковим є тестування зі спеціальності (перший і другий курси), яке організовує незалежна компанія, в іншому випадку студенти не мають права доступу до навчання на старших курсах.

Важливим компонентом процедури акредитації є також ураховання думок і вражень самих студентів. Так, спеціальні центри освіти, які найчастіше є структурними підрозділами великих університетів, проводять анкетування та усне опитування студентів і випускників конкретного навчального закладу [330, с. 62]. Така оцінка сприяє проведенню критичного самоаналізу викладання, аналізу освітніх програм і розвитку особистості студента.

Як бачимо, американські вищі навчальні заклади при проходженні процедури акредитації, крім оцінки матеріально-технічних ресурсів та кадрового забезпечення, проводять багатовимірні дослідження. Інтерв'ю студентів, оцінка роботи викладача, періодичні огляди освітніх програм, опитування думок співробітників, вивчення діяльності випускників, успішність студентів за результатами тес-

тування, проведених незалежними компаніями, – все це допоміжні засоби для оцінки якості й ефективності роботи навчального закладу в контексті прозорості діяльності освітньої установи. Однією з важливих особливостей американської системи акредитації є розвинена процедура самооцінки. Щодо експертних оцінок, важливо відзначити, що в США професійні організації, такі, як асоціації медиків або юристів, також відіграють важливу роль. Загалом, успішність американської системи акредитації зумовлюється тим, що кожна ланка в системі оцінювання ефективності діяльності університету зацікавлена в піднятті престижу конкретної професії і наявності компетентних фахівців.

У межах управління ВНЗ медичного профілю важливу роль відіграють окремі організації, які підпорядковуються Заступнику Департаменту з питань вищої освіти та беруть участь у створенні, впровадженні та оновленні стандартів медичної освіти. Комітет зі зв'язків з медичною освітою (Liaison Committee on Medical Education – КЗМО) є акредитуючим органом для освітніх програм у галузі медицини в США та Канаді. КЗМО фінансується Асоціацією американських медичних коледжів та Американською медичною асоціацією. Комітет публікує багато посібників та стандартів, включаючи Директорію акредитованих програм медичної освіти. КЗМО нині акредитує 134 американські медичні школи, у тому числі 4 в Пуерто-Рико, а також 17 в Канаді. КЗМО акредитує лише ті школи, які надають диплом доктора медицини [382]. Остеопатичні медичні школи акредитуються Комісією з акредитації остеопатичних коледжів Американської остеопатичної асоціації.

Обмежену роль в акредитації ВНЗ відіграє також Асоціація американських медичних коледжів – некомерційна організація, розташована у Вашингтоні, заснована в 1876 році. Вона керує Тестуванням для вступу до медичних коледжів та Службою заявок в американські медичні коледжі та Електронною службою заявок в резидентуру, яка полегшує подання заяв студентами до медичних шкіл та на програми резидентури. Асоціація проводить регіональні конференції, присвячені інноваціям у галузі медичної освіти в

Північній Америці [232]. Менш суттєві повноваження при здійсненні акредитації має Американська медична асоціація, заснована в 1847 році й зареєстрована в 1897 році. Вона найбільшою асоціацією лікарів та студентів-медиків у США. Функція АМА полягає в тому, щоб «об'єднати лікарів та лікарську спільноту з метою покращення здоров'я нації» [226]. Асоціація також видає Журнал Американської медичної асоціації, який має найбільший тираж серед будь-якого щотижневого медичного журналу у світі. Крім цього, АМА публікує список кодів лікарських спеціальностей, які є стандартним методом ідентифікації медичних кваліфікацій і спеціальностей у США [226].

Післядипломна медична освіта в США акредитується такими організаціями:

1. Акредитаційна рада з вищої медичної освіти (Accreditation Council for Graduate Medical Education), яка встановлює стандарти для програм резидентури зі 140 медичних спеціальностей та впроваджує ці стандарти через процес акредитації, що проводиться 28 експертними комітетами.
2. Американська рада медичних спеціальностей (American Board of Medical Specialties), яка допомагає 24 затвердженим радам із медичних спеціальностей у розробці та використанні стандартів для оцінки та сертифікації лікарів.
3. Освітня комісія для випускників іноземних медичних шкіл (Educational Commission for Foreign Medical Graduates), яка контролює випускників міжнародних медичних програм в американських закладах післядипломної освіти.

Ці приватні організації виконують важливу роль у створенні, впровадженні та оновленні стандартів післядипломної медичної освіти. Їх діяльність опосередковано впливає на рішення щодо фінансування, що приймаються громадськістю.

На рівні університетів управління в американській, особливо в *приватній* вищій освіті, здійснюється органами, які зазвичай називаються опікунськими радами, що складаються з людей, що займають високе соціальне становище і часто володіють достатніми фінансовими ресурсами для благодійництва на користь ВНЗ і висо-

ким соціальним статусом, щоб спонукати інших робити аналогічні пожертвування. Члени опікунської ради дуже часто є випускниками цих ВНЗ і діють законно на добровільних засадах, оскільки мають інтерес у розвитку коледжу або університету й авторитет, здобутий в ході таких дій. У державних ВНЗ влада подібним чином перебуває в руках правління, а не міністерств. Ці державні правління обираються безпосередньо або призначаються губернатором і схвалюються законодавчим органом штату. Такі керівні органи представляють не тільки громадські інтереси, а й інтереси якогось конкретного коледжу або університету. Таким чином, правління репрезентують інтереси суспільства й держави перед ВНЗ, а також представляють інтереси ВНЗ перед державою – здебільшого для належного розподілу державних коштів.

Найважливіший обов'язок правління – призначати, в тому числі зі співробітників факультету, студентів і випускників, головного керівника (який називається «президентом» або «номінальним головою університету») для підтримки й оцінки діяльності та делегувати такому керівникові всі виконавчі завдання. Правління захищає президента (який найчастіше призначається зі штату університету) від факультету. Так і у випадку з державним ВНЗ: правління захищає президента або номінального голову від системи влади штату. У той же час, незважаючи на свою обмежену владу, професорсько-викладацький склад коледжу або університету США має дуже великий вплив на розробку навчального плану, затвердження або скасування програм, на розвиток факультету, академічних стандартів тощо. Проте головне завдання професорсько-викладацького складу, особливо в дослідницьких університетах, – це забезпечення розвитку університету як в сенсі підвищення заробітної плати, так і придбання обладнання або обрання найбільш престижного академічного персоналу.

Більшість державних коледжів і університетів Сполучених Штатів управляються не одним правлінням, а є частиною мультикампусної системи: групи державних ВНЗ, у якій кожен має свою місію, академічні та інші програми, внутрішню політику й методики

керівництва. Важливою ланкою в цій структурі є посада головного операційного директора, який підпорядковується єдиному системному директору. Останній визначає широку системну політику, розподіляє громадські кошти серед ВНЗ (у межах, визначених державою), призначає керівника кампуса (за рекомендацією ради професорсько-викладацького складу), а також засновує, підтверджує або змінює місії і програми ВНЗ, що входять до системи. В інших ВНЗ власні президент або номінальний голова й учена рада затверджують професорсько-викладацький склад, зараховують студентів, розробляють (відповідно до системної політики) програми, стандарти, навчальні плани, збільшують свої кошти за рахунок пожертвувань і контрактів на дослідження, розподіляють їх (поряд із засобами держави й платою за навчання) серед різних конкуруючих відділень і направляють на різні потреби.

Таким чином, у межах нашого дослідження ми трактуємо управління як процес, у ході якого формується державна й інституційна політика щодо вищої освіти. Поняття управління є складним і багатовекторним, тому його розуміння можливе лише на міждисциплінарному рівні. З позицій педагогіки й праксеології управління вищою освітою є феноменом професійної діяльності, який, об'єднуючи загальнонаукові та специфічні прийоми, забезпечує ефективний моніторинг, координування та корекцію діяльності всіх рівнів вищої освіти.

Управління вищою медичною освітою в США має свої соціально, економічно, політично та культурно зумовлені особливості. До найбільш важливих рис управління вищою освітою США, які виробилися впродовж XX століття та закріпилися в XXI, відносимо децентралізованість. Закріплена юридично 5-ою Поправкою до Конституції США та Конституціями штатів, децентралізованість передбачає автономію навчальних закладів, можливість самостійно визначати основні характеристики освітнього процесу, зокрема, методи й технології викладання, структуру кадрового потенціалу, джерела фінансування, контингент студентів, самостійно обирати шляхи забезпечення якості освітнього процесу [223]. Системність

та інтегративність рівнів управління вищою освітою проявляється у взаємодії координації дій різних ланок вищої освіти.

До федеральних органів управління вищою освітою в США належать Департамент освіти США з підпорядкованими йому відомствами та комісіями і Рада з акредитації вищої освіти з відповідними підзвітними їй органами на рівні окремих штатів. Сьогодні Рада з акредитації вищої освіти є важливим органом управління, оскільки її функція полягає в забезпеченні стандартів якості вищої освіти, гарантуванні цієї якості для громадських, державних організацій, агентств та роботодавців, в інформуванні студентів та їх батьків.

У межах управління ВНЗ медичного профілю важливу роль відіграють окремі організації, які підпорядковуються Департаменту освіти США й беруть участь у створенні, впровадженні та оновленні стандартів медичної освіти. До цих організацій належить Комітет зі зв'язків з медичною освітою, Комісія з акредитації остеопатичних коледжів та Асоціація американських медичних коледжів.

### ***2.3. Оптимізація управління діяльністю у ВНЗ США медичного профілю***

Основними тенденціями управління вищою освітою в XXI столітті є глобалізація та інформатизація, активний розвиток інформаційних технологій і телекомунікацій, посилення впливу освіти на економічне зростання. Більшість розвинених країн у своїх програмних освітніх документах заявляють, що в першій половині XXI століття мають бути здійснені кардинальні зміни в їх освітній системі [202]. Освіта повинна стати загальнодоступною, безперервною, з одного боку, фундаментальною, з іншого, – мати практичну спрямованість, відповідати потребам і завданням розвитку суспільства, економіки, культури, науки і технологій [126, с. 183].

Світова криза освіти, що розпочалася всередині минулого століття, показала значний розрив між рівнем розвитку освіти й суспільства. Із цього моменту освітні реформи в усьому світі циклічно



змінюють одна одну. У їх ході змінюються форми, структури, внутрішні зв'язки й відносини в освіті. У розвинених країнах процес реформування системи освіти фактично йде безперервно. З метою оптимізації управління освітою, а, отже, покращення її якості постійно вносяться ті чи інші зміни в організацію і структуру різних ланок системи – від дитячих садків до університетів. Поточне реформування часто не вирішує накопичених проблем, що ведуть до загострення кризи. Тому періодично назріває необхідність проведення глибоких фундаментальних реформ, які підсумовують попередній етап розвитку й закладають передумови для майбутнього [126, с. 183].

Щодо запозичення досвіду інших країн в реформуванні управління освітою, варто зазначити таке. З одного боку, в сучасному глобалізованому світі очевидно, що всі соціально-політичні, економічні й духовні процеси в різних країнах світу взаємопов'язані і взаємно впливають один на одного. Тому сучасна українська освітня політика не може розвиватися в ізоляції від світових тенденцій у розвитку освіти. Вона повинна ґрунтуватися на порівняльному аналізі досвіду передових країн, які досягли найбільш значних успіхів у розвитку всіх рівнів і ступенів освітнього процесу. Причому предметом такого компаративного аналізу можуть стати не тільки позитивні, але й негативні наслідки освітніх реформ. З іншого боку, використовуючи досвід різних країн у галузі освітньої політики, не можна забувати, що система освіти пов'язана не тільки з економікою і технологічним рівнем розвитку, але й з культурою, національним менталітетом, характером соціальних відносин. Тому просте перенесення організаційних форм, способів і методів управління освітою з однієї країни в іншу не буде ефективним. Незважаючи на те, що в сучасному світі існують інтегральні підходи в здійсненні освітньої політики в розвинених країнах, кожна з них має свої традиції, у тому числі й в освіті, які і є фундаментом освітньої політики.

Розглянемо детально специфіку управління в університетах США на сучасному етапі. Уся діяльність ВНЗ, перш за все, як освітньої організації, пов'язана завжди з керуванням, координацією

інших його структурних елементів, особливо в аспектах, що стосуються зарахування абітурієнтів, організації навчального процесу, розвитку матеріально-технічної бази, поведінки на ринку освітніх послуг. Водночас ВНЗ є соціальним організмом із притаманними йому досить специфічними способами функціонування, з особливою освітньою, науковою, соціокультурною місією, зі своїми завданнями, з особливою корпоративною культурою і колегіальним управлінням.

Успішність управління університетами США забезпечується поєднанням методологічної визначеності й відповідності системі та механізму управління. Раціональності ж процесу управління сприяють принципи цільової інструкції взаємодій, своєчасності управлінських рішень, економії часу. З цими принципами пов'язані також принципи безперервності, технологічності й ритмічності.

По суті, управління у ВНЗ є цілеспрямованим, щоденним процесом. З огляду на теоретичну концепцію, яку розглянуто вище, можна виділити зовнішнє і внутрішнє середовище ВНЗ. Досліджуючи діяльність університету, ми повинні виходити з того, що він є складною, відкритою, досить стійкою системою, що перебуває в постійній взаємодії із зовнішнім середовищем. Крім того, ВНЗ має і власне внутрішнє середовище, і організаційну культуру. Володіючи певним входом і виходом, ВНЗ постійно знаходиться в умовах обміну з зовнішнім середовищем. У реальних умовах будь-який ВНЗ розглядається іншими університетами як конкурент на ринку освітніх послуг і потенційних споживачів цих послуг (абітурієнт – студент).

Відомо, що на управління у ВНЗ і управління ВНЗ суттєвий вплив здійснюють фактори зовнішнього середовища: економічні, політичні, соціокультурні, правові тощо. Але не менше функціонування університету залежить від внутрішнього середовища й безпосередньо від його оточення. До останнього належать: сегмент населення, що складається з потенційних студентів, підприємств, організацій, які бажають отримати фахівців ВНЗ, конкурентів тощо. При цьому внутрішнє середовище університету включає професорсько-викладацький і студентський склад, організацію управління,

освітній процес, фінансову забезпеченість, маркетинг (незалежно від виду ВНЗ), організаційну культуру.

Важливо й те, що західні дослідники в галузі вищої освіти, звертаючись до проблеми управлінської культури ВНЗ (перш за все – університетів) і її впливу на діяльність вищих навчальних закладів, розглядали організаційну культуру в контексті ефективного управління університетом.

Аналіз наукової літератури з цієї проблематики дає можливість визначити чотири типи культур, виділені У. Бергвістом, властиві американським університетам і відповідні етапам розвитку американської системи освіти. При цьому вважається, що в «чистому вигляді» жоден із типів наведених культур не існує, а в кожному університеті можна знайти наявність їх комбінацій:

- 1) традиційна культура, заснована на принципах корпоративності й колегіальності, в основі якої спільність, дисципліна, консервативність, харизматичне лідерство;
- 2) культура, зорієнтована на управління, заснована на компетентності;
- 3) культура, зорієнтована на розвиток, основними цінностями якої є особистість, організаційна динаміка розвитку, раціоналістичний підхід до вирішення конфліктів в організації;
- 4) культура, зорієнтована на переговори, що виникла на противагу тій культурі, яка не здатна задовольнити особисті й фінансові потреби працівників університету [243].

Як зазначалося, система освіти США історично розвивалася в рамках децентралізації. У Сполучених Штатах дуже слабкий, а подекуди зовсім відсутній централізований контроль за системою освіти, до мінімуму зведено організоване управління фундаментальними дослідженнями й планове виділення коштів на них, немає централізованого бюджету наукових досліджень, скоординованого набору програм у цій галузі [126, с. 183]. З іншого боку, система освіти досить сильно залежить від уряду в зв'язку з наявністю трьох чинників. По-перше, освіта традиційно виконує суспільну функцію, кому штати несуть основну відповідальність за початкову й середню

освіту, а федеральний уряд – за вищу. По-друге, сьогодні в США баланс між приватним і державним секторами освіти змінився таким чином, що основна кількість студентів навчається у вищих навчальних закладах, які функціонують за рахунок громадської підтримки. По-третє, зросла залежність всієї системи освіти, і особливо вищої, від фінансування з боку федерального уряду, що може набувати різних форм [194, с. 135].

Виходячи із зазначеного, розглянемо основні проблеми в освітньому менеджменті США, які виділяють науковці, та заходи, спрямовані урядом США та керівництвом різних рівнів на оптимізацію управлінням вищою медичною освітою в країні.

Очевидно, що система ринкових відносин накладає свій відбиток на економічну стійкість ВНЗ. Економічна політика університетів прямо залежить від державної економічної політики в галузі освіти. Протягом другої половини ХХ століття американська вища, зокрема медична, школа регулярно отримувала значні надходження державних асигнувань, хоча американський приватний капітал, який був основним у формуванні системи вищої освіти США, продовжував вкладати свої кошти. Уже в середині ХХ століття частка державних витрат перевищувала половину всіх витрат, а на початку ХХІ століття державні кошти покривають більше 60 % всіх витрат на вищу освіту. За цей період федеральним урядом Сполучених Штатів була створена система фінансової допомоги студентам, яка на поточний момент становить половину всіх державних витрат на вищу освіту й включає в рівних пропорціях субсидії і позикові кошти.

Нині державне фінансування медичної освіти в США здійснюється з двох джерел: урядові програми Medicare (\$ 9,7 млрд.) і Medicaid (\$ 3,9 млрд.) і Адміністрація ветеранів (\$ 1,4 млрд.). Адміністрація охорони здоров'я та ресурсів охорони здоров'я також витрачає 464 млн. доларів на рік на програми, пов'язані з вищою медичною освітою [419]. Приватне фінансування здійснюється з приватних джерел, включаючи клініки, університети, лікарські організації та з прибутків практикуючих працівників факультетів. Ок-

рім цього, кошти надходять опосередковано від платників медичних страхових внесків.

Бурхливий потік фінансів, суттєві зміни в освітній політиці, а також поставлене федеральним урядом США завдання з виявлення найбільш обдарованих студентів та формування наукової еліти привели вищу школу до необхідності технічної модернізації та перегляду організації процесу навчання. У результаті управління навчальним процесом, університетами, самі освітні програми, а також форми й методи навчання зазнали значної трансформації, що вивело американську вищу школу на кардинально новий рівень, відповідний останнім досягненням науково-технічного прогресу й вимог нового глобалізованого постіндустріального суспільства. Зупинимось на характеристиці основних особливостей американської медичної освіти на цьому етапі.

У 1960-70-х роках, у відповідь на попит населення, чинні медичні школи розширили кількість абітурієнтів і було створено сорок нових медичних шкіл. У період з 1960 по 1980 рік кількість студентів, які вступили до американських медичних шкіл, зросла з 8288 до 17300. Після 1965 року медичні навчальні заклади розширилися, насамперед завдяки законодавчому прийняттю програм Medicare та Medicaid. До 1990 року кількість викладачів-клініцистів у медичних навчальних закладах США зросла до приблизно 85000. Половина прибутків типових медичних шкіл США надходила від оплати пацієнтами послуг викладачів-клініцистів.

З 1980-х років американські президенти стали особливо активно брати участь у формуванні освітнього курсу країни [365, с. 417]. Багато в чому це пояснювалося дедалі сильнішою критикою державної освіти з боку громадськості в кінці 1960-х і впродовж 1970-х років. З 1981 року і демократи, і республіканці запропонували низку реформ, спрямованих на поліпшення знань випускників американських шкіл та коледжів [365, с. 417]. Три основні реформи було запроваджено протягом цього періоду. Одну з них обидві політичні сили визнали безсумнівно успішною, а щодо інших двох думки розділилися. Республіканці започаткували три основні програми: рух «Назад до

основ» в часи Р. Рейгана, «Шкільний вибір» Дж. Буша-старшого та «Жодна дитина поза увагою» в часи правління Дж. Буша-молодшого. Демократи під час президентства Б. Клінтона виступали за підвищення комп'ютерної грамотності, за надання батькам можливості обирати школу для своєї дитини, а також за впровадження загальнонаціональних шкільних стандартів.

Загалом цей період відзначається тенденцією істотного посилення державного регулювання вищої освіти як на законодавчому, так і на адміністративному рівні. Це проявилось в реформуванні системи федерального й штатного управління вищою школою, у зростанні значення системи законодавчого регулювання вищої освіти США. Реформування системи управління вищою школою США створило багаторівневу, складну систему, що включає федеральні органи державної влади, органи влади й управління штатів США, а також внутрішні структури управління ВНЗ. Особливого значення набули піклувальні або регентські ради, які виступали сполучною ланкою між державною і внутрішньоуніверситетською системою управління. У 1980-90-і роки проявилася тенденція диференціації зовнішньої (політико-фінансової) і внутрішньої (академічної) управлінської діяльності ВНЗ. Система фінансування вищої школи США наприкінці ХХ століття характеризувалася масштабністю, багатоваріантністю і гнучкістю: включала джерела державного (кошти, що надаються федеральним урядом, урядами штатів, місцевими органами влади) та приватного (плата за навчання, що здійснюється самими студентами або їх батьками, пожертвування колишніх випускників ВНЗ, власне «приватні джерела») фінансування, а також власні джерела фінансування ВНЗ. Значення фінансової допомоги студентам (у формі грантів, кредитів, стипендій, податкових пільг, працевлаштування студентів) зросло з підвищенням плати за навчання, що, у свою чергу, було викликано скороченням (з урахуванням інфляції) державної підтримки вищої школи в 80-90-і роки ХХ століття.

Протягом останніх десятиліть ХХ століття стала відчутною стійка тенденція до зміни методів, технологій, форм здобуття вищої освіти з метою забезпечення індивідуалізації, гуманізації та інтенси-

фікації навчального процесу, у тому числі за допомогою розширення використання нових технологій в освітньому процесі.

Проблема доступності вищої освіти для різних верств зберігає пріоритетне значення (освіта жінок, національних меншин і представників расових груп, малозабезпечених, здобуття вищої освіти людьми нетрадиційного віку, представниками корінних народів, іноземцями).

Крім того, у контексті медичної освіти в цей період значно зростає напруженість навчання в резидентурі. Ще у 1960-70-х роках було відкрито відділення інтенсивної терапії, а також впроваджувалися нові, життєзабезпечуючі технології, такі як апарати штучної вентиляції легень та апаратура для діалізу, у результаті чого навантаження на працівників зростало. У 1980-х роках, після смерті дев'ятнадцятирічної Ліббі Зіон в Нью-Йоркській лікарні, громадськість почала вимагати впровадження коротшого робочого часу для медичних працівників. І хоча після розслідування смерті Ліббі Зіон виявилася не пов'язаною з поганим доглядом медичного персоналу, рух за регулювання робочого часу лікарів розпочався.

До 1990-х років «Академічні центри здоров'я» – сплыви медичних шкіл і університетських лікарень – стали надзвичайно впливовою і складною організацією, яка відповідала за освіту та дослідження. До кінця 1990-х бюджет типового академічного центру міг становити 1,5 мільярда доларів і більше. Таке зростання вимагало будівництва стрімкої і логічної системи управління, яка б координувала діяльність і самих медичних шкіл, і їх клінічних баз.

Окрім цього, протягом другої половини ХХ – початку ХХІ століття відбулися серйозні зміни в спеціалізації програм американської вищої освіти. Сфера послуг, яка стабільно розширювалася, вимагала залучення додаткового числа фахівців. У результаті значно зріс випуск фахівців у таких галузях як комп'ютерні та інформаційні науки, юриспруденція, медицина, бізнес, державна служба тощо. Розширення перерахованих програм спричинило скорочення програм з гуманітарних, природничо-наукових і технічних галузей, що негативно позначилося не тільки на ринку праці, а й стало загро-

жувати американському суспільству втратою частини культурних цінностей. Зростання пріоритетності сфери освіти й великий обсяг асигнувань, що надходять від уряду США, привели до значного посилення державного регулювання. Усі ці зміни стали передумовою створення Комісії з майбутнього вищої освіти. Комісія розпочала діяльність у вересні 2005 року, вона налічувала 19 експертів з різних галузей вищої освіти. Звіт Комісії, опублікований у вересні 2006, став основою національної стратегії реформування вищої освіти. Звіт фокусувався на чотирьох напрямках: доступність, фінансова доступність, якість (відповідність стандартам якості), підзвітність вищої освіти (зі сторони ВНЗ щодо студентів, платників податків, інвесторів тощо). Останнім пунктом Звіту стала необхідність упровадження інновацій у вищій освіті [216]. Реалізацію рекомендацій, опублікованих у Звіті, було покладено на Заступника Секретаря Департаменту освіти США з питань вищої освіти. Розглянемо основні положення, на які звернула увагу Комісія.

*Доступність.* На думку комісії, доступність до вищої освіти є необґрунтовано обмеженою через відсутність достатньої інформації про можливості коледжів та університетів і стійкі фінансові бар'єри. [216]. Комісія покладає відповідальність за це на відсутність взаємозв'язку між університетами та старшими школами. У Звіті зазначається, що «44 % викладачів університетів стверджують, що студенти не достатньо підготовлені до рівня університету, тоді як 90 % вчителів старшої школи вважають, що випускники готові». У відповідь на це Комісією запропоновано стандартизувати критерії оцінювання випускників через кооперацію та координацію діяльності двох ланок здобуття освіти. Щоб досягти цього, у Звіті заохочується рання оцінка знань випускників.

*Фінансова доступність.* Іншою проблемою, з якою стикається вища освіта, на думку Комісії, є її недоступність для дітей із малозабезпечених сімей та національних меншин. У Звіті зазначається, що «є достатньо доказів того, що кваліфіковані молоді люди з сімей зі скромним прибутком набагато рідше вступають до коледжу, ніж їхні заможні однолітки з такою ж кваліфікаці-



єю». З метою усунення цієї проблеми Комісія рекомендувала зменшити вимоги для отримання студентських кредитів, щоб заохотити більше людей подавати заявки на фінансову допомогу. Звіт також вимагає більшої продуктивності та ефективності системи фінансової допомоги.

*Якість.* У Звіті Комісія закликає коледжі та університети впроваджувати інноваційні ідеї для нових методів навчання (дистанційне навчання) для поліпшення якості вищої освіти.

*Підзвітність.* Комісія пропонує створити загальнодоступну базу даних, де статистика та інша інформація про коледжі та університети буде доступною для всіх. Інформація в запропонованій базі даних включатиме вартість навчання, умови зарахування, показники випускників коледжів тощо. Комісія стверджує, що ВНЗ могли б мати більшу мотивацію до успішності студентів, якщо б ця інформація була оприлюднена для майбутніх студентів та їхніх батьків.

Науковці визначають однією з головних проблем відсутність добре скоординованої фінансової системи, яка б забезпечила баланс між кількістю випускників медичних ВНЗ та демографічним і епідеміологічним профілями США. Через відсутність такої скоординованості сьогодні існує певна невідповідність між захворюваністю та кількістю лікарів і їх розподілом за географією та спеціалізацією. Цю проблему вже активно намагаються вирішити організації з акредитації, намагаючись уніфікувати стандарти і прийоми навчання та адаптувати ліцензійний обсяг до запитів різних штатів. Дж. О'Ші стверджує, що втілення цих спроб покращити ситуацію можливе лише за умови підтримки уряду, яка б проявилася в консолідації урядових виплат на медичну освіту й покращенні фінансування медичної освіти окремими штатами [419].

Попри наявність певних проблем, які здебільшого носять фінансовий характер, Департамент освіти США і Рада з акредитації вищої освіти визнають понад 19 500 американських програм вищої освіти як акредитовані і якісні. Це зумовлено кількома причинами: багатоканальним фінансуванням, наявністю спонсорів, купівельною спро-

можністю сімей абітурієнтів, пільгами з боку держави й місцевої влади, фінансовою привабливістю вищої освіти внаслідок існування розвиненої економіки, залученням зарубіжних викладачів. Проте визначальна причина полягає в принципах управління. Йдеться про автономію, гарантію зайнятості, академічну свободу й внутрішню університетську демократію.

Про характер взаємин між університетом і державою свідчить той факт, що акредитуються не ВНЗ, а навчальні програми. Можна закрити ліцензування програми, але не ВНЗ. Крім цього, з федерального бюджету й бюджету штату фінансується не безпосередньо університет, а студент, який і «рейтингує» університет, вибираючи його на ринку освітніх послуг. Автономія університету від адміністративних рішень і від маніпулювання фінансуванням з боку влади означає, що остання не може використовувати міжнародні рейтинги порівняння ВНЗ з метою впливу. Побічно можливе скорочення фінансування студентів, але не конкретних навчальних закладів через позбавлення ліцензії, примус до злиття, або скороченням плану прийому [7, с. 113].

Розглянемо ці принципи детальніше. Принцип *автономії* підкреслюють у Великій хартії університетів: «...університет є автономним закладом, який створює і поширює культуру через наукові дослідження та освіту. Щоб адекватно реагувати на потреби сучасного світу, він повинен мати моральну та інтелектуальну незалежність щодо будь-якої політичної і економічної влади, реалізуючи свою діяльність у галузі досліджень і освіти» [467].

Одним із способів забезпечення цієї автономії є згаданий принцип фінансування з різних джерел. У США це поділ фінансування за джерелами, кожне з яких покриває лише частину потреби: фінансування з федерального бюджету, з бюджету штату, з коштів професійних асоціацій, з ендаумент-фондів, коштів приватних спонсорів, спеціальних кредитів банків та, нарешті, частково з коштів сім'ї студента.

*Гарантія працевлаштування* є наступним принципом управління, який забезпечує ефективне функціонування американської

системи медичної освіти. Підтвердженням цього є американський комбінований трудовий договір: спочатку семирічний контракт випробувального терміну з просуванням в науковій кар'єрі, потім закріплення за професором місця зайнятості без права звільнення з боку адміністрації, за винятком аморальної поведінки. Забезпечується академічна свобода від санкцій за критику й право вибирати адміністрацію університету. Відбувається стимулювання активності в науковій роботі. При виконанні заздалегідь відомих умов за певну кількість років за оцінкою колег, які мають статус постійних працівників, кандидат прагне зайняти місце в штаті університету, потім стати постійним співробітником. Додатковим ефектом такої організації є самоврядування та підбір ефективних керівників. У гарантії зайнятості в США вбачають перспективу розвитку ВНЗ. Для прикладу наведемо цитату з передвиборної програми кандидата в президенти США 2016 року Бернє Сандерса: «Коледжі та університети повинні наймати більше викладачів і підвищити відсоток тих професорів, хто має постійний контракт або вступив у процедуру його отримання» [244].

Щодо зовнішнього середовища університет нагадує підприємство, але його внутрішнє середовище принципово інше. Автономія слугує для підтримки ще одного принципу управління – *академічної свободи* професорської колегії в тому, чому і як навчати, а також для захисту від неправомірних вимог університетської адміністрації. У ринковому середовищі адміністрація ВНЗ об'єктивно зацікавлена в отриманні прибутку й збереженні невстигаючих студентів, що знижує якість навчання. Академічна свобода у внутрішньому середовищі університету повинна протистояти цій тенденції. Місія ВНЗ не в отриманні прибутку за всяку ціну, а в наданні якісної освіти. Для університетів дослідницького типу додається завдання наукових досліджень.

*Внутрішня університетська демократія.* В університетах США при дійсній внутрішній автономії ректор не є роботодавцем. Професорсько-викладацький штат, формально наймані працівники, – є колективним роботодавцем для адміністрації університету, яку най-

мають за принципом виборності. Самі ж викладачі мають гарантію зайнятості, що робить їх господарями університету (tenure).

Розглянемо особливості управління медичним ВНЗ у США на прикладі кількох найбільш рейтингових і престижних медичних шкіл. Варто відзначити, що в США не існує єдиної уніфікованої системи найменувань академічних посад. Так, у багатьох ВНЗ посада керівника медичного факультету (медичної школи) університету називається деканом (Dean), хоч, наприклад, Медичну школу Дж. Гопкінса очолює директор (Chief Executive Officer). У багатьох університетах посада заступника декана називається Vice-Dean, тоді як в інших – Deputy Dean чи Associate Dean. Рада деканів медичних шкіл при Американській асоціації медичних коледжів наводить інформацію про те, що у 2012 році 14 медичних шкіл зі 150 використовували термін «генеральний директор» (CEO) для позначення свого керівника в порівнянні з 2000 роком, коли їх було лише 2. Окрім цього, автори акцентують увагу на тому, що зміна в найменуванні пов'язана зі зміною функціональних обов'язків декана, а точніше їх загального вектора [468, с. 35]. Наводимо порівняння цих обов'язків у таблиці 2.5.

*Таблиця 2.5. Еволюція функціональних обов'язків декана медичної школи США*

<b>Роль декана</b>	<b>Часові рамки</b>	<b>Характеристика</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Декан як номінальний керівник	До 1945	Одноосібне керівництво з обмеженим впливом
Декан як офіційний представник	1945 – 1965	Інституційне керівництво на фоні зростання потреб і ресурсів
Декан як посередник	1965 – 1985	Керівництво децентралізованими закладами на фоні зростання освітніх потреб і ресурсів та зниження владного впливу з зосередженням на процедурному аспекті правління

Продовження табл. 2.5

1	2	3
Декан як розподільник ресурсів	1985 – 2005	Керівництво інституціями на фоні переходу до внутрішньоуніверситетської менеджерської кооперації у вигляді управлінських команд з метою прийняття креативних конструктивних рішень
Декан як генеральний директор	2005 – наш час	Керівництво в умовах державної рецентралізації у високо централізованих закладах із увагою до ефективного використання людських ресурсів та управлінських структур
Декан як член системної команди	2015 – наш час	Домінування координуючої ролі в керівництві медичною школою як частиною великої системи охорони здоров'я; декан виступає головним у вирішенні академічних питань і частиною команди у вирішенні фінансових і важливих стратегічних питань

Медичну школу Єльського університету очолює декан, який підзвітний ректору університету (рис. 2.1). Декана консультують із різних питань замісники (Deputy Dean) – з навчальної та наукової роботи, з клінічних питань, з адміністративних та фінансових питань. Низку специфічних питань вирішують помічники декана (Assistant Dean) – помічник декана з роботи зі студентами, з роботи з професорко-викладацьким штатом, з фінансових питань, з питань забезпечення якості клінічної роботи, з питань студентської успішності, з питань студентських стипендій тощо [502].

Як і інші медичні школи США, Медична школа Єльського університету підпорядковується опікунській раді (Board of Trustees) університету. Опікунська рада Єльського університету (Yale Corporation) є керівним і стратегічним органом Єльського університету. Основна функція Ради полягає у забезпеченні того, щоб академічне та адміністративне керівництво університету здійснювалося на належному рівні, з використанням відповідних ресурсів для



**Рис. 2.1. Управлінська структура деканату Медичної школи Єльського університету**

втілення місії Єльського університету. Опікуни уважно ставляться до балансування потреб викладачів, студентів, випускників та співробітників. Опікунська рада складається з сімнадцяти постійних членів: президент (ректор) університету, який очолює раду, десять призначених членів, шість обраних членів із числа випускників. Крім того, губернатор і замітник губернатора штату Коннектикут є членами ради за посадою.

Рада засідає щонайменше п'ять разів на рік. При Раді існує 12 постійних комісій, які виконують контролюючу й інспектуючу функції. Кожна комісія час від часу звітує з поточних питань на засіданнях Опікунської ради. Ці комісії такі: аудиторська, фінансова, компенсаційна, комісії з господарських питань, з питань кар'єрного розвитку та роботи з випускниками, з питань освітньої політики, з питань присвоєння ступенів, з інвестиційних питань, з питань інституційної комісії, з питань інвесторських зобов'язань, з питань Медичної школи, з питань Опікунської ради. Резолюції Опікунської ради є керівними для влади Медичної школи [250].

Розглянемо досвід Медичної школи Гарвардського університету. Навчальний заклад має складну та добре налагоджену систему взаємопов'язаних органів. Згідно зі статутом Гарвардського університету, управління здійснюється з одного боку ректором (President) та Ученою радою (Fellows of Harvard College), а з іншого – Наглядовою радою університету. Така двопланова структура управління передбачена статутом не лише Гарвардського університету, а й багатьох інших, і закріпилася ще з середини XVII століття. Учена рада університету складається з ректора, фінансового директора та інших членів. З 2010 року кількість членів ради розширилася з 7 до 13 з урахуванням запропонованої реформи. Основні функції Вченої ради полягають у вирішенні довгострокових стратегічних питань, планування загальної політики університету, а також непередбачуваних питань. Вчена рада консультує Ректора, бере участь в обговоренні з деканами та заступниками деканів навчальних програм, схвалює університетський бюджет, вирішує більшість фінансових питань.

Наглядова рада Університету охоплює 30 обраних членів, а також ректора та фінансового директора університету. Членів Наглядової ради обирають працівники закладу, які мають науковий ступінь, але не є членами Вченої ради чи адміністративних одиниць університету. Кожного року обирається п'ять нових членів Ради. Охоплюючи фахівців широкого профілю, Наглядова рада забезпечує широкий вплив на політику університету, його пріоритети в академічній, дослідницькій та фінансовій сферах. Однією з найважливіших функцій Ради є періодична оцінка й перегляд окремих програм та напрямів діяльності університету з метою забезпечення якості освітнього процесу. Цей контроль здійснюється через діяльність понад 50 інспектуючих комісій, які звітують Наглядовій раді.

Щодо Медичної школи, то її очолює декан (Dean), у якого є значна кількість заступників з двох напрямів діяльності закладу: з академічної роботи – заступники декана з кадрового забезпечення та питань єдності наукових досліджень, з питань школи стоматології, з питань фундаментальних дисциплін і додипломної освіти, з клінічних та міждисциплінарних наукових досліджень, з роботи зі студентами; з адміністративних питань – замісники декана з роботи з випускниками, виконавчий директор з питань наукових досліджень, голова адміністрації, виконавчий директор з питань інституційного планування та політики, керівник студмістечка, начальник відділу кадрів, керівник відділу інформаційного забезпечення та інші.

Окремо існують Рада керівників академічних програм, яка координує зв'язки школи з закладами системи охорони здоров'я, фінансова адміністрація Школи, яка відповідає за розподіл бюджету, управління грантами для студентів та викладачів, керівництво фінансами спільних програм із закладами охорони здоров'я.

Важливу функцію в управлінні закладом відіграє Рада наукових співробітників Школи. Члени ради є зовнішніми консультантами Декана, керівників адміністрації та викладацького штату щодо стратегічних питань розвитку Школи. Окрім зовнішніх експертів, консультацію діяльності закладу надають такі Консультаційні ради: з питань наукових досліджень, з освітніх питань, з питань глобально-



го здоров'я і надання лікувальних послуг. Контролюючу функцію в межах Школи виконує Комісія інспекторів, яка звітує щодо діяльності кожного окремого підрозділу Школи безпосередньо Наглядовій раді Гарвардського університету. Комісію очолює член Наглядової ради університету й включає випускників закладу й експертів поза його межами [249].

Таким чином, основними особливостями управління сучасною системою вищої медичної освіти в США, що визначають її стратегічні орієнтири, є такі:

1. Проведення активної політики щодо розвитку й модернізації системи вищої професійної освіти, впровадження високих стандартів та інновацій насамперед на загальнодержавному рівні.
2. Основним принципом управління вищою освітою на всіх структурних рівнях (на державному, регіональному, муніципальному, а також на рівні ВНЗ) є системний принцип.
3. Розуміння того, що управління в системі вищої професійної освіти має задовольняти потреби суспільства й забезпечувати доступність, зокрема фінансову, освіти.
4. Ефективність управління системою вищої професійної освіти забезпечується через поділ компетентностей організацій різних вертикальних структурних рівнів у співвідношенні з розвитком принципу автономії університетів в частині, що стосується організації, забезпечення та управління освітнім процесом (вибір навчальних методик і освітніх технологій, визначення структури та складу зайнятого професорсько-викладацького складу, джерела фінансування, контингент учнів та ін.).
5. Розвиток здорової конкуренції між ВНЗ різного організаційно-правового статусу та одночасна кооперація між ними.
6. Забезпечення якості освіти та розвиток системи контролю за нею в умовах ринкових відносин.

Враховуючи досвід США в управлінні вищою освітою, зазначаємо, що важливими елементами формування ефективних еконо-

мічних механізмів модернізації та розвитку освіти, що забезпечують фактично нові принципи й систему управління галузі, повинні стати:

- створення системи державного освітнього кредитування, субсидування громадян з малозабезпечених сімей та віддалених територій для отримання ними професійної освіти;
- виділення коштів на розвиток освіти з бюджетів усіх рівнів, включаючи кошти на придбання установами освіти навчально-лабораторного обладнання та інформаційно-обчислювальної техніки, засоби на розвиток бібліотек та інформаційних ресурсів, а також на підвищення кваліфікації викладачів;
- досягнення прозорості міжбюджетних відносин у частині, що стосується фінансового забезпечення освіти;
- стимулювання співзасновництва й багатоканального фінансування закладів професійної освіти; перехід до фінансування установ професійної освіти на контрактній основі;
- послідовна реалізація принципу автономії навчальних закладів;
- створення на базі освітніх установ науково-дослідних центрів;
- підтримка профільного навчального виробництва на базі освітніх установ.

Поставлені завдання зумовлюють і ефективність прийнятих рішень, а також посилення відповідальності за їх виконання. Саме тому для всіх структурних рівнів освіти головним є правильний вибір стратегії і тактики управління.

В ідеалі в кожному ВНЗ має бути реалізований такий тип управління, який за оптимальних умов сприятиме запровадженню інноваційних технологій відповідно до соціокультурного середовища ВНЗ, а також використання наявних і потенційних можливостей, виходячи з ринкових відносин, де вартість освіти дасть можливість стратегічної переваги ВНЗ на освітньому ринку.

Таким чином, управління у ВНЗ і США є одночасно і системою, і безперервним процесом, який виступає істотним чинником в ефективності діяльності університету й забезпечує його розвиток. Саме управління дає можливість підтримувати всі значущі життєві

функції університету, але разом з тим латентно містить в собі поєднання чинників інтеграції і диференціації, у тому числі й різноманітності, необхідних для розвитку університету. У цій мережі відносин створюється така взаємодія, яка так чи інакше включає всіх, але розводить їх по різних рівнях і блоках організаційно-управлінської регуляції. Завдяки управлінню досягається адаптація різних організаційних компонентів, реалізується симбіоз і синтез різних структур у межах ВНЗ, розподіляються функції центру й периферії організації, формується стійке управління. Тим самим раціональне управління визначає оптимальність діяльності університету на ринку освітніх послуг і його ефективний розвиток.

## ***Висновки до другого розділу***

Успішне вивчення будь-якої освітньої системи вимагає чіткого розуміння базових понять. Розвиток, систематизація та вдосконалення понятійної системи педагогіки є однією з постійних проблеми науки. Уся сукупність понять педагогіки відображає її структуру повно й адекватно. У межах дослідження ми виокремили й обґрунтували необхідність розуміння таких понять, як «освіта», «вища освіта», «професійна освіта», «медична освіта», «якість вищої освіти», «моніторинг», «управління». Особливістю американської педагогічної науки у визначенні основних понять є людиноцентричність.

Одним із базових понять у межах нашого дослідження є управління як процес, у ході якого формується державна й інституційна політика щодо вищої освіти. Поняття управління є складним і багатоплановим, тому його розуміння можливе лише на міждисциплінарному рівні. З точки зору праксеології і педагогіки вищої школи управління вищою освітою є феноменом професійної діяльності, який, об'єднуючи загальнонаукові та специфічні прийоми, забезпечує ефективний моніторинг, координування та корекцію діяльності всіх рівнів вищої освіти. Важливим є поняття культури управління, яке в контексті нашої розвідки розглядаємо як комплексний, уза-

гальноючий показник управлінської праці, що репрезентує сформовану в державі систему впливу правових і соціально-політичних інститутів на сферу вищої медичної освіти

Управління вищою медичною освітою в США має свої соціально, економічно, політично та культурно зумовлені особливості. До найбільш важливих рис управління вищою освітою США, які виробилися впродовж XX століття та закріпилися в XXI, відносимо децентралізованість. Як закріплена юридично 5-ою Поправкою до Конституції США та Конституціями штатів, децентралізованість передбачає автономію навчальних закладів, можливість самостійно визначати основні характеристики освітнього процесу, зокрема, методи й технології викладання, структуру кадрового потенціалу, джерела фінансування, контингент студентів, самостійно обирати шляхи забезпечення якості освітнього процесу. До інших важливих рис управління медичною освітою в США належать:

- а) системність та інтегративність рівнів вищої освіти, що проявляється у взаємодії і координації дій різних ланок вищої освіти;
- б) проведення активної політики щодо розвитку й модернізації системи вищої професійної освіти, впровадження високих стандартів та інновацій, перш за все – на загальнодержавному рівні;
- в) розуміння того, що управління в системі вищої професійної освіти має задовольняти потреби суспільства й забезпечувати доступність, зокрема фінансову, освіти;
- г) розвиток здорової конкуренції між ВНЗ різного організаційно-правового статусу та одночасна кооперація між ними;
- г) забезпечення якості освіти та розвиток системи контролю за нею в умовах ринкових відносин за допомогою впровадження акредитаційними органами стандартів освіти.

Департамент освіти США з відповідними відомствами та комісіями і Рада з акредитації вищої освіти з підзвітними їй органами на рівні окремих штатів належать до федеральних органів управління вищою медичною освітою в США. Рада з акредитації вищої освіти

є важливим органом управління, оскільки її функція полягає у забезпеченні стандартів якості вищої освіти, гарантуванні цієї якості для громадських, державних організацій, агентств та роботодавців, інформуванні студентів та їх батьків.

У межах управління ВНЗ медичного профілю важливу роль відіграють окремі організації, які підпорядковуються Департаменту освіти США й беруть участь у створенні, впровадженні та оновленні стандартів медичної освіти. До цих організацій належить Комітет зі зв'язків з медичною освітою, Комісія з акредитації остеопатичних коледжів та Асоціація американських медичних коледжів.

Важливим аспектом управління вищою освітою в США є акредитація навчальних закладів. Вона вважається унікальною характеристикою американської освіти. Рада з акредитації вищої освіти проводить єдину політику з координації стандартів освіти регіональних асоціацій акредитації. Вона виступає важелем впливу на діяльність університетів та коледжів.

Оптимізація управління медичною освітою у США відбувається загальнонаціональному векторі, намагаючись втілити важливі принципи функціонування системи вищої освіти та подолати найбільш серйозні виклики часу. До цих викликів учені відносять доступність, зокрема фінансову доступність медичної освіти США, забезпечення якості освіти з врахуванням швидких темпів розвитку технологій та необхідність підзвітності. Окрім цього, існує певна двозначність ситуації децентралізації управління вищою освітою, про яку говорять науковці. Відсутність системи стандартизації, яка існує в інших галузях вищої освіти, не характерна для медичної освіти, яка залишається відносно елітарною в фінансовому та інтелектуальному сенсі.

Основні принципи управління вищою, зокрема медичною освітою в США, які закріпилися впродовж останніх десятиліть і залишаються основою ефективного функціонування всієї системи вищої освіти, є автономія, гарантія працевлаштування, академічна свобода й внутрішня університетська демократія. Успішність управління вищою освітою в США забезпечується поєднанням методологічної визначеності й відповідності системі та механізмам управління.

Вважаємо, що в контексті впровадження досвіду США в управлінні вищою, зокрема медичною, освітою вартими уваги є такі пропозиції:

- а) створення системи державного освітнього кредитування, субсидування громадян із малозабезпечених сімей для отримання ними професійної освіти;
- б) стимулювання співзасновництва й багатоканального фінансування закладів професійної освіти;
- в) перехід до фінансування установ професійної освіти на контрактній основі;
- г) послідовна реалізація принципу автономії навчальних закладів;
- г) стимулювання наукової діяльності в межах окремих університетів через створення науково-дослідних центрів.

## **Розділ 3**

# **СУЧАСНА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ОСВІТА США ЯК ПЕДАГОГІЧНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

### ***3.1. Підготовка викладачів до професійної діяльності в медичних університетах США***

Історичний аналіз формування американської вищої, зокрема, медичної освіти дозволяє стверджувати, що вона розвивалася на фундаменті, закладеному вихідцями з Європи, поєднала в собі риси англійського коледжу вільних мистецтв і німецького дослідницького університету. Формування професорсько-викладацького складу ранніх американських університетів було складним процесом, оскільки більшість викладачів цього періоду були випускниками клерикальних шкіл або семінарій і не мали формальної професійної підготовки.

Становлення американської державності та розвиток національної економіки зумовили необхідність змін у системі освіти країни й визначили нові вимоги до рівня підготовки і діяльності викладача університету. Підготовка викладачів медичної школи в США включала два важливих історичних аспекти. По-перше, професіоналізація діяльності викладача знайшла своє вираження в явищі спеціалізації, підставою якої стала диференціація різних галузей знань, науки, культури, мистецтва. В межах медицини поступово почали виокремлюватися її окремі галузі, що урізноманітнювало діапазон професійних вмінь викладача.

По-друге, в другій половині XIX століття в США почали з'являтися перші аспірантські школи, основною функцією яких була «передача найповнішого знання найбільш талановитим представникам суспільства» [92, с. 112]. Крім того, в майбутньому саме докторські програми стали основною формою підготовки науково-педагогічних кадрів для вищої школи США.

Ґрунтуючись на теоретичному аналізі та синтезі інформації, отриманої з оригінальних джерел, ми виділили два основних історичних етапи в розвитку системи підготовки викладача вищої школи США:

1. Підготовка викладачів коледжів і університетів у духовних навчальних закладах країни – клерикальних школах і семінаріях (середина XVII – середина XIX століття) з подальшим навчанням у медичних школах.
2. Підготовка науково-педагогічних кадрів для вищої школи в аспірантських школах європейських і американських ВНЗ (з 70-х років XIX століття по наш час) [92, с. 22]. Розглянемо детальніше особливості історичного розвитку системи підготовки викладачів медичних шкіл США.

Як зазначалося, перші медичні школи у США було створено за європейським взірцем ще в колоніальний період, їх професорсько-викладацький штат також сформували випускники європейських університетів. Зі здобуттям незалежності США в країні почався активний процес формування освітньої системи з урахуванням уже існуючих потреб та особливостей молодшої країни. У 1800 році існувало чотири медичні школи: при Університеті Пенсильванії, Королівському коледжі, Гарвардському і Дартмутському університетах. У 1810-1840 роках було створено 26 нових медичних шкіл, у 1840-1876 роках – ще 47, а наприкінці XIX століття з'явилися ще десятки нових шкіл. Медичні школи повинні були стати доповненням до існуючої у той час системи учнівства (apprenticeship), яка мала багато недоліків – відсутність систематичності навчання, уніфікованої дидактично обґрунтованої системи оцінювання, значна роль особистісного впливу викладача і суб'єктивізм тощо. Оскільки медичні



школи могли ефективніше забезпечити систематичне навчання, до середини XIX століття вони замінили учнівство як основний шлях до професійної медичної освіти.

Хоча перші школи було створено з важливих соціальних мотивів, якість навчання не була високою. Не існувало вимог для вступу, окрім можливості оплатити навчання. Тривалість навчання була незначною – стандартний курс складався із двох чотиримісячних курсів лекцій. Навчальні програми, як правило, охоплювали сім курсів: анатомія, фізіологія та патологія, терапія та фармація, хімія та медична юриспруденція; теорія та практика медицини; хірургія; акушерство та хвороби жінок і дітей. Навчання було здебільшого теоретичним: сім–вісім годин лекцій щодня, які доповнювалися опрацюванням підручників. Лабораторні завдання були поверхневими, навіть при вивченні клінічних дисциплін не було можливості працювати з пацієнтами. Іспити були короткими, єдиною вимогою для закінчення навчання була можливість його оплатити. Студенти, котрі бажали отримати ґрунтовнішу підготовку, були змушені доповнювати навчання в медичній школі іншими шляхами, наприклад, навчаючись в Європі або підпрацьовуючи в лікарнях.

Не було й чітких вимог до прийому на роботу викладачів. Через нестачу кадрів будь-яка людина з медичною освітою й мінімальним попереднім досвідом могла влаштуватися на роботу в медичну школу. Наявність клінічної бази в новостворених медичних школах була номінальною (єдиною вимогою щодо їх оснащення була наявність анатомічної зали), а професорсько-викладацький штат – невеликим (зазвичай, шість–вісім професорів). По суті, викладачі були власниками шкіл та експлуатували їх для отримання прибутку. Ознакою хорошої медичної школи була її прибутковість, тобто комерційні цілі домінували над академічними.

Початок реформування припадає на середину XIX століття. В основі трансформації лежало кілька факторів: запозичення європейського досвіду лабораторних методів досліджень завдяки тому, що значна кількість американських лікарів подорожувала до Європи (зокрема, Німеччини) для їх вивчення; розвиток системи масової

освіти для забезпечення кваліфікованих абітурієнтів університету; поява в Америці сучасного університету; революція в експериментальній медицині, що відбувалася в Європі; плекання ідеї філантропії серед багатьох заможних підприємців. Разом ці чинники забезпечили інфраструктуру нової системи медичної освіти.

Саме цей період став початком створення сучасної системи медичної освіти в США. Після закінчення Громадянської війни педагоги-медики почали відмовлятися від традиційного уявлення про те, що медична освіта полягає у вивченні фактів через усне запам'ятовування. Нова мета медичної освіти полягала у виробленні проблемного та критичного мислення, вмінні знаходити та оцінювати інформацію. Для цього педагоги медичних шкіл зменшили роль традиційних методів викладання лекцій та підручників і почали говорити про важливість самоосвіти та навчання шляхом виконання. Завдяки лабораторній роботі та клінічним заняттям студенти повинні були стати активними учасниками навчання, а не пасивними спостерігачами, як раніше.

Окрім цього, синхронно з'явилася думка про те, що сучасна медична школа повинна не тільки передавати знання студентам, а й бути прихильною до відкриття нових знань через дослідження. Саме ця ідея стала однією з фундаментальних у розвитку сучасної американської медичної школи. Вона мала два наслідки: по-перше, викладачі медичних шкіл, окрім викладацької та клінічної діяльності, здійснювали дослідження. По-друге, медичні школи перестали існувати як окремі установи, а поступово ставали невід'ємною частиною університетів з метою здійснення комплексних міждисциплінарних досліджень.

Суттєвим кроком було і те, що на початку 1870-х років медичні школи Гарвардського університету та університетів Пенсильванії та Мічигану почали наймати на роботу штатних вчених у галузі медицини. У 1893 році було відкрито Медичну школу Джона Гопкінса, яка відразу стала моделлю, на яку орієнтувалися всі інші медичні школи, як і Університет Джона Гопкінса в 1876 році став моделлю для сучасного американського дослідницького університету. Конт-

роль за виконанням лабораторних та клінічних занять здійснювали вчені, а дослідницька робота в галузі медицини стала одним із головних завдань медичної освіти. У 1880-90-х роках ВМНЗ всієї країни почали наслідувати ці провідні медичні школи, розпочавши кампанію з реформування американської медичної освіти. Таким чином, окремі приватні медичні школи поступово почали заміщуватися медичними школами при університетах.

Важливим у формуванні компетентного викладача медичної школи США стало створення Американської медичної асоціації у 1847 році та Асоціації американських медичних коледжів у 1876 році. Ці фахові організації відіграли значну роль у закріпленні високих стандартів американської медичної освіти.

Визначальним етапом у формуванні концепції сучасного викладача медичної школи США стала послідовність реформ після публікації Звіту А. Флекснера. Як згадувалося, в 1910 році А. Флекснер опублікував доповідь про стан медичної освіти в США та Канаді. У цій доповіді він описав ідеальні умови для медичної освіти за прикладом Медичної школи Джона Гопкінса і визначив несприятливі умови, які все ще існували в більшості медичних шкіл. Окрім інших важливих рекомендацій А. Флекснера, важливим було зауваження щодо викладачів медичних шкіл США. На думку вченого, необхідною умовою реформування системи освіти мало стати призначення на посаду викладачів медичних шкіл штатних лікарів-клініцистів, які б знали особливості діяльності зсередини і мали значний потік пацієнтів, на відміну від епізодичних клінічних випадків, з якими стикалися викладачі тогочасних медичних ВНЗ.

Іншим важливим впровадженням А. Флекснера стало закріплення необхідності здійснення наукових досліджень викладачами медичних шкіл. Саме він одним з перших висловив ідею злиття медичних шкіл з діючими університетами з метою створення конгломератів наукових досліджень. Загалом, ідею інтеграції наукової і викладацької діяльності було запозичено з Німеччини. У США за ініціативи А. Флекснера вона була втілена за рахунок того, що значне зміцнення науково-технічної бази університетів дозволило по-

класти наукові дослідження в основу всього навчального процесу підготовки наукових кадрів, перетворити вищу школу на основне місце розвитку національної науки.

Такими є основні історичні віхи формування сучасної системи підготовки викладачів медичної школи США. Як бачимо, у ньому простежується поступовий перехід від викладача, який працює неповний робочий день і має загальну лікарську практику, до штатного викладача-клініциста, який, окрім навчальної, залучений до спеціалізованої наукової діяльності.

Важливим здобутком американської медичної освіти, в тому числі системи підготовки педагогічних фахівців медичних шкіл, є послідовне, обґрунтоване врахування компетентнісного підходу в реалізації кадрової політики в межах ВНЗ. Еволюція ідей компетентнісного підходу в медичній освіті, який зародився на початку ХХ століття, привела до того, що головними аспектами компетентнісного підходу стали відповідність, результативність навчання, індивідуалізація освітнього процесу й відхід від тимчасової побудови програми навчання. При цьому бажані результати навчання визначаються ключовими компетентностями або ролями, якими повинен володіти або виконувати випускник-медик.

Вивчення науково-методичної літератури показало, що основними принципами діяльності викладача вищої школи США є академічна свобода, автономія, колегіальність, функціональна різноплановість. Аналізуючи ціннісні установки викладача вищої школи США ми дійшли до висновку про превалювання цілей інтелектуального плану, що включають розвиток у студентів творчого потенціалу, уміння критично мислити, навичок глибокого самоаналізу, здатності до постійного саморозвитку. Реалізація цих цілей можлива лише при достатньому рівні сформованості професійної компетентності викладача, а з огляду на функціональну різноаспектність його професійної діяльності, слід говорити про цілий комплекс компетентностей (предметної, психологічної, педагогічної, методичної, професійно-комунікативної). Розглянемо компоненти професійної компетентності викладача медичної школи США.

У США Рада з акредитації вищої медичної освіти виділяє наступні компетентності: догляд за пацієнтом, медичні знання, практично-орієнтоване навчання, міжособистісні комунікативні навички, професіоналізм, медична практика, заснована на системах людини [255, с. 87].

Окрім цього, Рада розробила концепцію клінічних напрямів на основі шести загальних компетентностей. Вони є категоріями клінічних навичок, в яких студенти, повинні продемонструвати зростання професійної майстерності. Схожий підхід представлений у вигляді довірчих професійних дій, які є специфічними поведінковими ситуаціями, коли компетентний фахівець повинен продемонструвати прийнятний рівень сформованості навички чи взаємодії. Ці підкомпетентності – ключові компетентності, загальні компетентності, довірчі професійні дії тощо – є основою класифікаційних схем, які зв'язують абстрактні компетентності й безпосередню поведінку за допомогою низки проміжних таксономічних підкатегорій. Для порівняння, у Канаді ролі випускника медичного університету, визначені Королівським коледжем лікарів і хірургів, такі: медичний експерт, комунікатор, працівник у команді, менеджер, захисник здоров'я, вчений і професіонал. Ці ролі містять більше 28 специфічних ключових компетентностей, які потім конкретизовані в 126 загальних компетентностей [255, с. 88].

У сучасній літературі можна знайти такі визначення компетентності, які стосуються діяльності педагога-медика:

- а) здатність надавати медичну допомогу і / або іншу професійну послугу відповідно до стандартів практики, встановлених членами професійних організацій, які задовольняють очікування суспільства [499, с. 360];
- б) складний набір поведінкових ситуацій, заснованих на знаннях, навичках, взаєминах і компетентностях, як особистісної характеристики [449, с. 361];
- в) сукупність навичок, знань і вмінь, необхідних для широкої практики громадського здоров'я [292, с. 249];

- г) знання, навички і вміння, пов'язані зі спостереженням, діагностикою захворювань [245, с. 570];
- г) знання, навички, вміння й особисті якості, необхідні для медичної практики [478, с. 15].

Ми спробували дослідити різні поняття компетентності, які висвітлені в зарубіжній літературі з медичної освіти. У більшості робіт вказується, що компетентність складається зі знань і навичок [245, с. 571; 315, с. 227; 293, с. 9]. Компоненти компетентності, крім знань і навичок, включають такі аспекти: відображення в щоденній практиці; певні цінності при судженнях; відповідність кваліфікації і здібностей, взаємин, якостей або станів; професійне судження; стосунки і цінності; риси характеру; професійна соціалізація та судження; компетентність як особиста риса. Усі компоненти можна підсумувати як взаємини, здібності, судження, цінності та особистісні характеристики. Окремі вчені, наприклад, відносять до компетентності розсудливий прояв емоцій і ціннісних установок [315, с. 226]. Інші автори до основних компонентів компетентності відносять здібності. Отже, можна виокремити три основні складові: знання, навички та здібності. Очевидно, що компетентність характеризують як складну сукупність, що поєднує чотири компоненти: знання, навички, вміння й інші характеристики.

Як бачимо, вміння не прирівнюється до компетентності, воно є її складовою і, зазвичай, складається із абстрактного мислення, пам'яті та когнітивних процесів, пов'язаних із вирішенням нових завдань. Таким чином, клінічне мислення, професійна соціалізація, комунікація і рефлексія в щоденній практиці можна вважати вміннями, які складають частину компетентності. Друга категорія стосується взаємин і цінностей, які відрізняються від знань і навичок. Ці компоненти належать до особистісних характеристик, яким формально не можна навчити під час освітнього процесу, вони швидше належать до сфери досвіду та особистісного зростання, викликаного відповідними рольовими моделями в освітньому закладі. Основна проблема з визначенням цих компонентів компетентності відображає той факт, що їх відносно складно виявляти й оцінювати [118, с. 169].

У всіх визначеннях компетентність розуміють як здатність адекватно або успішно виконувати певний набір завдань. Спостерігається дихотомія з приводу того, як компоненти компетентності повинні взаємодіяти. З одного боку, компетентний професіонал поєднує якості, необхідні для «функціонування» в складній ситуації. Акцент робиться на поєднанні компонентів і на розумінні того, що синергія приведе до кращого результату, ніж сума всіх частин [484, с. 357]. З іншого боку, вважають, що компетентний професіонал є компетентним тому, що він вибирає з доступних компонентів ті, які є найбільш придатними для складної ситуації, з якою вони стикаються [484, с. 359]. Важливо розуміти, що компетентність – це не тільки сума компонентів, які повинні бути об'єднані або обрані, вона має соціально значущу мету. Таким чином, компетентність не може існувати без певного контексту, в якому вона проявляється.

Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок, що компетентність фахівця медичного профілю:

- а) складається із знань, навичок та інших компонентів, що належать до особистісних вмінь і характеристик;
- б) дозволяє професіоналу вибирати або комбінувати компоненти для підтримки стандартів виконання дій;
- в) гарантує суспільству, що її носій відповідатиме прийнятним стандартам якості.

В. Леунг розмежував клінічну компетентність (те, що лікар може зробити) і клінічну поведінку (те, що лікар робить), вказуючи на потенційний поділ поняття «компетентність»: з одного боку, компетентність – це потенційна дія, з іншого – реальна дія [381, с. 694]. Деякі автори підкреслюють значення компетентності як комбінації компонентів і визначають її, як «знати як діяти» [418, с. 233]. Інші автори використовують термін «компетентність» для опису сукупності ресурсів для виконання завдання, що належить до певного кластера професійних ситуацій [378; 424; 439]. Дж. Гардіф визначив компетентність як складну здатність діяти, що ґрунтується на мобілізації й ефективній комбінації низки внутрішніх і зовнішніх

ресурсів у межах певної групи ситуацій [464, с. 32]. Таким чином, можна виділити три принципи, на яких ґрунтується поняття компетентності:

- а) інтеграція та комбінація різних типів внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які розгортаються в дії;
- б) тісний зв'язок з певним набором проблем або ситуацій;
- в) мобілізація компетентності для вирішення проблеми або виконання завдання в межах певної ситуації є основним доказом її існування.

Отже, компетентність очевидна, тільки коли вона в дії та її компоненти об'єднані таким чином, що стають непомітними. При визначенні медичної компетентності також виникає багато суперечок. Цікавою видається ідея про те, що складно надати єдине визначення медичної компетентності, оскільки воно повинно бути прив'язане до місцевих політичних, соціальних і економічних обставин, потреб у сфері охорони здоров'я, доступності ресурсів і структури служби охорони здоров'я. Деякі дослідники вважають, що визначення компетентності також складно відокремити від цілей і завдань навчання. Відмінність між ними полягає, насамперед, у тому, що компетентність сфокусована на кінцевому продукті процесу навчання, а не на процесі навчання як такому.

Ще складніше знайти відмінність у визначенні компетентності і результатів навчання. Компетентність ґрунтується, перш за все, на результатах лікування пацієнтів і тільки потім – на визначенні результатів вивчення медицини. Р. Гарден [222, с. 548] запропонував сім критеріїв для специфікації результатів навчання, які повинні:

- а) відображати бачення і місію університету;
- б) бути чіткими і недвозначними;
- в) бути специфічними і спрямованими на певні галузі компетентності;
- г) бути керованими з погляду кількості результатів;
- г) бути узагальненими з погляду застосування;
- д) допомагати в досягненні реальних результатів;



е) вказувати на зв'язок з іншими результатами.

Ці критерії також застосовано і до компетентності. Однак М. А. Албаніз додав ще п'ять характеристик:

- а) компетентність повинна фокусуватися на представленні кінцевого продукту або цільового виконання дії;
- б) повинна відображати очікування, які виражені стосовно того, що засвоєно в межах певної програми;
- в) має бути виражена з точки зору оцінюваної поведінки;
- г) при її оцінюванні необхідно використовувати стандарт, який не залежить від виконання іншими студентами;
- г) повинна бути інформативною для студентів та інших зацікавлених сторін [292, с. 255].

На думку колективу авторів на чолі з М. Албаніз, модель компетентнісної характеристики лікаря базується на трьох основних елементах компетентного медичного експерта: що лікар здатний зробити (технічні навички, якими володіє лікар, наприклад клінічні); яким чином лікар підходить до своєї практики (ставлення, етичне розуміння, юридична відповідальність, навички прийняття рішень, клінічне мислення); роль лікаря як професіонала (у системі охорони здоров'я, його особистісний розвиток) [292, с. 255].

Ще однією теорією, яка підкріплює компетентнісний підхід, є біхевіоризм. Найважливіший аспект теорії біхевіоризму полягає в заохоченні бажаної поведінки, яку необхідно повторити в майбутньому з метою ефективного виконання завдань, зокрема, професійних. В освіті компетентнісний підхід спрямований на підкреслення позитивного закріплення поведінкової моделі. У випадку з компетентностями позитивне закріплення представлено розумінням того, що студент досяг компетентності. Іншою особливістю компетентнісного підходу з погляду теорії біхевіоризму є надання студентам можливості працювати у власному ритмі і витратити стільки часу, скільки необхідно для досягнення освітніх цілей (компетентностей). Мета будь-якої освітньої програми, яка ґрунтується на компетентнісному підході, – формування компетентностей, і кількість часу, витраченого на це, не є визначальним фактором [292, с. 254].

Таким чином, компетентності протиставляються цілями, завданнями і результатами навчання, вони більш специфічно спрямовані на досягнення мети – формування компетентності студента – на основі чітких критеріїв, що виходять з набору навичок, необхідних практикуючому лікарю. Складним завданням залишається перенесення соціально створених ідей компетентності в надійну і специфічну систему оцінювання. Основою для критики компетентнісного підходу є тенденція до опису загальних компетентностей надміру детально, що призводить до створення об’ємних, фрагментарних програмних документів, які втрачають практичну цінність для освіти, оскільки стають дедалі менше пов’язані з реальним світом. Отже, замість того, щоб говорити про загальні компетентності, було б доцільніше досліджувати, як люди з різними рівнями здібностей взаємодіють і вирішують поставлені завдання.

Також оцінка компетентності, найімовірніше, фокусується на демонстрації оволодіння кожним компонентом окремо. Студент, який демонструє відповідний рівень володіння знаннями, навичками та особистим ставленням, вважається компетентним. Таке навчання студентів більш сфокусоване на придбанні найбільшої кількості можливих наборів внутрішніх ресурсів, ніж на розвитку здатності комбінувати їх у певних ситуаціях. На противагу цьому, компетентність, як комбінація компонентів, визначає бажаний результат навчання, який характеризується професійно значущими діями [118, с. 171]. Таке розуміння наголошує на тому, що успішне виконання цих дій вимагає мобілізації інтегрованого і недиференційованого компонентів, що складається з внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Компетентність пов’язана з виконанням, а, отже, її формування й розвиток повинні відбуватися в контекстних і активних умовах.

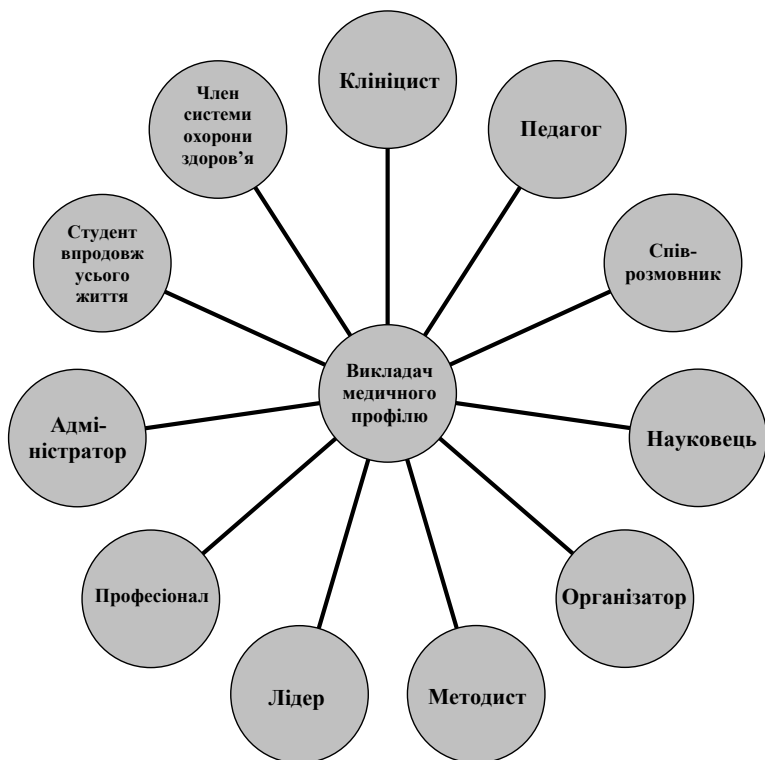
Про головну роль компетентнісного підходу при формуванні майбутнього викладача медичних ВНЗ свідчить значна кількість досліджень в американській педагогіці. Дослідження, проведене Р. Гордїйк та колективом учених, підтвердило, що більшість учених в галузі медичної освіти в США з-поміж значної кількості компетентностей викладача-медика виділяє 10 головних, на які необхідно

спиратися при укладанні програм підвищення кваліфікації. До них належать:

- 1) здатність критично осмислювати власні цінності та переконання;
- 2) здатність висловлюватися про інших людей в недискримінаційній, нестереотипній манері;
- 3) емпатія до пацієнтів незалежно від їх етнічної належності, раси або національності;
- 4) усвідомлення інтерсекціональності;
- 5) усвідомлення власного етнічного та культурного фону;
- 6) знання етнічних і соціальних детермінант фізичного і психічного здоров'я людей, в тому числі мігрантів;
- 7) здатність розмірковувати зі студентами про соціальний або культурний контекст пацієнта, що може стосуватися до клінічного випадку;
- 8) усвідомлення того, що викладачі є прикладом для наслідування, коли вони говорять про пацієнтів з різних етнічних, культурних та соціальних груп;
- 9) емпатія до студентів різного етнічного, культурного та соціального походження;
- 10) вміння брати участь, мотивувати та дозволяти всім студентам активно брати участь у роботі [291, с. 68].

Слідом за вченими [273, с. 402], підсумовуючи результати дослідження, створимо перелік компетентностей як набору соціальних ролей викладача медичної школи США (рис. 3.1). *Предметну* компетентність становлять такі соціальні ролі викладача:

- 1) клініцист, який надає кваліфіковані терапевтичні та профілактичні послуги пацієнтам;
- 2) професіонал, який прагне до фахової досконалості, дотримання етичних норм у межах своєї роботи;
- 3) студент впродовж усього життя, який прагне і зобов'язаний до постійного підвищення кваліфікації в усіх напрямках його діяльності.



**Рис. 3.1. Соціальні ролі сучасного викладача медичного профілю.**

*Психологічна* компетентність охоплює такі соціальні ролі викладача:

- 4) лідер, який керує діяльністю окремих людей чи груп людей (студентів, працівників);
- 5) адміністратор, який займається координацією та спрямуванням діяльності інших членів системи охорони здоров'я.

*Педагогічна* компетентність:

- 6) педагог, який якісно та ефективно надає освітні послуги студентам, інтернам та резидентам з урахуванням особливостей кожного етапу навчання;

- 7) організатор, який займається організацією навчальних, навчально-виховних та навчально-наукових заходів.

*Методична компетентність:*

- 8) науковець, який в межах своєї діяльності займається плануванням, організацією, методичним забезпеченням, проведенням та аналізом наукових досліджень;
- 9) методист, який визначає методологію наукових досліджень, окремих занять, проектів тощо.

*Професійно-комунікативна компетентність* полягає в тому, що викладач медичної школи є:

- 10) співрозмовником, який тісно комунікує зі студентами, колегами, пацієнтами, їх сім'ями, фармацевтичним та допоміжним персоналом і професійним співтовариством загалом;
- 11) членом системи охорони здоров'я, який є невід'ємною її ланкою у всіх взаємозв'язках.

Структура підготовки і перепідготовки викладачів вищої школи США включає: допрофесійну, післяпрофесійну підготовку в аспірантських школах та на спеціальних курсах і підвищення кваліфікації на робочому місці. Поєднувальною ланкою перших двох етапів є робота на посаді асистента викладача. Зупинимось детальніше на кожному із зазначених етапів.

На першому етапі головним шляхом отримання педагогічної підготовки є реалізація інкорпорованих міждисциплінарних програм, коли ведеться паралельна підготовка з фахового предмета і методики його викладання, або ж основи педагогічної підготовки викладаються в ході вивчення гуманітарних елективних курсів.

Форми і методи організації післяпрофесійної підготовки майбутнього викладача різноманітні:

- підготовка фахівців з різних докторських програм: поряд з традиційним ступенем доктора медицини зі спеціальності, розроблені педагогічно орієнтовані програми для отримання ступеня доктора освіти (DEd), доктора вільних мистецтв (DA) або доктора філософії за спеціалізацією «Вища освіта» (PhD in Higher Education);

- інститут асистентів викладачів (аспірантів), загальнонаціональні та внутрішньоуніверситетські програми їх професійної освіти, при провідних університетах;
- сертифікаційні програми (200–400 годин психолого-педагогічної підготовки), які забезпечують уже дипломованого лікаря знаннями, необхідними для викладання конкретного предмета, з видачею сертифіката, що дозволяє викладання в університеті.

Підвищення кваліфікації педагогічних працівників медичних шкіл відбувається в ході різноманітних курсів та програм з подальшою видачею сертифіката, який засвідчує поглиблення педагогічної компетентності викладача та його ознайомлення з останніми досягненнями педагогічної практики.

Розглянемо детальніше особливості підготовки на першому етапі. Як зазначалося, існує два напрями педагогічної підготовки на допрофесійному етапі:

- а) вивчення гуманітарних елективних курсів педагогічного спрямування в межах фахової підготовки лікаря;
- б) отримання подвійного наукового ступеня в галузі медицини і педагогіки.

Щодо першого напрямку, то варто зазначити, що для більшості медичних шкіл США характерним є міждисциплінарний, диференційований підхід до розробки навчальних планів та свобода у їх впровадженні. Це означає, що в межах різних університетів перелік та комбінація обов'язкових та елективних курсів, швидкість опанування тією чи іншою дисципліною можуть суттєво відрізнятися.

Важливо зауважити, що на відміну від українських ВМНЗ, у навчальному плані яких є курс «Педагогіка», в медичних школах США на додипломному етапі немає дисциплін вираженого педагогічного спрямування. Більшість курсів є міждисциплінарними і передбачають розвиток у майбутніх лікарів вмінь міжособистісної комунікації, розвиток лідерських якостей, формування навичок наукових досліджень, які, без сумніву, є необхідними для здійснення

професійної викладацької діяльності, проте не надають всього інструментарію, який потрібний педагогові.

Наприклад, у Медичній школі Гарвардського університету існує два варіанти навчального плану: «Pathways» («Шляхи») та «Health Sciences and Technology» («Науки про здоров'я та технології»). Перший варіант навчального плану включає педагогічні підходи, які сприяють активному навчанню та формуванню критичного мислення, ранньому клінічному досвіду, залученню до передових клінічних та базових наукових досліджень, а також виконанню авторського наукового дослідження, яке дозволить кожному студенту спланувати індивідуальний шлях до ступеня MD [274].

Другий варіант навчального плану пропонується спільно Гарвардським університетом і Массачусетським технологічним інститутом (МТІ) і зорієнтований на студентів, які проявили інтерес до кар'єри в біомедичних дослідженнях чи фізичної або молекулярної науки. Він призначений для того, щоб підкреслити роль базового і кількісного вираження сучасних біомедичних наук і патофізіологічних процесів та фундаментального підходу до важливих концепцій у сучасній біології та біотехнології.

У межах першого варіанта навчального плану формування педагогічної компетентності випускника відбувається в ході вивчення таких елективних курсів як медична етика (Medical Ethics), професійна комунікація (Professional Communication), основи наукових досліджень (Basics of Research). У контексті другого навчального плану підготовка випускників до педагогічної діяльності відбувається в ході вивчення таких елективних курсів як основи біостатистичних досліджень (Basics of Biostatistics Research).

Схожі дисципліни (медична психологія, біоетика, тощо) викладаються й у більшості інших медичних шкіл США. Вони розвивають у майбутнього лікаря емпатію, розуміння психології взаємин між лікарем та пацієнтом, навички роботи у колективі.

Необхідною умовою зарахування до медичної школи в США є попереднє отримання ступеня бакалавра в галузі біології, рідше – хімії. Це означає, що студент на момент здобуття медичної освіти

уже має певну попередню професійну підготовку, значною мірою – педагогічну. У багатьох коледжах та університетах, які пропонують бакалаврські програми з біологічних наук, викладають курси педагогіки, що дає право випускникам після завершення навчання працювати вчителем у школі. Це підтверджено відповідними програмними документами. Так, чотирирічна програма бакалавра біології в Університеті штату Кентуккі (м. Лексингтон), окрім подальшого отримання медичної чи фармацевтичної освіти, дає право працевлаштування у школі [246].

Загалом, Університет штату Кентуккі пропонує 85 програм додипломної освіти, в тому числі з біологічних та хімічних наук [246]. Іншими програмами, які пропонують педагогічну підготовку, є бакалаврат за спеціальностями «Природні ресурси і наука про довкілля» (Natural Resources & Environmental Science), «Психологія» (Psychology). Завершення цих програм передбачає дидактичну та методичну підготовку з подальшим педагогічним працевлаштуванням у галузі природних дисциплін.

Схожі програми можна вибрати в Південному Нью-Гемпширському університеті, який загалом пропонує понад 150 бакалаврських програм, з яких близько 30 – педагогічного спрямування. Наприклад, навчання за програмами «Антропологія та екологічна стабільність» (Anthropology. Environmental Sustainability), «Психологія» (Psychology), «Наука про довкілля» (Environmental Science), «Громадське здоров'я» (Community Health Education) дає можливість подальшого працевлаштування в сфері освіти [233].

Як бачимо, в США є значна кількість програм бакалаврської підготовки, які пропонують водночас фахову підготовку з дисциплін біологічного циклу й забезпечують випускника теоретично-практичним інструментарієм, необхідним для здійснення педагогічної діяльності. Таким чином, студент медичної школи, який здобув попередню бакалаврську освіту, уже має певний рівень дидактичної і методичної підготовки для здійснення викладацької діяльності після здобуття наукового ступеня з медицини.



Іншим шляхом педагогічної підготовки викладача медичної школи на допрофесійному етапі є здобуття ступеня з гуманітарної дисципліни. Наприклад, у Медичній школі Гарвардського університету доступні так звані програми подвійної підготовки (Combined / Dual Degrees Programs). Більшість із них зорієнтовані на одночасне присвоєння ступеня доктора медицини (MD) та ще одного наукового ступеня в суміжній галузі. Одна із таких програм (MD-MAD) пропонує додаткове здобуття ступеня Магістра академічної дисципліни. На даний момент, окрім доктора медицини, в межах програми присвоюють ступінь магістра з біоетики та магістра з біомедичної інформатики.

Метою програми зі здобуття ступеня магістра з біоетики (МВЕ) є забезпечення відповідної дидактичної підготовки, що відповідає фокусу програми і досягнення майстерності з основної навчальної дисципліни, формування навичок викладання і комунікації зі студентами та пацієнтами, проведення наукових досліджень.

Успішне завершення програми вимагає проходження 36 кредитів навчальної та наукової роботи, включаючи 4 кредити основного курсу та 32 – інших обов'язкових і факультативних курсів та семінарів. Завершується навчання в межах програми курсовою роботою (didactic coursework) та педагогічною практикою в одній із шкіл Гарвардського університету, університетській лікарні чи будь-якому іншому закладі, попередньо схваленому наставником. Ефективність програми забезпечується її гнучкістю: щоб навчання не перешкоджало отриманню ступеня доктора медицини, студент може обрати повний чи скорочений навчальний план (full / part time course of study).

У Медичній школі Єльського університету є низка комбінованих програм MD / PhD. Найсуттєвішу педагогічну підготовку можуть отримати студенти, які навчаються за програмою магістра з історії медицини. Окрім вивчення безпосередніх історичних фактів і закономірностей розвитку, студенти мають змогу опанувати різними підходами до вивчення історичних, соціальних, економічних змін у медицині. Така інтегрована програма дає студентам можли-

вість системно вивчати проблеми, наявні в сучасній медицині, використовуючи інструментарій суміжних дисциплін [341].

У межах нашого дослідження ми вивчали комбіновані програми, які пропонувані в Медичній школі Університету Сан-Франциско. Вони передбачають отримання ступеня з поглиблених медичних досліджень (Masters in Advanced Studies, Medical Scientists Training Program), з історії наук про здоров'я (PhD in History of Health Sciences), з громадського здоров'я (Masters of Public Health). Усі програми акцентовані на розвитку наукового потенціалу студентів, формуванні стратегічного дослідницького мислення, поглибленні вмінь професійного спілкування та пошуку загальних закономірностей функціонування сфери медицини та медичної освіти.

Очевидно, що підготовка майбутніх випускників до роботи у медичних школах США на допрофесійному етапі є незначною у зв'язку з професійною спеціалізацією ВМНЗ. Вона більшою мірою спрямована на озброєння студентів уміннями міжособистісної комунікації, знаннями про теоретичні та практичні основи наукових досліджень та на розвиток відповідних навичок і вмінь тощо. Власне педагогічна підготовка педагогічних кадрів відбувається на після-професійному етапі, в межах докторських програм у галузі освіти в сфері охорони здоров'я.

На думку багатьох американських дослідників, для підготовки молодого фахівця до викладання у вищій школі найефективнішими є інтенсивні програми безпосередньо перед початком викладацької діяльності, оскільки вони нададуть викладачам-початківцям інструмент, за допомогою якого їм буде легше вирішувати проблеми, що виникають в аудиторії. Такими міркуваннями керуються і науковці-теоретики, і автори самих програм. Вони майже повністю складаються з практичних занять.

Підхід до підготовки викладачів характеризується яскраво вираженою спрямованістю на ситуативні потреби викладачів і ВМНЗ, на їх практичну підготовку. В аспірантські програми деяких університетів США входять курси, спрямовані на розширення можливостей

викладачів впливати на студентську аудиторію, використовувати всі плюси і навіть мінуси університетської підготовки. Наприклад, в університеті штату Колорадо (University of Colorado) є аспірантський курс «Навчання студентів, які мислять нестандартно», що пропонує вивчення психологічних і педагогічних особливостей роботи з талановитими студентами, а також із дорослими слухачами, які мають певний життєвий та навчальний досвід. У тому ж університеті, а також в університетах Техасу (University of Texas at Austin) і Орегона (University of Oregon) пропонується широкий вибір програм для аспірантів, присвячених комп'ютерам у сфері підготовки студентів [48, с. 327].

Значну роль для ефективної підготовки майбутніх або перепідготовки викладачів, які працюють, має методична підготовка. Майже у всіх розглянутих нами університетах США слухачам відповідних курсів пропонують курси з формулювання цілей навчання, врахування вікових особливостей і методів поліпшення сприйняття й засвоєння лекцій дорослими слухачами. Організація післядипломної підготовки в системі підвищення кваліфікації вимагає орієнтації на гнучку систему навчання, що враховує специфічні потреби дорослих студентів. У багатьох університетах майбутнім викладачам пропонують одну чи дві факультативні дисципліни з предметної галузі «Педагогіка та освіта», що входять до програми підготовки на ступінь магістра гуманітарних наук [48, с. 328].

Іншим прикладом є Університет Логана, м. Честерфілд, штат Міссурі, в якому є програма доктора наук у галузі медичної освіти (The Doctorate of Health Professions Education). Тривалість навчання за зазначеною програмою становить від 2 до 7 років. Вимогою до зарахування, окрім можливості оплатити навчання, є наявність попереднього наукового ступеня, не нижче за рівень магістра, в акредитованому коледжі чи університеті, середній бал не нижче 3.0 з можливих 4.0 за шкалою GPA з профільного предмета.

Основна мета програми – поліпшення медичної освіти через удосконалення навчального процесу. Програма представлена в ході дистанційного курсу навчання, головний акцент зроблено на мето-

дичному аспекті. Головні компетентності, сформовані в ході прослуховування програми, охоплюють розробку навчальних планів, оцінювання та календарне планування, академічне лідерство, освітні технології, управління, статистику і дослідження в галузі медичної освіти [420].

Схожу програму пропонує Коледж Аллена, м. Ватерлоо, штат Айова. Ступінь доктора наук у галузі освіти в сфері медичних послуг (Doctor of Education in Health Professions Education). Політика коледжу передбачає надання якісних освітніх послуг, спрямованих на підготовку фахівців, які б ефективно співпрацювали зі студентською аудиторією різного культурного, расового та етнічного складу. Дисципліни, які викладаються в межах програми, формують лідерські якості студентів, чітко відображають потреби суспільства. Їх головними завданнями є забезпечення кваліфікації випускників за допомогою використання найновітнішої інформації, спілкування між колегами та поділу досвідом; поліпшення якості надання медичної допомоги та результатів у практичній сфері охорони здоров'я, адміністрації та освіти; розвиток педагогів у галузі охорони здоров'я, щоб вони виступали в ролі новаторів, лідерів та консультантів [298].

Університет Сіммонс, м. Бостон, штат Массачусетс, пропонує докторську програму, яка, окрім безпосередніх дисциплін дидактичного циклу, зорієнтована на озброєння слухачів знаннями про особливості взаємодії викладача-клініциста зі студентами, зокрема в ході клінічних досліджень та імерсії освіти [339]. Особливістю програми є її комбінованість – одночасно поводяться і дистанційні, й очні заняття. Курс навчання триває 3 роки і завершується проведенням ґрунтовного наукового дослідження.

Цінним є досвід Південно-Східного університету Нова, м. Форт-Лодердейл, штат Флорида. Педагогічний коледж А. Фішлера пропонує низку післядипломних освітніх програм для людей, які зайняті в різних сферах професійної освіти. Коледж пропонує вузькопрофільні програми для фахівців, які бажають спеціалізуватися на розробці навчальних програм та методології викладання, освіт-

ньому лідерстві, управлінні кадровим потенціалом, дистанційному навчанні тощо [300].

Схожі докторські та магістерські програми пропонують й інші університети США: Університет Північної Кароліни [270], Університет штату Іллінойс [394], Університет Сітон-Голл [299], Університет штату Техас в Ель-Пасо [271] та інші.

Аналіз запропонованих програм показав тонке розуміння їх розробників та професорсько-викладацького штату, який реалізує їх, всіх складностей і викликів сучасної системи педагогічного забезпечення медичної освіти та психологічних особливостей професійної взаємодії між викладачем і студентом у медичній сфері. Зазначені програми мають такі загальні особливості:

- а) концентрація на розвитку лідерських якостей педагогів;
- б) акцентування на комунікативних вміннях викладачів та ефективній міжособистісній взаємодії;
- в) впровадження новітніх методів оцінювання та забезпечення зворотного зв'язку;
- г) розвиток навичок роботи в команді, зокрема у науковій роботі;
- ґ) гнучкість самих програм з метою збереження постійного працевлаштування їх слухачів;
- д) використання на новітніх технічних засобів навчання, дистанційного навчання,
- е) відносна уніфікованість вимог до зарахування на такі програми (наявність наукового ступеня не нижче магістра, середній бал з основного предмета не нижче 3.0 за шкалою GPA);
- є) акцентування на постійному вдосконаленні навчальних планів і програм з метою виявлення неточностей та швидкого реагування на виклики часу.

Навчання на таких програмах має низку особливостей. Здобуття наукового ступеня, зокрема, ступеня доктора філософії (PhD) передбачає декілька етапів. Його особливості в різних університетах можуть варіюватися, але існують загальні вимоги. Впродовж двох перших років здобувач повинен прослухати курси різних навчаль-

них дисциплін (здебільшого стаціонарно, але зараз дедалі частіше впроваджуються дистанційні заняття). Як завжди, в програму входять два основних компоненти – обов’язкові й елективні дисципліни. Окрім безпосереднього здобуття знань, на практичних заняттях велике значення надається співпраці та тісному знайомству між викладачами та здобувачами.

Наступний етап підготовки – складання кандидатських іспитів на допуск до написання дисертації. Це відбувається або в кінці другого, або на початку третього року навчання. Залежно від програми й університету, складання допускних іспитів має низку особливостей. Загальною вимогою є опрацювання необхідної літератури: у деяких університетах існують списки текстів, які студенти повинні прочитати, в інших студенти самі формують свої списки літератури, окреслюючи поле своєї експертизи за допомогою консультування професорів і викладачів. Наступним етапом є власне складання іспитів (Candidacy Examination). Самі іспити, форма їх складання (усна чи письмова) і процедура відрізняються залежно від університету, кафедри і факультету. На відміну від української процедури, ці іспити є допуском лише до затвердження теми дисертаційного дослідження і здобувач отримує статус «докторанта, допущеного до написання дисертації» (doctoral candidate). Для складання іспиту сам студент формує екзаменаційну комісію, запрошуючи 3-4 професорів.

Після цього викладач повинен представити проект дисертаційного дослідження (research proposal), який затверджується або на кафедрі, або дисертаційним комітетом (dissertation committee). Сам здобувач формує дисертаційний комітет (який може не збігатися з екзаменаційною комісією) і, як правило, сам вибирає свого керівника.

Зазвичай, дисертант формулює тему сам, ретельно опрацьовуючи тематичну літературу і консультуючись із науковим керівником. Ще однією особливістю є те, що здобувач повинен працювати над темою, яка принципово відрізняється від теми наукового керівника. Тому дисертаційні комітети є досить індивідуальними: до них можна включати працівників різних університетів, з освітою за різними

напрямами, але обов'язково добре ознайомлених з темою дисертаційного дослідження. Власне дисертаційний комітет і несе певну відповідальність за роботу.

Розглянемо особливості діяльності наукового керівника та дисертаційної комісії. Вибір і призначення наукового керівника залежать від таких компетентностей: науковий напрям, за яким працює викладач, його попередній досвід у керівництві науковими дослідженнями, досвід методичної роботи. Окрім цього, керівник повинен бути постійним членом професорсько-викладацького штату, провідним фахівцем у відповідному напрямі. Науковий керівник має такі обов'язки: знати поточну політику і процедуру захисту дисертації в межах відповідної програми; консультивати здобувача на всіх етапах написання роботи (від затвердження проекту дослідження до захисту); консультивати здобувача з питань обрання членів дисертаційної комісії, визначати кінцевий термін написання наукової роботи; реально оцінювати прогрес виконання роботи кожного семестру (оцінка «SP» (успішний прогрес – «successful progress») чи «NP» (відсутність прогресу – «no progress»)); спрямовувати здобувача на досягнення високого рівня якості технічної та етичної сторін дисертаційного дослідження; допомагати здобувачеві з питань обрання матеріалів, методів, прийомів дослідження та збору й обробки інформації; підготовка здобувача до процедури захисту дисертації.

Термінологія в цій сфері також буває різною. В більшості університетів науковий керівник має назву наукового радника (research adviser, academic advisor, scientific advisor). Рідше використовують терміни «scientific supervisor», «senior advisor», «thesis advisor». У межах окремих програм докторантури наукового керівника називають головою (дослідження) – chair. Часто наукова програма передбачає або вимагає призначення не одного, а двох чи більше керівників, які можуть називатися «co-chair», «methodologist», «advising professor» тощо. Другий науковий керівник, який називається методистом, призначається у випадку, якщо здобувач повинен використати вузькоспецифічні (кількісні чи якісні) методи наукового дослідження, з яких методист може надати якісне консультивання [438].

Більшість дисертаційних комісій є одноразовими. Їх склад формується залежно від спорідненості компетентностей їх членів із темою самої роботи. Всі члени комісії несуть спільну відповідальність за забезпечення того, щоб здобувач виконав високоякісну роботу. Члени комісії зобов'язані ретельно ознайомитися із рукописом дисертації впродовж узгодженого мінімального 14-денного терміну (на кожного члена комітету), запропонувати необхідні редакційні зміни й обґрунтувати свою критику. Члени комісії, які вбачають серйозні недоліки, що можуть призвести до неуспішного захисту здобувача, повинні негайно обговорити ці проблеми з кандидатом і головою.

Здобувачі несуть відповідальність за вибір теми дослідження, подання відредагованих якісних проектів матеріалів керівникові, належну підготовку до проміжних засідань з питань дисертаційного дослідження, регулярне спілкування з керівником. Заслуговує на увагу той факт, що в більшості університетів США комунікація між керівником та здобувачем відбувається з використанням добре відпрацьованої електронної системи управління навчанням. Вона дозволяє завантажувати саму роботу, різні кількісні показники, зауваження та побажання керівника й інші допоміжні матеріали, що забезпечує зворотний зв'язок та надає доступ і контроль за документацією.

Захист дисертаційного проекту, по суті, є обговоренням попереднього плану дослідження. Для цього здобувачеві необхідно представити короткий (близько 20 сторінок) огляд свого проекту, який виноситься на відкрите ретельне обговорення всієї кафедри і колег-аспірантів.

Після захисту дисертаційного проекту здобувач може розпочинати саме дослідження. Як правило, це відбувається на четвертому і п'ятому роках навчання за програмою доктора філософії. Здобувач має повне право користуватися бібліотекою, лабораторією та іншими можливостями університету для успішного виконання дослідження. Якщо дисертант не встигає завершити роботу у встановлений університетом термін (здебільшого 7–8 ро-



ків), він втрачає можливість використовувати навчально-технічну базу закладу.

Тривалість цього етапу залежить від обраної спеціальності, здебільшого середній термін захисту робіт з гуманітарних дисциплін – сім років. У США немає уніфікованих вимог до оформлення дисертаційних досліджень, проте структура і концепція повинні бути абсолютно чіткими і обґрунтованими. Найважливішою вимогою є оригінальність, новизна і практична значущість дослідження. Науковий керівник має повне право не допустити до захисту неактуальну і неоригінальну роботу.

У багатьох університетах проміжним етапом є складання ще одного кандидатського іспиту (comprehensive examination), процедура якого є аналогічною до попереднього, а ціллю – підсумок поточних результатів проведеного дослідження.

У більшості університетів захист дисертації є відкритою процедурою, в ході якої комісія з 4–5 професорів зі спеціальності, в тому числі науковий керівник, беруть участь в обговоренні результатів роботи. Процедура може тривати впродовж 3–4 годин. На завершення члени комісії голосують за схвалення дисертації. Частою є практика, коли, попри схвальне голосування, члени комісії надають дисертантові перелік коментарів, які він зобов'язаний врахувати впродовж певного часу. Після внесення коректив члени комісії засвідчують схвалення підписом на титульній сторінці роботи і дисертація вважається захищеною. Науковий ступінь присвоює сам університет, відповідний документ видається за підписом ректора.

Варто зауважити, що описаний шлях можливий у двох випадках. По-перше, такий кар'єрний ріст можливий, якщо викладач медичної школи хоче поглибити свою педагогічну підготовку і, на додачу до вже отриманого ступеня доктора медицини, бажає здобути ступінь доктора філософії в галузі освіти. Це може бути пов'язано із власною ініціативою, вимогою роботодавця або прагненням здійснити міждисциплінарне дослідження на стику двох галузей – медицини і педагогіки. По-друге, аналогічна си-

стема захисту дисертаційних досліджень може бути застосована як постдокторантура (postdoctoral research) для викладачів, які продовжують дослідження в галузі медицини після отримання ступеня доктора медицини.

На підставі проведеного аналізу можна стверджувати, що в ході історичного розвитку вищої освіти в США було сформовано унікальну систему педагогічного забезпечення професійної підготовки лікарів. Поступовий економічно і соціально обґрунтований перехід від системи учнівства в приватних медичних школах до системи дослідницьких університетів зумовив стрімке зростання якості підготовки не тільки лікарів, а й викладачів медичного профілю. Значною мірою це зумовлено послідовним наукового обґрунтованим впровадженням компетентнісного підходу до навчання лікарів. Встановлено, що головні соціальні ролі викладача медичного профілю (клініцист, педагог, співрозмовник, науковець, лідер, адміністратор, професіонал тощо) визначають основні його компетентності.

Усвідомлення майбутнім педагогом медичної школи цих ролей визначає аспекти його педагогічної підготовки, яка відбувається в три етапи: допрофесійна, післяпрофесійна та підвищення кваліфікації. Допрофесійна підготовка викладача медичного профілю відбувається на додипломному етапі в ході вивчення гуманітарних елективних курсів педагогічного спрямування в межах або ж шляхом отримання подвійного наукового ступеня в галузі медицини і педагогіки. Відповідно, післяпрофесійна підготовка відбувається на післядипломному етапі і передбачає два компоненти. Перший – інтенсивні сертифікаційні курси на початку чи перед початком педагогічної діяльності, другий – докторські програми в галузі медичної освіти. Ефективність підготовки викладача на кожному з етапів полягає у швидкому реагуванні освітньої системи на виклики і потреби часу.

### ***3.2. Дидактичні основи викладацької діяльності у вищих навчальних закладах медичного профілю в США***

Педагогічна система американської медичної освіти характеризується варіативністю форм і методів навчання та контролю, гнучкістю та демократичністю взаємодії між викладачем і студентом. Формування такого стилю роботи пройшло складний історичний розвиток, зумовлений соціальними і економічними потребами суспільства загалом і сфери освіти й медицини зокрема.

Вивчення і осмислення досвіду зарубіжної вищої школи є необхідною умовою подальшого вдосконалення підготовки педагогічних кадрів. Порівняльний аналіз різних освітніх систем, їх критична оцінка дозволяють побачити їх загальні та специфічні риси. Критична оцінка зарубіжного досвіду, нібито неприйнятної для нашого суспільства, створює загрозу недооцінки багатьох перспективних напрямів зарубіжної педагогіки і школи. На жаль, сьогодні спостерігається інша крайність, коли багато зовнішньо привабливих підходів, технологій навчання і виховання намагаються в чистому вигляді, без адаптації, впровадити в українську систему підготовки фахівців. З іншого боку, нерозуміння реальної суспільно-педагогічної ситуації, стану матеріально-технічної бази, кадрового потенціалу, традицій, сформованого досвіду, морально-психологічної ситуації нерідко перешкоджає впровадженню багатьох, навіть найкращих і найефективніших ідей і методик.

Система вищої освіти в США досить гнучка й мобільна, вона оперативно реагує на зміни, що відбуваються в економіці, науці, культурі. Найхарактернішими її рисами є досить висока відкритість, високий рівень отриманих знань і професіоналізму, взаємодія ВНЗ з наукою і промисловістю, зорієнтованість на науково-технічний прогрес.

Вища освіта стала необхідністю, вона на сьогодні дедалі доступніша для всіх верств населення. Провідні індустріальні країни

(США, Японія, Німеччина) вже протягом багатьох років збільшують прийом молоді до вищих навчальних закладів. Якщо престижні приватні університети ведуть відбір абітурієнтів на конкурсній основі, то майже всі державні коледжі практикують форми відкритого прийому, що дозволяє всім бажаючим здобувати вищу освіту. На поліпшення якості знань спрямовані впровадження нових технологій навчання, оптимальне використання сучасної обчислювальної та навчальної техніки, підвищення ролі самостійної, індивідуальної роботи студентів. Закцентовано увагу на синергічному розвитку вищої школи і науки, на їх взаєминах з промисловістю і виробництвом. На думку американських педагогів, ВНЗ стають вирішальним фактором західної цивілізації.

Очевидно, що зміни цілей, завдань, змісту роботи зарубіжної вищої школи, ставлять більш високі вимоги до професійної діяльності викладача: готовність навчати не тільки найздібніших, але й усіх охочих; забезпечення індивідуальної спрямованості навчання; поєднання наукової та педагогічної діяльності, розвиток демократичних стосунків зі студентами тощо. В зв'язку з цим доцільно розглянути принципи формування професорсько-викладацького складу в США.

У межах нашого дослідження актуальним є окреслення відмінностей академічних посад в американських медичних школах. Існують певні труднощі в перекладі українською мовою американських назв посад професорсько-викладацького складу. Це пов'язано зі значною кількістю відмінностей в ієрархічній та функціональній системі академічних посад України та США.

У США викладачі-початківці працюють за тимчасовими контрактами. Гарантією просування кар'єрною драбиною є наявність значної кількості опублікованих наукових робіт, досвіду педагогічної практики і виконання адміністративних обов'язків [433]. Найнижчими в академічній ієрархії США є посади «Lecturer» та «Instructor», які є аналогами викладача в Україні. Ці посади забезпечують повне працевлаштування, виконання певних адміністративних обов'язків, але не передбачають проведення наукових дослід-

джень. У межах медичних шкіл для отримання посади «Instructor» необхідним є закінчення резидентури, спеціалізації чи іншої після-докторської програми.

У контексті сучасної вищої школи дедалі більшої популярності набувають посади позаштатних викладачів, які є тимчасовими: ад'юнкт-професора (Adjunct Professor), клінічного професора (Clinical Professor), практикуючого професора (Professor of Practice) та професора-дослідника (Research Professor). Працівники, що обіймають перші три посади, основним місцем роботи мають інший заклад (клініку, медичний центр). Професор-дослідник, окрім викладання в медичній школі, займається науковою діяльністю в дослідницькій установі, яка не пов'язана з медичною школою.

Важливою особливістю американської медичної освіти є надання досвідченим викладачам довічного академічного контракту (academic tenure) без права звільнення адміністрацією. На отримання такої можливості, як правило, претендують представники старшого професорсько-викладацького складу, які займають посади Professor і Associate Professor. Загальна мета такого контракту – захист академічної незалежності вчених (academic freedom) [433].

Таким чином, «academic tenure» – постійна посада, або безстроковий контракт, який укладається між університетом і викладачем, як правило, після випробувального терміну. Рішення про нього приймає ректор університету на підставі характеристики відповідної кафедри або факультету і рішення спеціальної комісії, для яких головними критеріями оцінки є якість викладання і кількість публікацій. Розширення системи контрактів збільшує соціальну захищеність професури, дозволяє закріпити в університеті висококваліфікованих працівників. Однак, при цьому в ньому надмірно збільшується число професорів, а талановита молодь повільніше просувається у своїй науково-педагогічній кар'єрі.

Довічний контракт з університетом дає стимул працювати на репутацію цього навчального закладу і не побоюватися конкуренції з боку молодих і талановитих колег. Вважається також, що довічний контракт захищає вченого від звільнення в разі конфлікту з адміні-

страцією або роботи з непрестижної тематики, що важливо для появи оригінальних ідей і вберігає від застою в прогресі науки через те, що науковці змушені обирати «безпечніші» теми.

Professor – найвища академічна посада викладача коледжу або університету в США. В американській традиції існує розмежування: викладач-початківець – assistant professor, наступний ранг – associate professor, і найвищий ступінь – full professor. Основна частина професорів в американських університетах намагається отримати звання tenure professor – довічний професор, звання, яке гарантує на цьому місці отримання пенсії від університету.

Assistant professor – посада старшого викладача, яка належить до категорії вищого викладацького складу, але має більше за обсягом і менш престижне навчальне навантаження (вступні курси, практичні заняття тощо), ніж посада професора (full professor). У багатьох університетах на цій посаді дозволено працювати не більше 8–9 років, після закінчення яких, щоб уникнути звільнення, слід пройти підвищення кваліфікації. В межах медичних шкіл США це посада викладача зі ступенем доктора медицини (MD), який завершив курси педагогічної підготовки.

Associate professor – посада в ієрархічній системі, аналогічна посаді доцента в країнах Європи. Викладач, який обіймає цю посаду, зазвичай, працює над докторською дисертацією (postdoctoral studies). Призначення на цю посаду затверджує опікунська рада (board of trustees) після рекомендації спеціальної комісії. Йому зазвичай надається постійний статус, але іноді початковий контракт обмежується декількома роками.

Full professor – посада викладача, що відповідає посаді професора в українському університеті. Як і на посаду «associate professor», призначення на цю посаду затверджує опікунська рада після рекомендації спеціальної комісії. Зазвичай посада «full professor» має довічний академічний статус в університеті. Найвищим етапом просування по академічній ієрархії є отримання звання «заслуженого професора» («distinguished professor», «endowed professor», «emeritus professor»).

З вищенаведеного можна зробити висновок, що академічна ієрархія медичних шкіл США характеризується варіативністю, диверсифікованою в різних університетах, але жорсткою в межах одного ВНЗ системою вимог до отримання вищої посади, акцентуванням на проведенні наукових досліджень.

У США відсутня конкурсна система і призначення на викладацьку посаду здійснюється на контрактній основі. Наприклад, призначення на посади вищого рівня – професора або повного професора і доцента – затверджує вищий орган ВНЗ – опікунська рада; на посади викладача – ректор університету. Посадова ієрархія дає можливість помітного кар'єрного зростання, створює позитивну мотивацію для підвищення професійної майстерності.

При призначенні викладача на будь-яку педагогічну посаду у ВНЗ беруть до уваги його педагогічну і наукову кваліфікацію (в тому числі обсяг і зміст наукових публікацій), наявність наукового ступеня, рекомендації окремих фахівців і організацій. Перевагою при призначенні на посаду користуються особи, які мають вчений ступінь доктора наук зі спеціальності та доктора філософії з освітніх дисциплін.

Для отримання наукового ступеня доктора претендент повинен представити до захисту дисертацію, яка містить результати оригінального дослідження. Процедура захисту досить спрощена, порівняно з українською: не потрібні попередні наукові публікації, автореферат. Дисертація подається на розгляд докторського комітету кафедри або факультету, який приймає рішення про присвоєння наукового ступеня доктора наук.

Система атестації науково-педагогічних кадрів у США свідчить про різні підходи до оцінки наукової кваліфікації, але очевидним є те, що, порівняно з українською системою, вона демократичніша і менш тривала, не вимагає емоційно-психологічного і фізичного напруження. Наявність в університетах значної кількості професорів різних спеціальностей створює атмосферу високого інтелектуального напруження, сприяє інтеграції наукових інтересів, розгортанню оригінальних науково-дослідних робіт.

Вивчаючи проблеми вищої школи США В. А. Пара визначив відсотковий розподіл професорсько-викладацького складу за посадами, який виглядає таким чином: професорів – 27 %, доцентів (Associate Professor) – 24 %, доцентів / старших викладачів (Assistant Professor) – 24 %, викладачів – 17 %, інших посад – 8 %. Кар’єрне зростання викладача ВНЗ у США відбувається приблизно за такою схемою: до 27–30 років молодий фахівець, зазвичай, стає викладачем, до 34–35 років – доцентом (Assistant Professor), до 38 – доцентом (Associate Professor) і, у віці трохи більше 40 років він обіймає посаду повного професора.

**Таблиця 3.1. Професорсько-викладацький штат Медичної школи Гарвардського університету**

Загальна кількість працівників	11502
Доценти та професори (з числа працівників Школи і доклінічних кафедр)	191
Працівники з правом голосу (з числа працівників Школи і афілійових установ)	6005
Штатні працівники (Школи і афілійових установ)	9457
Нобелівські номінанти / лауреати	9 / 15
Члени Національної академії медицини	153
Члени Національної академії наук	81
Дослідники	36
Студенти, що навчаються за програмою доктора медицини (MD)	712
Загальна кількість студентів, що навчаються за програмою доктора філософії (PHD)	889

Для прикладу розглянемо кадровий склад Медичної школи Гарвардського університету. На сьогодні тут працюють понад 11500 працівників, у тому числі 2900 членів штату (старших викладачів, доцентів, професорів), які мають право голосу на виборах Вченої ради та інших голосуваннях (табл. 3.1 [354]). Як зазначалося, Школу було засновано 1782 року, штат складався із 3 працівників. Викладання на цьому етапі полягало у проведенні формальних



лекцій впродовж одного чи двох семестрів, після чого відбувалося стажування (apprenticeship) у практикуючого лікаря. Студенти не платили за навчання, замість цього вони купували квитки на кожну лекцію (5–6 лекцій на день). Оскільки навчальних лікарень не існувало, вимоги до клінічної підготовки були мінімальними.

Першими викладачами школи були Б. Уотерхаус, професор теорії і практики фізики, Дж. Уоррен, професор анатомії та хірургії, і А. Декстер, професор хімії та фармакології. Б. Уотерхаус отримав освіту в університетах і лікарнях Європи. Завдяки своїм зв'язкам в Англії він отримав публікацію, надруковану там в 1798 році Е. Дженнером, в якій повідомлялося про успішну вакцинацію проти віспи. Б. Уотерхаус представив ідеї Е. Дженнера медичному співтовариству США. В результаті його енергійної підтримки ідея вакцинації проти віспи вона була втілена в Бостоні й отримала визнання в Сполучених Штатах. А. Декстер, професор хімії та фармакології, здобув значний досвід в ході Війни за незалежність, працюючи хірургом на військовому судні. Дж. Уоррен, досвідчений педагог і хірург, відіграв важливу роль у перенесенні розташування Медичної школи з Кембриджа (Массачусетс) до Бостона, де викладачам було зручніше працювати не лише зі своїми приватними пацієнтами, а й з пацієнтами військових та військово-морських госпіталів, державних диспансерів великого міста.

Упродовж перших років існування Медичної школи професорсько-викладацький штат почав розширюватися. Політика Медичної школи щодо працевлаштування сьогодні є абсолютно відкритою і прозорою. На сторінці Відділу кадрів Медичної школи опубліковано перелік вакантних посад, наприклад, за січень 2019 року на веб-сторінці Медичної школи з'явилося 65 посад. До кожного із пунктів доданий детальний перелік компетентностей та кваліфікацій, якими повинен володіти претендент на вакантну посаду, вказані майбутня оплата та умови праці тощо.

Наприклад, для отримання посади лаборанта Медична школа ставить такі вимоги: вища освіта з обов'язковою наявністю щонайменше 1 року досвіду роботи у лабораторії, ступінь бакалавра з біо-

логічних чи хімічних наук, ознайомлення з основними лабораторними прийомами і принципами молекулярної біології; знання вірусології, стереотаксичних ін'єкцій, молекулярної генетики; відмінні навички письмового та усного спілкування, документаційні навички, навички роботи з комп'ютером, знання програмам Microsoft Word, Excel, Linux. Добре сформовані організаційні навички. Кандидатам гарантують 3–4 тижні оплачуваної відпустки, святкові канікули, 12 оплачуваних лікарняних, 11,5 днів свят та 3 оплачуваних відгули на рік. Робоче навантаження становить 35 годин на тиждень, робочий день триває з 9 до 17 години. Окремо зазначено, що шанси на працевлаштування мають усі кваліфіковані претенденти, незалежно від раси, кольору шкіри, релігії, статі, національного походження, статусу інваліда чи ветерана, статевої ідентичності, сексуальної орієнтації, вагітності та станів, пов'язаних з вагітністю.

Коротко зазначається, чим конкретно займатиметься працівник (вивчення змін геному людини та їх впливу на нейрони і хвороби). Чітко вказаний перелік обов'язків лаборанта (розробка і впровадження нових молекулярних методів аналізу клітинного складу та синаптичної організації мозку експериментальних тварин, підтримка колонії трансгенних мишей і вивчення цих мишей з використанням рекомбінантної вірусної інженерії тощо). З працівником укладається контракт на 2 роки [436].

Аналіз усіх вакантних посад дає можливість стверджувати, що всі вони – це посади технічного, адміністративного, кадрового та допоміжного персоналу, наприклад, менеджер з грантових питань, старший бізнес-аналітик, секретар-референт, старший розробник програмного забезпечення тощо [348]. Це свідчить про відносну стабільність академічного складу штату Школи.

Схожа система працевлаштування працює і в інших університетах. Наприклад, на сайті Медичної школи Університету Сан-Франциско, який входить до складу університету Каліфорнії, також перераховано всі вакантні посади з точним переліком вимог до кандидата, передбачених умов та робочого часу. Університет Сан-Франциско є другим за чисельність роботодавцем у місті, на веб-сторінці

Медичної школи щоденно з'являються нові оголошення про вакантні посади. Наприклад, пропонується посада професора / доцента в галузі проблем старіння. Цікаво, що період, впродовж якого можна подати заявку на цю посаду, – з вересня 2018 по березень 2020 року. Окрім конкретних вказівок щодо кваліфікаційних педагогічних вимог до кандидатів, вказано, що викладач повинен мати значний досвід наукових досліджень та громадських робіт.

Як показує аналіз літератури та Інтернет-ресурсів, система працевлаштування в медичних школах США характеризується:

- 1) повною прозорістю вимог та самої процедури відбору;
- 2) акцентом на фаховості наукових досліджень;
- 3) увагою до наявності попереднього суспільного досвіду кандидата;
- 4) вимогами щодо високого рівня комунікативних вмінь.

Зупинимося детальніше на роботі працівника академічної кафедри Медичної школи Гарвардського університету на прикладі кафедри біологічної хімії та молекулярної біології, яка є однією з найстаріших у Медичній школі. На сьогодні на кафедрі працюють 36 працівників: 25 повних професорів, 4 доценти, 7 старших викладачів. Науково-дослідна діяльність кафедри виграє від тісних партнерських взаємин із базовими науковими та клінічними відділеннями як самої Школи, так і з її основними навчальними лікарнями, а також з позаштатними працівниками Бостонської дитячої лікарні та Інституту раку Дани Фарбер (Бостон). Сім працівників є членами Національної академії наук, чотири – дослідниками Медичного інституту Говарда Г'юза.

Значний акцент у діяльності працівників кафедри, як і в будь-якому іншому ВНЗ США медичного профілю, робиться на дослідницькій роботі. Лабораторії, які є базою для досліджень кафедри, мають значну кількість працівників, що забезпечують ефективність досліджень, їх координацію, контроль і технічну підтримку. Наприклад, менеджери з дослідницьких операцій (research operations managers) є проміжною ланкою між власне працівниками лабораторій та викладачами кафедри, службою безпеки Школи тощо. Окрім навчання

студентів на додипломному етапі, кафедра займається науковими дослідженнями в межах різних курсів на післядипломному етапі. Це, зокрема, «Молекулярні підходи до відкриття та розробки ліків», «Сучасне відкриття ліків: від принципів до пацієнтів», «Трансляційна фармакологія» та багато інших. Як свідчить аналіз запропонованих курсів, вони є конкретним втіленням міждисциплінарного підходу до навчання майбутніх лікарів у США.

Наукова лабораторія «Програма наукових співробітників з питань покращення навчальних планів» (Curriculum Fellows Program – CFR) – це група науковців Школи, які ставлять за мету покращити рівень викладання в Гарвардській медичній школі. За своєю суттю, CFR є освітньою лабораторією, яка одночасно досліджує та впроваджує найкращі педагогічні практики для аспірантів, докторантів та викладачів Школи [269].

На думку С. Вайнберга, працівники медичних шкіл відрізняються від викладачів інших галузей принципово іншим набором обов'язків та очікувань. Багато різноманітних зовнішніх факторів ставлять перед викладачами медичної школи якісно інші вимоги. До цих факторів належать зміни у системі охорони здоров'я, в освітньому середовищі, в освітніх підходах та вирішенні внутрішньофакультетських проблем.

На думку вченого, будь-яку форму освіти можна вважати унікальною у зв'язку з відмінностями у змісті, однак медична освіта має певні риси, які відрізняють її від інших форм вищої освіти. Ці особливості позначаються на діяльності викладача медичної школи, яка виходить далеко за межі простої педагогічної майстерності чи здатності передавати знання студентам. По-перше, педагог у клінічному середовищі (тобто педагог-клініцист) забезпечує критичне моделювання ролі студента. Викладання відбувається в тій самій обстановці, в якій забезпечується лікування, тому студент безпосередньо спостерігає, як сам викладач втілює свої слова в дію, яким чином він отримує дані, оцінює і взаємодіє з пацієнтами; як він застосовує загальні знання щодо стану конкретного пацієнта; як він проявляє співчуття, емпатію і професіоналізм. Це все є важливими

складовими взаємин між викладачем і студентом. Тобто має значення не лише те, що педагог каже, а й те, що він робить.

Другою особливістю медичної освіти є різноманітність умов, в яких відбувається навчання та викладання. Хоча деякі фахівці медичних шкіл США працюють лише в одному навчальному закладі, значна кількість працівників викладає у різних форматах і середовищах, включаючи лекції, обговорення в малих групах, навчання біля ліжка хворого, індивідуальне наставництво. Багато фундаментальних навичок викладання можна переносити з одного навчального середовища на інше, проте здебільшого універсальність та різноманітність компетентностей викладача медичної школи є вражаючою.

Нарешті, найважливішим компонентом викладання у медичній установі є безпосередній нагляд, що супроводжується щоденною оцінкою та зворотним зв'язком. Це значно відрізняється від типової діяльності викладача вищої школи, який дає остаточну оцінку лише наприкінці вивчення курсу дисципліни. Крім того, оцінювання студента ґрунтується не тільки на знанні та фактичному відтворенні матеріалу, а й на його здатності застосовувати знання в клінічних умовах та ситуаціях міжособистісного спілкування [492, с. 240].

На цю особливість вказують багато науковців. Як зазначають науковці, [278; 492], на відміну від «чистого» клініциста, на якого не покладено викладацьких обов'язків, викладач-клініцист (*clinician-teacher*) до свого професійного портфоліо зазвичай додає педагогічні обов'язки, хоча клінічна медицина загалом переважає над його обов'язками викладача. С. Вайнбергер обґрунтовує необхідність розмежування посад викладача-клініциста (*clinician-teacher*) і педагога-клініциста (*clinician-educator*). На думку вченого, в сучасній американській медичній школі термін «педагог-клініцист» відповідає посаді викладача, на якого покладено більше дослідницьких та лікувальних функцій, ніж на викладача-клініциста, котрий здебільшого займається саме викладацькою діяльністю. З часом педагог-клініцист приймає на себе позиції академічного лідерства, переходячи таким чином у категорію педагога-керівника (*educational leader*). До його обов'язків може входити якась із управлінських ро-

лей, як, наприклад, керівництво курсом, інтернатурою чи резидентурою, робота на посаді завідувача кафедри, декана або будь-якого іншого керівника певного підрозділу. Діапазон професійних ролей викладача сучасної медичної школи США графічно наведено в таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2. Професійні обов'язки сучасного викладача медичної школи в США*

<b>Структура діяльності</b>	<b>Лікування</b>	<b>Навчання</b>	<b>Дослідження</b>	<b>Адміністрування</b>
Клініцист	+	–	–	–
Викладач-клініцист	+	+	–	–
Педагог-клініцист	+	+	±	±
Педагог-керівник	±	+	±	+
«Універсальний спеціаліст»	+	+	+	±

Примітка. ± – діяльність не завжди входить в обов'язки працівника.

Як окрему ланку в структурі кадрового потенціалу медичної школи США вчені виділяють «універсального спеціаліста». Сьогодні таке поєднання професійних обов'язків стає менш популярним і зустрічається рідше, ніж кілька десятиліть тому, проте є значна кількість фахівців, які займають викладанням поряд з науковою, управлінською діяльністю та виконанням клінічних обов'язків. Більшість авторів наголошують на відмові американської системи медичної освіти від такого поєднання через небезпеку швидкого професійного вигорання працівника [492, с. 241].

Попри те, що на академічних факультетах американських медичних шкіл наявні певні внутрішні протиріччя, в них панує атмосфера, що забезпечує вищий, ніж в інших країнах, рівень демократії, а, отже, – особистої ініціативи. Наявна система «безстрокових контрактів» передбачає, що шлях американського викладача до посади, яка гарантує довічне працевлаштування з високою зарплат-

нею, є доволі тривалим і нерідко складним, але в результаті ВНЗ США відомі талановитим і висококваліфікованим професорсько-викладацьким складом.

Аналіз досліджень американських вчених показує, що наукові дослідження є життєво важливим елементом вищої освіти США, оскільки, з одного боку, озброюють викладача останніми науковими даними, що забезпечує викладання на сучасному рівні розвитку науки, а з іншого, – дозволяють залучити до науково-дослідницької діяльності студентів, що робить процес навчання більш активним і ефективним.

Наприклад, у більшості медичних шкіл написання дисертації, яка представляє результати оригінального актуального дослідження, є обов'язковою умовою для отримання диплома. Вперше практику написання такої наукової роботи було впроваджено в 1839 році в Медичній школі Єльського університету. Започаткування такої практики пояснювалося необхідністю тісно співпраці випускника з передовими вченими, клініцистами, дослідниками-практиками. Вважають, що метою виконання такого дослідження є формування клінічного, наукового та педагогічного мислення, запозичення прийомів та технік педагогічної взаємодії, розширення професійного світогляду майбутніх випускників. Проведення таких досліджень, здебільшого, підтримується фінансово за рахунок стипендій, які бувають трьох видів: стипендія на проведення літніх наукових досліджень, короткотермінові стипендії, однорічні стипендії на дослідження [435]. Часто керівництво Школи радить випускниками продовжити термін навчання на п'ятий рік для завершення дисертації та представлення її результатів на щорічній конференції.

Проте, як зазначають окремі науковці, надмірне захоплення науковими дослідженнями найчастіше порушує механізм роботи навчального закладу, завдаючи шкоди його навчальній функції. У зв'язку з цим перед американськими педагогами стоїть проблема знаходження оптимального балансу між науковою та навчальною роботою, між предметно-науковим і психолого-педагогічним компонентами в змісті підготовки професорсько-викладацьких кадрів.

Одним із передових центрів здобуття вищої медичної освіти та здійснення революційних наукових досліджень є Медична школа Єльського університету (далі – Медична школа). Розглянемо особливості організації та основні здобутки в науково-дослідницькій роботі викладачів та студентів цього навчального закладу.

Керівництво та програмні документи Медичної школи визначають її як «передовий навчально-лікувальний центр, який підтримує високу якість освіти, наукових досліджень і догляду за пацієнтами». Згідно з політикою Медичної школи, її діяльність спрямована на:

- 1) навчання і підтримку вчених і майбутніх лідерів у галузі практичної медицини і медико-біологічних наук;
- 2) розвиток медичних знань для підтримки і зміцнення здоров'я населення та полегшення страждань, викликаних хворобами;
- 3) забезпечення належного догляду й гуманного обслуговування пацієнтів.

Медична школа є одним із світових центрів дослідження в галузі біології та медицини, медичної освіти та лікування хворих. За обсягом фінансування вона займає шосте місце з-поміж шкіл, які фінансує Національний інститут охорони здоров'я США (National Institutes of Health) та друге місце за часткою фінансування на одного працівника. Більш ніж 1200 лікарів Єльського університету забезпечують лікування пацієнтів у всьому світі, працюючи в межах різноманітних програм. Акцентуючи увагу на розвитку критичного мислення та незалежних студентських досліджень, на сьогодні Медична школа підготувала лідерів у кожній галузі медичного знання [435].

З історичного погляду, особливо важливим у становленні сучасної Медичної школи був повоєнний період. Розвиток школи в цей період був надзвичайно стрімким, значною мірою завдяки фінансуванню зі сторони Національного інституту охорони здоров'я США та інших федеральних організацій. Зростав професорсько-викладацький штат школи (з менш, ніж 100 у 1950 році до більш, ніж 1400 працівників сьогодні), що відбувалося синхронно із основними науковими відкриттями в галузі медицини. До основних історичних



здобутків школи належить перше рентгенологічне обстеження, виконане в США, перше в США успішне використання пеніциліну, перше застосування хіміотерапії та впровадження моніторингу частоти серцебиття плода. Тут вперше було запропоновано штучний серцевий насос, перший інфузійний насос для інсуліну, встановлено шляхи передачі вірусу поліомієліту та ідентифіковано хворобу Лайма. 3-поміж останніх значних відкриттів, здійснених у межах Медичної школи, варто відзначити відкриття механізмів згортання білка, який є ключем до розуміння нейродегенеративних захворювань, та функціонування вродженого імунітету. Окрім цього, науковцями Медичної школи належить відкриття методу ранньої діагностики аутизму та виявлення генів, що пов'язані з гіпертензією, дегенерацією жовтої плями, дислексією та синдромом Турета [435].

На сьогодні Медична школа продовжує розширюватися. У 2003 році було відкрито Центр медичного дослідження та освіти Анліан, який на чверть збільшив дослідницькі ресурси школи. У 2007 році приміщення університету було розширено корпусом Амістад, в якому розміщувалися Центр стовбурових клітин, міжвідомча програма дослідження з судинної біології та терапії, програма з людської та трансляційної імунології. В 2006 році було відкрито Єльський центр клінічних досліджень та Центр томографії позитронного випромінювання, у 2009 році – Онкологічну лікарню Сміллоу.

Таким чином, як у загальнодержавній освітній політиці США, так і в діяльності Медичної школи Єльського університету чільне місце посідає розвиток інтелектуально-творчих здібностей студентів та молодих викладачів через проведення наукових досліджень. Співпрацюючи з найкращими університетами, науково-дослідницькими установами інших країн, Медична школа пропонує освітні послуги для найталановитіших студентів з різних куточків світу, реалізуючи неперервний обмін знаннями та запозичуючи передові досягнення з різних галузей суспільної діяльності.

На сьогодні характерною особливістю американської медичної освіти, яка виникла внаслідок міждисциплінарного підходу, є підготовка фахівців з нових спеціальностей, до яких належать, напри-

клад, фахівці з вирощування органів, фахівці в галузі телехірургії, розробники медичних чат-ботів (спеціалізованих програм, які базуються на штучному інтелекті і призначені для спрощення та економії часу при зборі анамнезу й діагностиці), геронтоконсультанти (фахівці з питань старіння), клінічні біоінформатики і багато інших. Ще однією особливістю роботи фахівця сучасної медичної школи США є гнучкість. Йдеться одночасно про гнучкість навчального процесу і про гнучкість як рису характеру молодих професіоналів, яка дозволить їм підлаштовуватися під різні професійні завдання і умови. Незважаючи на те, що отримання медичної освіти займає багато років, навіть у цій сфері педагоги прагнуть розвивати прискорені програми навчання. Такі програми зорієнтовані, насамперед, на підготовку молодшого медперсоналу. Вони допомагають навчити більшу кількість кадрів і значно заощадити час студентів.

Таку професійну гнучкість і універсальність випускників забезпечують міждисциплінарні навчальні програми, які знаходяться на стику декількох дисциплін. Завдяки цим програмам студенти можуть отримати комплексні знання, поєднуючи вивчення медицини з такими дисциплінами, як ІТ, інженерія, соціологія, гендерні науки тощо.

У прагненні зробити навчальний процес якомога більш розвиваючим і комплексним багато медичних шкіл уже удосконалюють свій навчальний план, доповнюючи його новими методиками і стратегіями. З-поміж тенденцій, які сьогодні спостерігаються в удосконаленні навчальних планів медичних шкіл, можна виділити такі:

- 1) скорочення годин, відведених на лекційні заняття, і збільшення часу практичних занять і групових проєктів;
- 2) застосування методик інтегрованого навчання;
- 3) використання практичних методик проблемного навчання та доказової медицини «problem-based learning» (PBL) і «evidence-based medicine» (EBM);
- 4) надання студентам великої клінічної практики, можливостей для стажування і отримання професійного досвіду на ранніх етапах кар'єрного зростання;

5) активне науково-дослідницьке та лабораторне співробітництво студентів з науковцями.

Характерною особливістю медичної освіти є наявність обов'язкової клінічної складової освітнього процесу. Наступність між медичною освітою і практикою забезпечується навчанням «біля ліжка хворого», тобто в умовах реальної практики на базі лікувальних установ, що дозволяє підготувати фахівців, які готові до подальшої самостійної роботи.

Відповідно, важливого значення в системі медичної освіти набуває наявність у медичних шкіл необхідної інфраструктури для клінічної підготовки – клінічних баз, частково або повністю афілійованих з освітньою установою. Клінічні бази, інтегровані в систему підготовки медичних кадрів, стали називати університетськими лікарнями (УЛ).

На сьогоднішній день УЛ є ключовим елементом в інфраструктурі медичної освіти. На відміну від інших медичних організацій, що мають за мету надання медичної допомоги, для УЛ важливим є навчальний процес, який нерозривно пов'язаний з науковими дослідженнями, розробкою і впровадженням нових медичних технологій.

Історія розвитку УЛ в зарубіжних країнах демонструє, що інтеграція освіти, науки і практики дозволяє забезпечити належну якість підготовки кадрів та доступність і якість надання медичної допомоги населенню. В розвинених країнах лідерами медичної науки є університетські лікарні [455].

У різних країнах структура і рівень взаємодії залежать від організаційної моделі університету, яка відрізняється залежно від існуючої системи підготовки та економічної системи. Всі моделі побудовані на розмежуванні повноважень між усіма суб'єктами, так:

- університетська лікарня відповідає за забезпечення студентів медичної школи середовищем для клінічного навчання і умовами для проведення досліджень, а після завершення навчання – робочими місцями;
- керівництво медичної школи несе відповідальність за процес навчання фахівців;

– університет відповідає за функціонування всього навчального процесу, успішність навчання і підтримку фінансування [162, с. 9].

Прототипами основних організаційних моделей є дві визнані моделі:

- а) «комплексна» (інтеграційна) модель, заснована на інтеграції клініки до складу університету;
- б) «кооперативна» модель, заснована на функціональній взаємодії УЛ і освітньої установи, при якій клініка є самостійною організацією, пов'язаною з університетом будь-якою угодою (в якості клінічної бази) [162, с. 9].

Перша модель передбачає повну організаційну інтеграцію, при якій усі компоненти системи очолює один керівник (ректор) і політика УЛ зорієнтована на загальну політику університету. Хоча для всіх компонентів (освітній, науковий і клінічний) характерним є спільне бачення і спільне стратегічне планування, кожен з компонентів може бути представлений окремими юридичними особами, пов'язаними між собою єдиними принципами діяльності і бізнес-процесами.

Для забезпечення прозорості управління освітньою організацією (медичною школою) й УЛ формується єдина управлінська структура – Рада керівників, до складу якої входять топ-менеджери всіх структур організації (ректори та головні лікарі лікарень і наукових установ). Сьогодні таку модель використовують більшість університетів Європи та США.

При «комплексній» моделі управління організацією освіти може мати місце горизонтальна і вертикальна інтеграція всіх суб'єктів. Горизонтальна інтеграція виражається в міждисциплінарній співпраці в формі матричної організаційної структури, що сприяє безпрецедентній інтеграції між академічними, дослідними і лікувальними компонентами (наприклад, Duke University). Такий вид інтеграції зосереджує в собі наявні економічні ресурси суб'єктів, що створює переваги в матеріально-технічному забезпеченні навчального процесу [162, с. 9].

Вертикальна інтеграція забезпечує ієрархію безперервного функціонування всіх складових по всьому спектру послуг (University of California). Вертикальна інтеграція поширюється на процес виконання всіх заходів, коли структури, які виконують їх, починають доповнювати одна одну, і в результаті заходи одного блоку є вихідною умовою для іншого. Вертикальна інтегрована система надання медичної допомоги забезпечує безперервне надання населенню всього спектра медичних послуг, починаючи від підготовки персоналу до впровадження результатів досліджень у практику. Фінансова підтримка освітнього і наукового блоків здійснюється за рахунок коштів, які населення сплачує за отримані медичні послуги [162, с. 10].

Визнаючи роль університетських клінік в якості лідерів у підготовці фахівців системи охорони здоров'я, сьогодні багато передових лікувальних центрів створюються саме при освітніх організаціях. Наявність УЛ, яка, поряд з лікувально-діагностичною та освітньою діяльністю, має високу наукову та інноваційну активність, значною мірою впливає на рейтинг і конкурентоспроможність університету. Результати вивчення думки лікарів дозволяють констатувати, що університетські клініки домінують на медичному ринку послуг, підвищуючи глобальну конкурентоспроможність, розширюють межі програм наукових досліджень для швидкої трансформації результатів у практику, що в перспективі приводить до підвищення академічної репутації, сприяє залученню й утриманню висококваліфікованих фахівців, пацієнтів, і як наслідок, – до збільшення доходів організації.

Розмаїття організаційних моделей в своїй основі має наявність тісної взаємодії між медичним і освітнім блоками, вказуючи на те, що кожна медична школа повинна мати зв'язок з лікарнею для навчання своїх студентів у межах клінічної практики та проведення досліджень. Основною відмінністю між усіма моделями є структура взаємин між суб'єктами.

Як показує досвід провідних університетів США, залежно від пріоритетів, які ставить перед собою освітня організація й академічна медична система загалом, кожен університет визначає модель,

покликану досягати місії організації. Відповідно до певної місії (освітня, клінічна або наукова) університет вибудовує організаційну структуру, яка сприяє виконанню всіх функцій організації і досягненню високих результатів діяльності:

1. Структура організації, яка визначає своєю основною функцією підготовку висококваліфікованих медичних фахівців, спрямована на побудову своєї діяльності, орієнтуючись на розвиток медичної школи і її факультетів, а також на підвищення потенціалу науково-педагогічних працівників і допоміжного персоналу.
2. При визначенні університетом своєї основної місії інноваційний та науковий розвиток в процесі підготовки фахівців системи охорони здоров'я, організація орієнтує свою діяльність на наукову складову – винаходи і ноу-хау з подальшим їх впровадженням в практику.
3. При орієнтації на клінічну складову освітньої організації, підготовка спрямована на практично-зорієнтоване навчання і виділяє велику частину часу на навчання студентів в університетській лікарні [162, с. 11].

Для ефективної організації освітнього процесу університетські лікарні США покликані дотримуватися відповідності національним і міжнародним стандартам акредитації медичних організацій і стандартам якості медичних послуг, як наприклад, в стандартах Joint Commission International – Section IV Academic Medical Center Hospital Standards і ін.

Як приклад, розглянемо діяльність викладача університетської лікарні Сіетла. У студентів-медиків практично відсутні семінарські заняття, типові для українських університетів. Студенти приходять до відповідного відділення університетської клініки на певний період і стають учасниками «команди», яка складається як мінімум з трьох осіб: ліцензованого лікаря-викладача (в університетській клініці всі лікарі займаються викладацькою діяльністю), лікаря-резидента і студента. Професор курує зазвичай одну або, рідше, кілька таких команд.

О 6.30 ранку команда починає проводити обхід. Іноді (в день конференцій) це відбувається о 6.00, тому що о 6.30 необхідно взяти участь у конференції. Окремо проводяться клінічні розбори, рентгенологічні та патологоанатомічні конференції.

Щотижня відбуваються лекції різних типів – із запрошеними лекторами (з інших університетів США або з інших країн), з лекторами-професорами свого університету, або коли лектор – резидент або аспірант. Тривалість лекції зазвичай 45 хвилин, наступні 15 хвилин відводиться на дискусію. Дуже часто на клінічних конференціях самі студенти є доповідачами. Лекцій просто за програмою підготовки лікаря теж немає, оскільки вважається, що підручники і ключові статті студент повинен опрацювати сам. Усі лекції є розповіддю дослідника про результати його наукової роботи, про результати інших дослідників, опубліковані раніше, про відмінності та схожість результатів його досліджень з раніше опублікованими даними. Дослідницькою роботою займається кожен лікар в клініці.

Багато конференцій з університетської клініки транслюються в інші лікарні міста чи населених пунктів поблизу, де немає університету, але де займаються і студенти, і резиденти. Будь-хто може ставити питання лектору, незалежно від того, де він знаходиться. Вважається, занадто дорогим їздити в іншу клініку на лекцію, а освіта і відвідування лекцій є вкрай важливими і пріоритетними для всіх. Дуже важливим вважається виїзд на конференції, оскільки це піднімає престиж університету і приваблює студентів, викладачів, пацієнтів і грантодавців.

Таким чином, університетські клініки є важливою частиною системи медичної освіти, сфери медичних наукових досліджень і системи практичної охорони здоров'я. Вибір університетом тієї чи іншої організаційної структури багато в чому залежить від наявних в організації потенціалу та інфраструктури, економічних, культурних і політичних особливостей країни (Табл. 3.3. [162, с. 12]).

Основи ставлення працівника до своєї професії і підвищення кваліфікації закладаються в період навчання в університеті і на першому етапі самостійної роботи. Особливу роль у формуванні клініч-

Таблиця 3.3. Порівняльний аналіз зарубіжних університетських лікарень

Показник	Країна						
	США	Велика Британія	Франція	Німеччина	Швейцарія	Ізраїль	
1	2	3	4	5	6	7	
Загальна кількість університетських лікарень	Понад 1000	43	32	40	25	13	
Фінансування	Програми DGME, програми Medicaid і Medicare, приватні кошти	Держава, соціальне страхування, благодійні організації, приватні кошти	Держава, соціальне страхування, благодійні організації, приватні кошти	Федеральне управління, управління федеральних земель, наукові організації, спеціальні фонди, приватні кошти	Держава, управління кантонів, страхові компанії, приватні кошти	Держава, благодійні організації, приватні кошти	



1	2	3	4	5	6	7
<b>Організаційна модель</b>	1) комплена; 2) кооперативна; 3) змішана (універстет–клініка, клініка–дослідницький центр, університет–дослідницький центр)	1) комп-лексна; 2) кооперативна; 3) змішана (університет–клініка, клініка–дослідницький центр, університет–дослідницький центр)	1) структурний підрозділ університету; 2) самостійна організація, пов'язана з університетом певним договором	1) кооперація університету і клініки (землі Баварія, Гольштейн та ін.); 2) інтеграція клініки в склад університету (землі Берлін, Гамбург та ін.)	1) комплексна; 2) кооперативна; 3) змішана (університет–клініка, клініка–дослідницький центр, університет–дослідницький центр)	Комплексна
<b>Форми управління</b>	Колегіальні форми управління з участю місцевих органів	Асоціація університетських клінік Великої Британії	Регіональні державні центри	Юридична особа з наглядовими радами (представники державного сектора)	Асоціація університетських лікарень	Державна і приватні

ного мислення лікаря, його стереотипу роботи, характеру взаємин з пацієнтами та їх родичами відіграє наставник – більш досвідчений колега, який курує діяльність молодого фахівця. В цьому аспекті медичне середовище – одне з небагатьох, де наставництво гармонійно вписується в культуру професії.

Наставництво має важливе значення для досягнення успіху в академічній медицині, а також у медико-біологічних, фундаментальних і соціальних науках. Ефективне наставництво відіграє важливу роль у професійному зростанні й розвитку молодших викладачів, інтернів та студентів, має велике значення в забезпеченні безперервного континууму в академічній медицині [407, с. 2]. Через наставництво студенти мають можливість отримати рекомендації, поради, і виховання у досвідченого наставника, що є ключовим компонентом для зростання в академічній ієрархії. Це приводить до підвищення продуктивності праці, задоволеності кар'єрою і сприяє утриманню працівника.

Наставництво, як система підтримки майбутніх фахівців, було запроваджене в США в 70-х роках, у великих корпораціях приватного сектора, для підтримки молодих співробітників. З 1990-х років програми наставництва були введені в різних медичних професіях, найчастіше в галузі сестринської справи [36, с. 201].

Дослідження, що проводяться серед молодих фахівців-медиків, випускників, показали, що наставництво в медичній школі може допомогти їм у прийнятті більш раннього рішення щодо своєї спеціалізації в медицині, побудові стратегії в плануванні подальшої кар'єри.

Проведений огляд літератури показує, що в медичних школах США наставництво є невід'ємною частиною роботи викладача (головним чином з інтернами і резидентами), у деяких коледжах є програми, спрямовані на професійну орієнтацію учнів старших класів (Каліфорнійський Університет). Кожен університет розробляє власні програми наставництва з різних напрямів клінічної медицини. Наставником, як правило, є старший, більш досвідчений персонал, найчастіше працівник УЛ, який також є викладачем медичної школи з уже сформованою професійною кар'єрою; наставництво не об-

межується тільки здобуттям клінічного досвіду, також невід'ємною частиною навчання є залучення інтернів і резидентів до проведення наукових досліджень у межах їх компетентностей. Наставник, як правило, веде від 3 до 5 підопічних, залежно від курсу навчання, не отримує матеріальної винагороди за свою роботу, однак його робота оцінюється як самим резидентом, так і тьютором / адміністратором програми в даній установі. Сам наставник з різною частотою заповнює спеціально розроблені опитувальники, з метою оцінки прогресу підопічного, виявлення будь-яких проблем з навчанням, з комунікацією в парі і в колективі.

Як майбутні лікарі, студенти-медики повинні отримати експертні медичні знання та навички й забезпечити відповідну допомогу пацієнтам з високим ступенем довіри. На додаток до величезної кількості знань і навичок, важливим завданням для студентів-медиків є планування кар'єри. Разом ці фактори можуть бути стресовими тому важливо забезпечити керівництво та підтримку, щоб допомогти студентам орієнтуватися в цих викликах. Медичні педагоги дедалі частіше одноставно погоджуються з необхідністю належного наставництва студентів та їх підтримки.

У медичних школах наставництво є неформальним партнерством між викладачами та студентами. Керівництвом встановлено як офіційні, так і неформальні програми наставництва для студентів-медиків. Наставництво, або консультування студентів-медиків, визнано основною вимогою для акредитації медичних шкіл у національних та міжнародних стандартах [407, с. 2].

В практичній зарубіжній охороні здоров'я наставництво існує досить тривалий час. Як правило, сучасні великі клініки США організують у своєму складі освітні центри, в яких група наставників цілеспрямовано адаптує нових співробітників до роботи у власній медичній організації. Наприклад, клініка Мейо (м. Рочестер, штат Міннесота) у власному освітньому центрі проводить навчальний курс для нових співробітників. В основі цього курсу навчання лежить спостереження за роботою колег. Таке навчання збагачує соціальний досвід новачків, дозволяє їм неофіційно засвоїти організа-

ційні принципи і корпоративну культуру, які існують у клініці. Цей метод особливо актуальний для охорони здоров'я, де навчальні програми дуже розтягнуті в часі. Понад 62 % лікарів клініки Мейо свою освіту частково або повністю отримали тут. Згідно з існуючими вимогами клініки, лікарем або хірургом може стати фахівець, який не тільки має необхідні технічні навички, а й здатний засвоїти принципи організації; за дотриманням цих принципів стежать наставники новачків. Крім того, новачки періодично проходять курс навчання з основ спілкування з пацієнтами. Цей курс для всіх співробітників медичної організації постійно повторюється [184, с. 84].

Інститут менторства є важливим надбанням американської вищої освіти. Цьому питанню приділяють серйозну увагу й на всіх рівнях організації вищої медичної освіти: при розробці навчальних планів, плануванні заходів професорсько-викладацьким штатом чи студентською радою тощо. Наприклад, Медична школа Гарвардського університету наголошує на цінності якісних наставницьких стосунків та ролі їх впливу на професійний розвиток і кар'єрне зростання в клінічній медицині, фундаментальній науці, дослідженні, навчанні та управлінні. Рада наставників (Council of Mentors) при Медичній школі складається з досвідчених викладачів, які відзначені своїми досягненнями та професіоналізмом в наставництві. До найважливіших завдань Ради наставників належать визначення важливих напрямів діяльності, внесення коректив до навчальних програм менторства та підтримка ресурсів, необхідних для наставництва. Рада наставників Медичної школи Гарвардського університету є складовою Управління з питань інклюзивності, диверсифікації та партнерства з громадськістю, діяльність якого детальніше проаналізована в Розділі 4.

На прикладі Медичної школи Гарвардського університету розглянемо особливості діяльності інституту менторства у США. У школі діє Програма «Науковці в медицині» (Scholars in Medicine Program), метою якої є надання підтримки кожному студенту-медику у наукових дослідженнях. Студентам пропонують завдання та види робіт, спрямовані на глибинний аналіз медичних, біологічних

чи соціальних питань. Вони вивчають ці питання через опрацювання різних дисциплін у галузі біомедичних, клінічних, гуманітарних чи інших наук. При цьому процес дослідження є не менш важливим, ніж результат, оскільки студенти та наставники є партнерами, що закладає основи вміння роботи в команді.

Головним органом, який керує програмою, є Управління Програми «Науковці в медицині». До головних функцій Управління належать:

- 1) формулювання вимог до успішного закінчення Програми студентами;
- 2) консультування студентів з питань досліджень, громадських волонтерських робіт, інших послуг в галузі охорони здоров'я у всьому світі;
- 3) координація діяльності студентів і викладачів-наставників та забезпечення зворотного зв'язку;
- 4) допомога студентам при виборі елективних курсів, які релевантні до обраної ними програми, програм стажування за кордоном, мовних курсів тощо;
- 5) сповіщення студентів про позааудиторні події, гранти та стипендії, які сприятимуть розробці обраного дослідження кожного студента зокрема, за допомогою періодичного щотижневого видання;
- 6) забезпечення занять із медичної термінології іспанською, португальською та китайською мовами для студентів, які бажають продовжити професійну діяльність в інших культурних середовищах;
- 7) консультування студентів щодо вимог до отримання диплома з відзнакою.

Участь студента в одній з програм наставництва є обов'язковою вимогою для завершення навчання. Вона є платною, але більшість студентів мають право на отримання стипендії, яка покриє вартість окремих заходів у межах Програми. На отримання стипендії претендують випускники, котрі продовжили курс навчання до п'яти років з метою участі в Програмі впродовж додаткового року навчання.

По суті, така Програма є аналогом системи наукових гуртків, яка діє в українських медичних університетах. Важливою складовою її реалізації є система винагород за наукові роботи студентів. У ході щорічного наукового форуму, приуроченого до Дня студентських досліджень імені Соми Уейсса, кращі студентські роботи представляють у вигляді стендових та усних доповідей з подальшим обговоренням із викладачами та іншими студентами і обранням переможців. Участь у Програмі з презентацією виняткових прогресивних результатів дослідження є обов'язковою умовою отримання диплома з відзнакою.

З точки зору діяльності викладача, участь у Програмі «Науковці в медицині» є позитивним професійним досвідом, оскільки вона

- а) надає можливість брати участь у вузькопрофільних наукових дослідженнях;
- б) забезпечує зворотний зв'язок і професійну саморефлексію;
- в) розширює коло професійних контактів викладача.

Крім системи винагород за студентські дослідження, в Школі впроваджено нагороду за Наставництво в медицині (Excellence in Student Mentoring Award). Випускники висувають номінантів на отримання нагороди з описом того, як саме наставництво викладача вплинуло на успіх виконаного дослідження. Присвоює нагороду Управління Програми «Науковці в медицині».

Для викладачів існують певні вимоги для участі в Програмі наставництва. Кандидат повинен мати постійну посаду в Школі не нижче лектора (викладача) або ж працювати на постійній посаді клініциста-дослідника в одному з афілійованих закладів (у такому випадку кандидатуру схвалює керівник програми з питань кадрового забезпечення), мати достатній науковий стаж. На сайті Школи регулярно оновлюється інформація про наявні кандидатури: детально описано напрям дослідження, перераховано необхідні вміння та кваліфікації викладача, зазначено дні та час проведення додаткових занять тощо.

У Медичній школі Єльського університету система наставництва більшою мірою створена для наукових досліджень на

післядипломному етапі. Спілка наставників Медичної школи підпорядковується Єльському центру клінічних досліджень. Науковці, які займаються пошуком, мають одного або кількох наставників з числа більш досвідчених працівників, які входять до Спілки та Комісії з кар'єрного розвитку. Важливим завданням наставників є не лише консультування щодо самого процесу, а й неупереджена оцінка його актуальності та перспективності, прогресу самого студента.

Команда наставників, яка курує діяльність молодого науковця, є не вузькоспеціалізованою, а міждисциплінарною, що дає можливість комплексно і різносторонньо оцінити якість виконання дослідження. Зокрема, до Комісії з кар'єрного розвитку входять фахівці з ендокринології, епідеміології, загальної медицини, психіатрії, імунології, ревматології тощо.

Система наставництва в медичних школах США не має чітко регламентованої структури, проте вона виконує низку важливих функцій. По-перше, вона є засобом інтенсифікації наукових досліджень та включення майбутнього фахівця у ґрунтовні наукові пошуки. По-друге, вона забезпечує стабільне успішне професійне зростання самого педагога, пропонуючи позитивну мотивацію його діяльності та тісну співпрацю зі студентами, кар'єрний ріст яких стає особистим інтересом самого наставника. По-третє, наставництво відіграє позитивну роль у формуванні багатьох необхідних якостей майбутнього випускника: роботи в команді, стратегічного і наукового мислення, комунікативних умінь тощо. По-четверте, менторство забезпечує наступність та нерозривність різних етапів та ланок здобуття медичної освіти.

Підсумовуючи наведене вище можна стверджувати, що американська система медичної освіти характеризується варіативністю форм і методів навчання та контролю, гнучкістю та демократичністю взаємодії між викладачем і студентом. Саме це є основою засадничого принципу американської освітньої системи – академічної свободи. Цей принцип відображений і в ієрархії академічних посад у межах медичних шкіл США – ідея кар'єрного росту, окрім інших

переваг, передбачає отримання академічної свободи, яка виражається в наукових дослідженнях, виборі методів навчання тощо.

Система працевлаштування в медичних школах США характеризується повною прозорістю вимог та процедури відбору кандидатів, значною увагою до попереднього наукового та суспільного досвіду кандидата, необхідністю володіння високим рівнем комунікативної компетентності. Наукові дослідження є необхідним компонентом медичної освіти в США. Вони озброюють викладача найновішими науковими знаннями, забезпечують викладання на високому рівні, дозволяють залучати до науково-дослідницької діяльності студентів, що робить процес навчання активнішим і ефективнішим.

Виконання наукових досліджень відбувається в умовах тісної співпраці між університетами та університетськими лікарнями. Така інтеграція науки і практики дозволяє забезпечити належну якість підготовки кадрів і надання медичної допомоги населенню. Ще одним джерелом забезпечення активних комплексних наукових досліджень є інститут наставництва, який передбачає тісну співпрацю, особливо з наукових питань, між досвідченим педагогом і студентом чи викладачем-початківцем. Система наставництва забезпечує зв'язок між різними ланками вищої освіти, сприяє формуванню стратегічного, клінічного і наукового мислення студента чи викладача-початківця, слугує джерелом ідей для використання нових методологічних прийомів, наукових досліджень.

### ***3.3. Система підвищення кваліфікації викладачів***

За сучасних умов у США, поряд із збільшенням попиту на високоякісних фахівців медичного профілю, зростають і вимоги до рівня кваліфікації викладачів медичних шкіл, до якості надання ними освітніх послуг. В умовах інформатизації та глобалізації суспільства поява значного обсягу нових наукових знань, значні зміни, що



ведуть до швидкого старіння інформації, зникнення старих і поява нових професій вимагають від учених, викладачів, лікарів та інших фахівців нового рівня кваліфікації, мобільності, пристосовності до умов, який неможливо забезпечити лише за рахунок уже отриманої освіти. Це зумовлює необхідність перетворення навчання фахівців на безперервний процес, а підвищення їх кваліфікації – на систематичну потребу, яка зберігається впродовж усієї професійної діяльності [95, с. 76].

У контексті дослідження підвищення кваліфікації викладачів медичної школи США можна стверджувати таке. Підвищення кваліфікації зазвичай відбувається у двох напрямках: поглиблення педагогічної і клініко-медичної компетентності. Це певною мірою ускладнює діяльність педагогів-клініцистів, але водночас пояснює їх високий академічний статус у світовій освітній спільноті. В межах цього параграфу зупинимося на розгляді підвищення педагогічної кваліфікації викладача медичної школи США.

У США до 1960-х років підвищення кваліфікації та перепідготовки фахівців практично не існувало. З 1960-х років, коли стало очевидно, що безперервність освіти є фактором забезпечення конкурентоспроможності самих фахівців і їх установ, управління штатів і університетів стало брати активну участь в організації та фінансуванні заходів з підвищення кваліфікації своїх науково-педагогічних кадрів [95, с. 76].

Окрім цього, як вважає Р. Мендел, у вказаний період в американському суспільстві зріс престиж роботи в академічних колах. Водночас, як стверджує автор, дедалі жорсткішою ставала конкуренція між професорсько-викладацьким складом за робочі місця. Більше шансів перемогти у цій конкуренції мали висококваліфіковані фахівці. У цей період перевагу стали надавати не стажуванням у великих компаніях або приватних установах, а системному підвищенню кваліфікації на базі університетів [391, с. 102].

Зростання цього усвідомлення привело до прийняття низки законодавчих актів, які стали основою системи підвищення кваліфікації у США. Згаданий Закон про вищу освіту 1965 року Департамен-

ту освіти США свідчить про збільшення підтримки федерального уряду, спрямованої на ВНЗ, в тому числі на підвищення кваліфікації науково-педагогічних кадрів всередині самих освітніх установ. Ще одним нормативно-правовим документом, що вплинув на підвищення кваліфікації педагогів вищої школи, є меморандум президента Л. Джонсона «Зміцнення можливостей для академічної науки по всій країні» (1965). У меморандумі йшлося про необхідність не тільки здійснювати матеріальну підтримку процесу підвищення кваліфікації науково-педагогічних кадрів вищої школи, а й сприяти інтелектуальному й особистісному розвитку викладачів [95, с. 77].

У 1989 році Дж. Буш у ході зустрічі з губернаторами США з проблем розвитку освіти в країні презентував Національні цілі (The National Education Goals), або Стратегію «Америка-2000», у яких визначено освітні досягнення США до початку наступного століття і напрями, на які слід спрямувати зусилля для поліпшення освіти в країні. Особливий інтерес становить ціль № 5, спрямована на посилення конкурентоспроможності американської освіти в світовій економіці. Як результат, уже в 1992 році видатки на післядипломну освіту зросли найбільше, порівняно з іншими секторами освіти.

Окрім цього, наприкінці 1960-х років особливо активізувалася діяльність агентств і асоціацій з консультування науково-педагогічних кадрів вищої школи США, таких як Американська асоціація професорів університетів, Північно-Центральна асоціація коледжів і шкіл, Американська асоціація жінок–працівників університетів.

Крім професійних асоціацій, в 1960-70-і роки почали з'являтися спеціальні центри підвищення кваліфікації викладачів вищої школи на базі університетів, особливо великих, яким держава відводила значну роль. Перший центр підвищення кваліфікації викладачів вищої школи США, за даними В. Лі, – «Центр з організації досліджень у навчанні і викладанні» (Center for Research on Learning and Teaching) – було засновано в 1962 році в університеті штату Мічиган (м. Енн-Арбор). Згодом було створено «Клінічний центр з поліпшення університетського викладання» в університеті штату Массачусетс (м. Амхерст) [95, с. 77].

Знаковими для системи підвищення кваліфікації викладачів є виникнення двох провідних організацій з підвищення кваліфікації педагогів вищої школи США: Мережа професійного і організаційного розвитку у вищій освіті (Professional and Organizational Development Network in Higher Education) (1975 р.) і Північноамериканська рада з науково-педагогічних кадрів, програмам та організаційного розвитку (North American Council for Staff, Program and Organizational Development) (1977 р.), які представляють інтереси установ вищої освіти в Сполучених Штатах, Канаді, а також за кордоном. Поряд з агентствами з консультування викладачів, професійними асоціаціями і спеціально організованими центрами з підвищення кваліфікації науково-педагогічних кадрів вищої школи, в США виникли агентства та приватні фонди, які надавали фінансування для дослідницьких проектів у вищій школі, включаючи федеральні цільові програми: Фонд з вдосконалення вищої освіти (Fund for the Improvement of Postsecondary Education), Національний науковий фонд (National Science Foundation) і Керівництво ресурсами і послугами охорони здоров'я (Health Resources and Services Administration). Перевагами цих центрів є те, що вони також налагоджують зв'язки з аналогічними установами в інших університетах країни, якщо цілі підвищення кваліфікації їх професорсько-викладацького складу схожі.

Варто зацентрувати увагу на ролі глобалізаційних процесів в організації підвищення кваліфікації. Організації з підвищення кваліфікації викладачів вищої школи у всьому світі обмінюються своїм досвідом у наукових журналах і влаштовують міжнародні конференції. Програми стажування викладачів у вищій школі США дають можливість викладачам та адміністраторам з інших країн запозичувати досвід США, і навпаки, академічний туризм по всьому світу допомагає американським педагогам запозичувати передовий досвід інших країн.

Загалом, у США в сфері підвищення кваліфікації викладачів вищої школи акцент робиться на наданні консультацій та зміцненні колегіальності, на відміну від багатьох інших країн, де підвищення

кваліфікації направлене на розробку стратегічних підходів до поліпшення викладання і навчання на інституціональному рівні.

З вищесказаного можна зробити такі висновки:

- 1) розвиток системи підвищення кваліфікації науково-педагогічних кадрів вищої школи США регулюється діяльністю Департаменту освіти США з організації ефективної системи підвищення кваліфікації викладачів вищої школи;
- 2) реформування американської системи професійної освіти та вдосконалення нормативно-правової бази системи підвищення кваліфікації викладачів вищої школи США стали відповіддю на зміну соціально-економічної парадигми у суспільстві;
- 3) досвід підвищення кваліфікації викладачів вищої школи за кордоном став необхідною рушійною силою для впровадження оптимальної аналогічної системи в США.

Глобалізаційні процеси останніх десятиліть ставлять перед викладачами медичної школи США та інших країн світу низку якісно нових вимог. США, як одна із країн-лідерів, першими реагують на виклики часу. Такі вимоги в межах медичної освіти можна умовно поділити на три групи. Цей поділ є умовним, оскільки зміни в освітній парадигмі не можуть бути фрагментарними, а є цілісним комплексним процесом.

До першої групи викликів часу, з якими зіткнулися викладачі медичних ВНЗ США, належать зміни в системі охорони здоров'я. Протягом останнього десятиліття дедалі більше уваги приділяється безпеці пацієнтів та підвищенню якості послуг, які вони отримують в американській системі охорони здоров'я [371, с. 14]. Вчені-аналітики присвячують свої наукові пошуки вивченню фінансових аспектів надання медичних послуг, наприклад, розрахунку кількості лікувальних послуг, які пацієнт отримує в перерахунку на один долар, сплачений за медичне страхування чи за платні медичні послуги. У руслі таких змін однією з шести загальних компетентностей, викладених Радою акредитації вищої медичної освіти (ACGME), є практичне навчання та вдосконалення фахівця, спеціально спрямоване

на поліпшення якості надання послуг, яка буде зберігатися протягом всієї кар'єри лікаря.

Ще однією зміною в системі охорони здоров'я є акцент на командній роботі в догляді за пацієнтом. Ця тенденція зумовлена впровадженням моделі хронічної медичної допомоги (*chronic care model*), метою якої є забезпечення тривалої допомоги пацієнтам з хронічними, складними медичними проблемами. Впроваджуючи ідеї цієї моделі, викладач медичної школи повинен зорієнтувати студента не на усталену сукупність індивідуалізованих професійних дій, а на алгоритм дій у взаємодії з іншими учасниками команди.

До другої групи належать зміни у самому освітньому середовищі. Особливо ці зміни торкаються навчання студентів на клінічному етапі та слухачів резидентури. Протягом років середовище стаціонару було основним місцем навчання студентів старших курсів, інтернів, резидентів. За сучасних умов ці стаціонарні клініки втрачають цінність як освітнє середовище. Це пов'язано з кількома чинниками. По-перше, через зростання населення у великих містах виникає необхідність швидкого проведення лікування і оперативного звільнення ліжко-місць. За таких умов основна відповідальність покладається саме на лікуючого лікаря, а не на інтерна чи резидента, швидкість праці яких є нижчою. По-друге, в стаціонарах студенти здебільшого зустрічають асиметричну групу пацієнтів – найбільш критичних хворих, часто з діагнозами та планами лікування, які встановлені ще до госпіталізації. Тому інтерн чи резидент бере другорядну участь у лікуванні пацієнтів, не маючи можливості самостійно встановити діагноз чи розробити добре обґрунтований план лікування. Окрім того, збільшення уваги до документації призвело до зменшення особистої участі резидентів у роботі з пацієнтами, оскільки часто вони витрачають більше часу на взаємодію з комп'ютером, ніж з пацієнтами.

Ще одним ускладненням є обмеження кількості робочих годин слухачів резидентури, яке на сьогодні є обов'язковим компонентом розробки навчальних програм після подій, описаних у Розділі 2. Хоча обмеження робочого часу має низку переваг, воно також є

проблемою для освіти та навчання, оскільки молодий фахівець проводить значно менше часу (з 80 годин до 56–60 годин на тиждень), комунікуючи з пацієнтами, а, отже, – зменшується час, відведений на освітню діяльність.

Важливою трансформацією останніх років став перехід від патофізіологічного підходу до навчання майбутніх лікарів до підходу на основі доказової медицини. Від сучасного студента-медика вимагають не простого відтворення знань та навичок, а вміння науково і статистично обґрунтувати імовірний діагноз чи план лікування, користуючись надбаннями доказової медицини. Це привело до появи чотирьох нових необхідних компетентностей випускника медичної школи: професіоналізм, комунікативні навички, системна практика, навчання та вдосконалення, що будуються на практиці. Більше того, освітнє середовище трансформувалося таким чином, що наріжним каменем розповсюдження та пошуку інформації в професійному середовищі нині є не паперові носії, а комп'ютерні та цифрові пристрої. Вміння молодого фахівця користуватися новітнім обладнанням не лише для діагностики чи лікування, а й для пошуку та розповсюдження релевантної інформації, стає визначальним для професіоналізму. Саме необхідністю такої різнопланової роботи ускладнюється роль сучасного педагога-клініциста.

Окремі вчені приділяють особливу увагу питанню формування інформаційної грамотності майбутніх лікарів [314, с. 705]. Р. Еллауей виділяє цифровий професіоналізм як одну із компетентностей педагога медичної школи. Авторка акцентує увагу на ролі цієї компетентності, яка полягає у:

- а) створенні позитивного образу сучасного педагога та лікаря, який стає запорукою довірливого ставлення студентів, пацієнтів, колег та інших учасників професійної взаємодії;
- б) здатності швидко, грамотно й ефективно знаходити, поширювати, блокувати відповідну інформацію та реагувати на неї.

Третя група викликів часу, з якими стикається викладач медичної школи США, включає внутрішньоуніверситетські проблеми.

Фінансові труднощі, з якими стикаються академічні установи, призвели до більш жорсткого обліку часу та оплати праці викладачів, яка базується, перш за все, на клінічній та дослідницькій продуктивності, а не на викладацькому внеску працівників, що негативно позначається на професійній мотивації. Це призвело не тільки до скорочення часу, який практикуючий клініцист може проводити з кожним пацієнтом, а й до зменшення кількості годин, які викладач може витратити для навчання студентів і резидентів. Нарешті, оскільки від викладачів очікується набуття компетентностей, які не були типовими для традиційної медичної освіти у другій половині ХХ століття, вони повинні розвивати якісно нові навички та вміння для навчання, контролю та оцінювання студентів [492, с. 243] (табл. 3.4).

Таблиця 3.4. Соціальні виклики, які постають перед професорсько-викладацьким штатом у ХХІ столітті

Характер змін	Виклики
<b>Зміни в сфері охорони здоров'я</b>	Зміщення акцентів на особистість пацієнта (зокрема, його безпеку)
	Зміщення фокусу на командну роботу
<b>Зміни в освітньому середовищі</b>	Зменшення ролі стаціонару як навчального середовища
	Скорочення тривалості робочого часу слухачів резидентури
	Перехід від моделі, що базується на патофізіологічному підході, до моделі доказової медицини
	Акцент на компетентнісному підході та результатах навчання
	Цифрова ера в освіті
<b>Виклики перед професорсько-викладацьким штатом</b>	Модель оплати праці, що ґрунтується на клінічній та дослідницькій продуктивності
	Нестача часу
	Необхідність розвивати нові, нетрадиційні вміння

В останні роки в США здійснені вдалі спроби об'єднати зусилля багатьох освітніх організацій з метою вдосконалення психолого-педагогічної підготовки викладачів у системі підвищення кваліфікації. Розроблені й успішно реалізовані загальнонаціональні програми «Розвиток професорсько-викладацьких кадрів» (Faculty Development Program) і «Підготовка майбутніх викладачів» (Preparing Future Faculty).

Як показує аналіз науково-навчальних програм різних американських університетів, форми підвищення кваліфікації, що реалізуються в рамках цих програм, надзвичайно різноманітні: проведення «круглих столів» з проблем методики вищої школи, організація семінарів та педагогічних майстерень, проведення орієнтаційних конференцій для викладачів-початківців, складання професійних досьє, організація наставництва і взаємовідвідувань, проведення індивідуального консультування, організація різних курсів. Одним із напрямів роботи з розвитку професійно-педагогічної культури американських викладачів є оцінка їх діяльності, що включає різні форми оцінювальних дій: анкетування студентів, колегіальну оцінку, самооцінку викладача, змістовний аналіз курсів, дидактичних матеріалів тощо.

Особливо цінним є досвід програми «Підготовка майбутнього професорсько-викладацького штату» (Preparing Future Faculty), яка, по суті, є національним рухом, що ставить за мету перетворення способів удосконалення викладачів та пришвидшення їх готовності до кар'єри. Програма забезпечує педагогів-початківців можливістю спостерігати за виконанням професійних обов'язків досвідчених педагогів у різних академічних установах, у ході спеціальних занять моделювати власну професійну діяльність, аналізувати її з метою закріплення сформованої компетентності.

Цікавим у цьому аспекті є досвід Медичної школи Університету Сан-Франциско, який входить до конгломерату Університету штату Каліфорнія. Програма «Безперервне професійне навчання» (Continual Professional Learning), яка функціонує в межах університету, забезпечує значну кількість курсів, майстер-класів та семінарів



[334]. Доступ до програми мають усі працівники, а також резиденти і докторанти Університету Сан-Франциско та дочірних установ. Програма передбачає підготовку за такими напрямками: викладання загальних дисциплін, викладання клінічних дисциплін, симуляційне навчання, міжпрофесійне навчання, навчання забезпечення якості викладання та якості догляду за пацієнтами, академічне лідерство.

У межах першого напрямку пропонуються курси підвищення кваліфікації, які охоплюють такі напрями діяльності педагога: навчання у великих чи малих групах, забезпечення зворотного зв'язку, використання технологій у навчанні, розробка навчальних планів, навчання й оцінювання в межах компетентнісного підходу. В ході прослуховування зазначених програм у викладача формуються вміння, які дозволяють ефективно створювати тестові завдання, використовувати стандартизованих пацієнтів для навчання студентів, розробляти шкалу для оцінювання різних навичок та вмінь студентів, писати рекомендаційні та оцінювальні відгуки на студентів, створювати власне професійне портфоліо [334]. Цінним є те, що на веб-сторінці програми одразу пропонується чіткий графік усіх запланованих подій в межах програми із зазначенням дати, часу та місця проведення, необхідні Інтернет-ресурси та інформаційний і роздатковий матеріал для кожного заняття в межах курсу.

У межах другого напрямку підвищення кваліфікації в Університету Сан-Франциско слухачам пропонують такі курси: клінічне навчання, ефективно в часі, сучасні виклики клінічного навчання, формулювання цілей у клінічному навчанні, розвиток клінічного мислення, забезпечення зворотного зв'язку, забезпечення позитивного клімату в навчанні та інші. Всі вони спрямовані на забезпечення високої якості викладання, розвиток умінь створювати ефективно навчальне середовище, озброєння слухачів знаннями щодо правильного реагування на зміни та виклики освіти в клінічних умовах.

Симуляційне навчання – ще один напрям підвищення кваліфікації викладачів медичного профілю. Його цінність є очевидно у зв'язку зі специфікою медичної професії, для якої практична складова навчання є найважливішою. В межах конкретної програми підви-

щення кваліфікації слухачам пропонують такі курси, як «Симуляції: чому, коли, як?», «Симуляційне навчання у малих групах», «Розробка навчальних планів», «Планування і розробка навчальних сценаріїв за участю манекенів», «Проведення симуляцій із застосуванням клінічних сценаріїв», «Ефективне використання стандартизованих пацієнтів у медичній освіті» тощо. Автори курсу акцентують увагу на навчанні правильного вибору симуляційних стратегій залежно від мети навчання, максимальному залученні студентів у симуляційні ситуації, ефективному оцінюванні академічних досягнень студентів у ході навчальної симуляції.

Курси підвищення кваліфікації за напрямом «Академічне лідерство» передбачають прослуховування таких дисциплін: «Лідерське мислення», «Стратегія і тактика лідерських змін», «Управління організаційними схемами», «Досягнення результатів за рахунок делегування прав іншим», «Від конфлікту до співпраці», «Інклюзивне лідерство» тощо. Цей курс є цінним його психологічною складовою. Зокрема, в ході курсу викладачі навчаються розвивати окремі вміння та звички, які формують образ лідера, визначати і ситуативно застосовувати різні стратегії управління, аналізувати проблеми в межах навчальних закладів у чотирьох площинах – структурній, політичній, символічній та з точки зору стосунків у колективі, а також керувати колективними формами роботи (управляти проектними групами, командою лікарів тощо), створювати сприятливе інклюзивне та диверсифіковане навчальне середовище тощо.

Пропоновані в цьому університеті курси з підвищення кваліфікації викладачів медичного профілю спрямовані на озброєння науково-педагогічних кадрів компетентностями, які умовно можна поділити на кілька груп: застосування останніх технічних засобів, формування лідерства в освітньому середовищі, ефективна робота з навчальною документацією, зокрема, з навчальними планами, розвиток творчого потенціалу викладачів, а, отже, – і їх студентів, робота в команді.

У цьому контексті цінним є досвід Медичної школи Гарвардського університету. Для підвищення кваліфікації викладачів Шко-

ла організовує багато щорічних курсів та семінарів, після закінчення яких слухачі отримують сертифікати. Документацію, яку слухачі отримують після завершення курсу, визнають акредитаційні комісії, в тому числі Рада з акредитації безперервної медичної освіти. Розглянемо декілька таких заходів. Навчальний курс «Системний підхід до оцінювання в медичній освіті» призначений для заохочення учасників застосовувати системне мислення при розробці програм оцінювання для постійного їх вдосконалення. Курс включає використання низки педагогічних методів – інтерактивні презентації, обговорення навчальних ситуацій, інституційні групи планування, міні-сесії та семінари з інструментів та підходів до оцінювання, консультації з фахівцями Школи. Впродовж інтенсивної шестиденної програми викладачів ознайомлюють з ключовими поняттями системного підходу до оцінювання, найкращим досвідом в інших навчальних закладах. В ході міні-семінарів викладачі та слухачі курсів моделюють конкретні підходи до оцінювання, проблемні ситуації, що автоматизує діяльність. Після завершення курсу учасники здобувають знання та вміння оцінювати освітній потенціал власного навчального закладу з точки зору системного підходу; впроваджувати елементи системного підходу в навчальний процес з метою підвищення якості підготовки випускників; оцінювати стан системи оцінювання у власному університеті.

«Прогресивні вміння викладання» – ще один інноваційний курс з підвищення кваліфікації у Школі. Він спрямований на впровадження нових методів залучення студентів до навчального процесу та засвоєння інформації. Курс забезпечує ґрунтовне навчання кейс-методу, побудови ефективних лекцій, проведення інтерактивних занять, забезпечення зворотного зв'язку, використання нестандартних технологій у роботі зі студентами з фізичними вадами. Крім цього, за участю пацієнтів-симуляторів викладачі можуть удосконалити власні комунікативні вміння та навички роботи в команді [218].

Щорічний курс «Передові новації в охороні здоров'я та медичній освіті» має на меті навчити:

- 1) передбачати руйнівні інновації, які можуть негативно вплинути на надання медичної допомоги та освітніх послуг;
- 2) визначати роль міжнародних тенденцій в освіті та медицині на локальному рівні;
- 3) оцінювати структуру, процеси, культуру та готовність навчальних закладів до невідворотних змін;
- 4) розвивати лідерські якості свої та студентів, які сприяють системним освітнім інноваціям;
- 5) долати конфліктні ситуації тощо.

Важливою є діяльність так званих Академій медичних педагогів (Academy of Medical Educators). Такі школи є при багатьох медичних школах. Вони надають освітні послуги для викладачів своїх та інших підрозділів.

Така академія діє при Медичній школі Університету штату Колорадо. Вона є незалежним підрозділом, що працює у тісному взаємозв'язку з навчальним відділом та управлінням з питань професорсько-викладацького штату. Основними завданнями Академії є розвиток і підтримка кадрового складу фахівців у галузі медичної освіти, просування і відзначення академічної досконалості, заохочення інновацій в навчальних програмах та викладанні, сприяння науковим дослідженням та впровадженню грантів.

Діяльність Академії охоплює такі напрями: розвиток педагогічних вмінь, розвиток наставництва, розробка навчальних планів, формування навичок оцінювання, академічне лідерство. З пропонуванних курсів варто назвати такі: «Жінки у лідерстві: мистецтво ділового обіду», «Дизайн-мислення та цифрова освіта», «Використання стандартизованих пацієнтів у розробці інноваційних навчальних планів та в дослідженнях», «Тайм-менеджмент в академічній медицині».

Академія пропонує також індивідуальні консультації для викладачів. Участь у самих курсах є платною, а консультування – безкоштовним. Викладачі можуть отримати поради з питань навчальних стратегій, розробки навчальних програм, методології дослідження, комунікативних вмінь та лідерства [320].

Окремо Академія пропонує заняття для молодих викладачів та резидентів. Курс триває 4 тижні і проводиться двічі на рік, у травні і в грудні. Курс підвищення кваліфікації для педагогів-початківців складається з трьох компонентів:

- а) майстер-класи і лекції, спрямовані на ознайомлення із основами навчання;
- б) навчальна практика з метою застосування нових знань;
- в) проектна робота, спрямована на застосування отриманих знань і вмій в обраній галузі (розробка навчальних програм, методологія навчання).

Перший тиждень охоплює серію семінарів і майстер-класів, другий і третій включають обов'язкову навчальну практику і час для роботи над проектом. Семінари проводять викладачі, які мають досвід роботи з кожної теми. Майстер-класи завжди є інтерактивними і дозволяють практикувати нові навички. Основні теми семінарів та майстер-класів такі: вплив стилів навчання на методику викладання; викладання біля ліжка хворого; навчання процедурних навичок; як визначити студента, що має труднощі в навчанні; читання імпровізованих лекцій, навчання великих груп; надання ефективного зворотного зв'язку; ваша майбутня кар'єра педагога-клініциста; розвиток експертних знань; ефективне наставництво; розробка навчальних програм.

Проходження навчальної практики є необхідною умовою для завершення курсу. Можливості практичного навчання включають (але не обмежуються) навчання студентів-медиків навичок спілкування при фізичному обстеженні, керівництво малими групами студентів 3-го і 4-го курсів, навчання проведення обходу, проведення доповідей на ранкових конференціях тощо.

Проект є обов'язковим логічним завершенням курсів підвищення кваліфікації. Резиденти та молоді викладачі розробляють та реалізують власний проект залежно від спеціальності резидентури чи стипендіальної наукової програми. Слухачі визначають наставника проекту за допомогою Академії. Можлива тематика проектів охоплює проектування та проведення конференції або семінару з

навчання навичок для конкретної спеціальності (наприклад, ефективно забезпечення зворотного зв'язку), організацію семінару для студентів з груп інтересів (наприклад, навчання читання ЕКГ, забезпечення прохідності дихальних шляхів, проведення неврологічного обстеження тощо) [437].

Схожі академії функціонують при багатьох університетах США: медичні школи Університету Сан-Франциско, Університету Еморі (м. Атланта, штат Джорджія), Університету Гофстра (м. Гемпстед, штат Нью-Йорк), Університету штату Канзас (м. Канзас-Сіті) тощо. Останній університет, окрім типових напрямів підвищення кваліфікації, пропонує курси з питань планування кар'єрного розвитку, наукового керівництва і наставництва, вмінь самопрезентації тощо. Як бачимо, особливістю їх діяльності є спрямованість на професійну підготовку власних працівників з урахуваннями останніх вимог часу, запобігання «старінню» знань, підтримка високого рівня педагогічної кваліфікації навчального, наукового та лікувального персоналу ВМНЗ.

Важливу роль у підвищенні кваліфікації викладачів медичного профілю відіграє наукова періодика. Більшість медичних шкіл та професійних організацій публікують власні періодичні видання, на сторінках яких учені в галузі медичної освіти діляться успішним досвідом, обговорюють про існуючі проблеми та виклики часу, вносять пропозиції щодо інновацій в освіті. Наприклад, тематика періодичного журналу «MedEdPortal» охоплює проблеми подолання прогалів між аудиторними заняттями та клінічною практикою, озброєння студентів навичками, необхідними для успішної комунікації з пацієнтами, інклюзивності медичної освіти, труднощів навчання студентів біля ліжка хворого, соціальних детермінант ефективності медичної освіти, забезпечення успішного менторства та багато інших.

Аналіз різних аспектів підвищення кваліфікації викладача медичної школи США дозволяє нам виділити як позитивні, так і негативні моменти в розвитку цієї системи. Позитивним є переважання в сучасній педагогіці США гуманістичних тенденцій, що знайшло

своє відображення і в сфері підготовки викладацьких кадрів для медичної школи. Дедалі ширше застосовуються особистісно-орієнтовані технології. Поряд з традиційними формами підготовки та перепідготовки викладачів на допрофесійному етапі особливого поширення набуває робота за індивідуальними планами, складеними на основі аналізу рівня особистої підготовленості, особливостей індивідуально-психологічного розвитку, професійних інтересів і здібностей.

В американському суспільстві існує низка об'єктивних і суб'єктивних факторів, що сприяють залученню викладачів до процесу перепідготовки та підвищення професійної компетентності (підвищення заробітної плати, посадове зростання, надання безстрокового контракту, усвідомлення необхідності відмови від ролі єдиного джерела інформації, потреба в підвищенні професійно-комунікативної компетентності).

Поряд з цим, впровадження інтегрованих програм предметно-педагогічної підготовки викладачів часто відбувається повільно. Немає уніфікованих вимог до змісту докторських програм, велика кількість наукових ступенів і, головне, варіативність їх змістовних компонентів ускладнює аналіз ефективності одержуваної викладачами професійно-педагогічної підготовки. Немає єдиного методичного центру, який координував би роботу численних центрів підвищення кваліфікації викладачів, хоча деякі кроки в цьому напрямі вже зроблені (загальнонаціональні центри реалізації програм «Підготовка майбутніх викладачів», «Розвиток професорсько-викладацьких кадрів»). Немає єдності сертифікаційних вимог для отримання додаткової педагогічної освіти.

Змістовний аналіз різних аспектів підготовки викладача вищої школи США дозволяє надати низку практичних рекомендацій з використання американського досвіду в практиці вітчизняної вищої школи:

1. Розширити сферу діяльності центрів та інститутів перепідготовки та підвищення кваліфікації викладачів, або тих, хто приступає до роботи після тривалої перерви.

2. Здійснити інтенсивну підготовку фахівців у галузі освіти дорослих, насамперед, викладачів, з питань педагогічних технологій роботи з різними категоріями студентів, слухачів (вечірнє, заочне відділення, курси перепідготовки фахівців).
3. Розробити багаторівневі програми залучення аспірантів у професійну діяльність, використовуючи поетапне ускладнення і розширення кола їх обов'язків (за зразком американських асистентів викладачів).
4. Використовувати прийнятні для української вищої школи організаційні форми і методи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації викладачів США, такі як педагогічні майстерні, складання професійних портфоліо, орієнтаційні конференції для викладачів-початківців тощо.
5. Найінтенсивніше впроваджувати в практику вітчизняної вищої школи різні форми оцінки діяльності викладачів (анкетування студентів, колегіальну оцінку, самооцінку), щоб здійснювати систематичний зворотний зв'язок з метою діагностування проблемних місць в їх роботі і вдосконалення освітньої діяльності.
6. Використовувати комп'ютерні та телекомунікаційні технології в практиці підготовки і підвищення кваліфікації викладачів вищої школи.
7. Звернути особливу увагу на психологічний аспект у підвищенні кваліфікації (методи подолання конфліктів, роботи з великою аудиторією тощо).
8. Розробити на державному, регіональному, інституційному рівнях заходи стимулювання викладачів вищої школи, що займаються підвищенням своєї педагогічної кваліфікації.

Таким чином, глобалізаційні процеси та інформатизація ставлять нові вимоги до професійного зростання викладачів. Програми підвищення кваліфікації викладачів медичних шкіл США створені для ефективного реагування на ці вимоги. На загальнонаціональному рівні підвищенням кваліфікації викладачів займаються професійні асоціації та організації. Окрім спеціальних установ і агенцій,



у більшості медичних шкіл США існують окремі підрозділи, які відповідають за проведення курсів підвищення кваліфікації професорсько-викладацького штату. Вони можуть мати вигляд окремих відділів (наприклад, Академія медичних педагогів) чи бути підрозділами навчального або іншого відділу. Загалом, діяльність програм підвищення кваліфікації педагогів медичного профілю в США здійснюється за такими напрямками: застосування технологій в освіті, академічне лідерство, розвиток професійної комунікації, розробка новітніх методик оцінювання, подолання конфліктних ситуацій, робота в полікультурному середовищі тощо.

## ***Висновки до третього розділу***

Ретроспективний аналіз становлення медичної освіти США дозволяє стверджувати, що американська вища школа розвивалася на фундаменті, закладеному вихідцями з Європи, поєднала в собі риси англійського коледжу вільних мистецтв і німецького дослідницького університету. Два важливих історичних аспекти підготовки викладачів медичної школи в США включають 1) професіоналізацію їх діяльності, яка знайшла вираження в явищі спеціалізації та диференціація різних галузей медицини, що в свою чергу урізноманітніло діапазон професійних вмінь викладача, 2) появу аспірантських шкіл, основною функцією яких стала передача найповнішого знання найбільш талановитим представникам наукової спільноти. В майбутньому саме докторські програми, прообразом яких і були аспірантські школи, стали основною формою підготовки науково-педагогічних кадрів для вищої школи США. Іншим важливим історичним аспектом становлення системи професійної підготовки викладачів медичних шкіл США є перехід від системи учнівства в приватних медичних школах до системи дослідницьких університетів, а, отже, – від викладача, який працює неповний робочий день, проводячи загальну лікарську практику, до штатного викладача-клініциста, який окрім навчальної, залучений у спеціалізовану наукову

діяльність. Цей перехід сприяв підвищенню якості підготовки випускників і зміцненню науки загалом.

Однією з умов ефективної підготовки та підвищення кваліфікації викладачів медичної школи США є послідовне наукове обґрунтоване впровадження компетентнісного підходу до навчання лікарів. В американській науковій літературі немає єдиної думки щодо визначення поняття та структури компетентності викладача медичної школи. Встановлено, що головні соціальні ролі викладача медичного профілю (клініцист, педагог, співрозмовник, науковець, лідер, адміністратор, професіонал тощо) визначають основні його компетентності.

Усвідомлення цих ролей майбутнього педагога медичної школи визначає аспекти його педагогічної підготовки, яка відбувається в три етапи: допрофесійна, післяпрофесійна та підвищення кваліфікації. Допрофесійна підготовка викладача медичного профілю проходить на додипломному етапі в ході вивчення гуманітарних елективних курсів педагогічного спрямування в межах курсу фахової підготовки або ж шляхом отримання подвійного наукового ступеня в галузі медицини і педагогіки. Окрім цього, США багато програм бакалаврської підготовки, які є необхідною умовою до вступу в медичну школу, пропонують водночас фахову підготовку з дисциплін біологічного циклу й озброюють випускника теоретично-практичним інструментарієм, необхідним для здійснення педагогічної діяльності. У зв'язку з цим, здебільшого студент медичної школи, який здобув попередню бакалаврську освіту, уже володіє певним рівнем дидактичної і методичної підготовки для здійснення викладацької діяльності після здобуття наукового ступеня у галузі медицини.

Післяпрофесійна підготовка проходить на післядипломному етапі і передбачає два компоненти:

- 1) інтенсивні сертифікаційні курси на початку чи перед початком педагогічної діяльності,
- 2) докторські програми в галузі медичної освіти. Ефективність підготовки викладача на кожному з етапів полягає у швидкому реагуванні освітньої системи на виклики і потреби часу.

Підготовка майбутніх випускників до роботи у медичних школах США на допрофесійному етапі є незначною у зв'язку з професійною спеціалізацією ВМНЗ. Вона більшою мірою спрямована на озброєння студентів знаннями про теоретичні та практичні основи наукових досліджень і вміннями міжособистісної комунікації.

Вивчення програм педагогічної підготовки на до- та після професійному етапі свідчить про такі їх загальні особливості:

- 1) концентрація на розвитку лідерських якостей педагогів;
- 2) акцент на комунікативних вміннях викладачів та ефективній міжособистісній взаємодії;
- 3) впровадження новітніх методів оцінювання та забезпечення зворотного зв'язку;
- 4) розвиток навичок роботи в команді, зокрема у науковій роботі;
- 5) гнучкість самих програм з метою збереження постійного працевлаштування їх слухачів;
- 6) зосередження на новітніх технічних засобах навчання, дистанційному навчанні,
- 7) відносна уніфікованість вимог до зарахування на такі програми (наявність наукового ступеня не нижче магістра, середній бал з основного предмету не нижче 3.0 за шкалою GPA);
- 8) акцент на постійному вдосконаленні навчальних планів і програм з метою виявлення неточностей та швидкого реагування на виклики часу.

Загалом, американська система медичної освіти характеризується варіативністю форм та методів навчання та контролю, гнучкістю та демократичністю взаємодії між викладачем і студентом. Саме це є основою засадничого принципу американської освітньої системи – академічної свободи. Цей принцип відображений і в ієрархії академічних посад в межах медичних шкіл США – ідея кар'єрного росту, окрім інших переваг, передбачає отримання академічної свободи, яка виражається в наукових дослідженнях, виборі методів навчання тощо. Якщо викладачі-початківці працюють за тимчасовими контрактами, то виконання низки вимог забезпечує просування

по кар'єрній ієрархії з кінцевим отриманням постійного контракту на працевлаштування. Ці вимоги включають наявність значної кількості опублікованих ґрунтовних наукових робіт, досвід педагогічної практики і виконання адміністративних обов'язків.

Система працевлаштування в медичних школах США характеризується повною прозорістю вимог та процедури відбору кандидатів, значною увагою до попереднього наукового та суспільного досвіду кандидата, необхідністю володіння високим рівнем комунікативної компетентності.

Наукові дослідження становлять необхідний компонент медичної освіти в США, озброюючи викладача останніми науковими знаннями, забезпечуючи викладання на високому рівні залучаючи до науково-дослідницької діяльності студентів, що робить процес навчання більш активним і ефективним.

Виконання наукових досліджень забезпечується тісною співпрацею між університетами та університетськими лікарнями. Наявність обов'язкової клінічної складової освітнього процесу є характерною особливістю медичної освіти. Наступність між медичною освітою і практикою забезпечується навчанням «біля ліжка хворого», в університетських лікарнях [489, с. 241].

Ще одним джерелом забезпечення активних комплексних наукових досліджень є інститут наставництва (менторства), який є неформальним партнерством між викладачами та студентами. Система наставництва забезпечує зв'язок між різними ланками вищої освіти, сприяє формуванню стратегічного, клінічного і наукового мислення студента чи викладача-початківця слугує джерелом ідей для використання нових методологічних прийомів, наукових досліджень.

Наставництво в медичних школах США не має чітко регламентованої структури, воно відіграє низку важливих функцій. По-перше, вона є засобом інтенсифікації наукових досліджень та включення майбутнього фахівця у ґрунтовні наукові пошуки. По-друге, воно забезпечує стабільне успішне професійне зростання самого педагога, пропонуючи позитивну мотивацію його діяльності та тісну співпрацю зі студентами, кар'єрний ріст якого стає особистим інтересом

самого наставника. По-третє, наставництво відіграє позитивну роль у формуванні багатьох необхідних якостей майбутнього випускника: роботи в команді, стратегічного і наукового мислення, комунікативних вмінь тощо. По-четверте, менторство забезпечує наступність та нерозривність різних етапів та ланок здобуття медичної освіти.

Інформатизація та глобалізаційні процеси ставлять нові вимоги до професійного зростання викладачів. Програми підвищення кваліфікації викладачів медичних шкіл США створення для ефективного реагування на ці вимоги. До основних викликів часу належать: зміни в сфері охорони здоров'я, в освітньому середовищі, виклики перед професорсько-викладацьким штатом. На загальнонаціональному рівні підвищеннями кваліфікації викладачів займаються професійні асоціації та організації. Окрім спеціальних установ і агенцій, у більшості медичних шкіл США існують окремі підрозділи, які відповідають за проведення курсів підвищення кваліфікації професорсько-викладацького штату. Вони можуть мати вигляд окремих відділів (наприклад, Академія медичних педагогів) чи підрозділами навчального чи іншого відділу. Загалом, діяльність програм підвищення кваліфікації педагогів медичного профілю в США здійснюється за такими напрямками: застосування технологій в освіті, академічне лідерство, розвиток професійної комунікації, розробка новітніх методик оцінювання, подолання конфліктних ситуацій, робота в полікультурному середовищі та інші.

Проведене нами дослідження, засноване на аналізі оригінальної літератури та Інтернет-ресурсів, дозволяє сформулювати наступні тенденції в розвитку системи підготовки викладача медичної школи:

1. Підготовка та перепідготовка викладача медичного профілю в США розглядається в системі безперервної освіти, утворюючи наступну схему: навчання в університеті – робота на посаді асистента викладача – участь в багаторівневих варіативних програмах розвитку професійно-педагогічної культури.
2. Оновлення змісту професійної підготовки майбутніх викладачів: впровадження інтегрованих курсів, педагогічної практики та наукових проектів, розширення професійно-педагогіч-

- ного блоку в докторських програмах для отримання ступеня доктора філософії в галузі педагогіки.
3. Розробка високих стандартів для бажаючих працювати в університеті на посаді викладача. Необхідним є проходження спеціальної педагогічної підготовки й отримання відповідного сертифікату.
  4. Стимулювання інтересу викладачів до безперервного підвищення професійної кваліфікації, яке виражається в диференційованій оплаті, наданні контракту на безстрокове працевлаштування та підвищення на посаді та ін.
  5. Розробка спеціальних програм поліпшення професійної соціалізації викладачів-початківців: організація індивідуального консультування, залучення їх в роботу професійних комітетів та асоціацій та ін.
  6. Професійно-педагогічна підготовка університетських викладачів, реформи в галузі вищої освіти є невід'ємною частиною соціально-економічної політики уряду США, на реалізацію якої виділяються значні фінансові кошти.

## **Розділ 4**

# **ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ**

### ***4.1. Компетентнісний підхід у підготовці лікарів у медичних школах США***

Характерною особливістю американських студентів є прагматичність думок і дій, розкутість, незалежність, прагнення до постійного самопізнання і саморозвитку, готовність приймати творчі автономні рішення. Значною мірою цього досягнуто завдяки використанню в практиці навчання і виховання двох базових підходів, притаманних американській медичній освіті – компетентнісного та особистісно-орієнтованого. Саме вони дають можливість розкрити справжні пізнавальні можливості кожного студента і відповідно до цього зробити навчальний процес різноманітнішим, цікавішим, комфортнішим, що, врешті-решт, підвищує ефективність навчання і задоволеність викладача своєю працею. У цьому параграфі зупинимося на детальному розгляді компетентнісного підходу в системі навчання лікарів у США.

В американській педагогічній науці компетентність центральним, вихідним визначальним поняттям. Більшість вчених вважає, що компетентність, по-перше, об'єднує інтелектуальну і навичкову складову, по-друге, в понятті компетентності закладена ідеологія інтерпретації змісту освіти, яка орієнтується на результат, по-третє, ключова компетентність має інтегративну природу, бо містить багато однорідних або споріднених умінь і знань, що належать до широких сфер культури і діяльності (інформаційної, медичної тощо).

Компетентнісний підхід ставить на перше місце не поінформованість людини, а вміння вирішувати проблеми, які виникають в процесі пізнання і пояснення явищ дійсності, при освоєнні сучасної техніки і технології, у стосунках людей, при оцінці власних вчинків, у правових нормах і адміністративних структурах, при виборі професії та оцінюванні своєї готовності до навчання в професійному навчальному закладі. Компетентнісний підхід допомагає орієнтуватися на ринку праці, при необхідності вирішувати власні проблеми: життєвого самовизначення, вибору стилю і способу життя та вирішення конфліктів.

Компетентнісний підхід підкреслює, що не слід протиставляти компетентності знанням, умінням і навичкам. Поняття компетентності ширше, воно включає не тільки когнітивну і операційно-технологічну складові (які відповідають знанням, навичкам та вмінням), а й мотиваційну, етичну, соціальну та поведінкову, а також результати навчання, систему ціннісних орієнтацій, звички тощо. Компетентності формуються в процесі навчання, і не тільки в освітньому закладі, а й під впливом сім'ї, друзів, роботи, політики, релігії, культури та інших чинників. У зв'язку з цим реалізація компетентнісного підходу залежить від цілої освітньо-культурної ситуації, в якій живе і розвивається студент [88, с. 39].

У 1999 році Рада з акредитації вищої медичної освіти обрала та схвалила набір компетентностей з метою визначення основних навичок, якими повинен володіти практикуючий лікар. Ці шість основних компетентностей (Core Competencies) було розроблено як спосіб формування та оцінювання підготовки випускників резидентури, тобто на виході. Основні компетентності, визначені Радою, включають: здатність лікаря надавати медичні послуги високого рівня для діагностики та лікування захворювань; пропонувати та впроваджувати стратегії постійного зміцнення здоров'я та покращення самопочуття пацієнтів; надавати консультації та ресурси для запобігання захворюванню пацієнтів; забезпечувати не тільки фізичне лікування, а й емоційну підтримку. Ці компетентності включають: навчання через практику, догляд за пацієнтами, системне навчання,



медичні знання, міжособистісні та комунікативні вміння, професіоналізм [369, с. 96].

У 2011 році Американська асоціація лікарень (American Hospital Association – АНА) дала вказівку своїм регіональним радам з питань політики переглянути набір обов'язкових компетентностей, обраних Акредитаційною радою з вищої медичної освіти (Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME) та Американською радою медичних спеціальностей (American Board of Medical Specialties – ABMS). Учасники цього проекту повинні були визначити, наскільки актуальними залишилися шість попередньо визначених компетентностей та які нові навички і вміння лікарів стали необхідними у новому реформованому середовищі охорони здоров'я за умов глобалізації та інформатизації. Висновки були зроблені на основі інформації, наданої Опікунською радою АНА, консультативним комітетом Форум лікарів-лідерів, робочою групою АНА, а також радами регіональної політики, численними організаціями, що беруть участь у наданні освітніх послуг на післядипломному етапі та в межах безперервної медичної освіти, органами акредитації та сертифікації, включаючи ACGME, ABMS, Радою з акредитації безперервної медичної освіти, Асоціацією американських медичних коледжів, Американською медичною асоціацією, Американською остеопатичною асоціацією тощо.

Окрім попередніх шести компетентностей, учасники визначили головні вміння, необхідні для фахівця XXI століття: лідерські якості, здатність працювати в міждисциплінарній команді, повага до особистості та кваліфікації інших працівників, емоційна компетенція з емпатією, тайм-менеджмент, управління конфліктними ситуаціями, розуміння культурного та економічного розмаїття, здатність ефективно надавати паліативну допомогу, управляти ресурсами, ефективно організовувати зворотний зв'язок [273, с. 404]. Окрім нового переліку компетентностей лікаря XXI століття, Американська асоціація лікарень запропонувала рекомендації щодо формування такого фахівця.

Зі сторони університетських лікарень:

- створення середовища, яке б сприяло розвитку та постійній підтримці сформованих компетентностей, які розглядаються не як ізольований конструкт, а як частина постійного прогресу фахівця;
- забезпечення зворотного зв'язку зі сторони лікарень щодо діяльності молодих фахівців та надання їм інструментів для вдосконалення, впровадження системи моніторингу динаміки професійного просування колег, роботи комітетів з контролю за діяльністю та успіхами фахівців, привілеювання висококваліфікованого медичного персоналу;
- регулярне залучення фахівців до програм підвищення кваліфікації, проектів з передових досягнень медицини й освіти;
- використання симуляційних центрів не повинне обмежуватися лише навчанням, а й поширюватися на навчання роботи в команді, покращення комунікативних вмінь та навичок міжособистісного спілкування;
- ширше застосування інформаційних технологій у навчальному процесі;
- навчання з урахуванням усього різноманіття середовищ, з яких походять пацієнти;
- використання міждисциплінарного підходу до навчання;
- пріоритетність якості надання послуг та забезпечення безпеки пацієнтів;
- орієнтація на потреби і бажання пацієнтів.

Зі сторони університетського середовища:

- удосконалення методології оцінювання рівня підготовки вступників та перегляд навчальних програм домедичного етапу підготовки з метою відповідності компетентностям на виході;
- зниження навчального навантаження з паралельним впровадженням навчальних програм наук про колективну роботу, поліпшення якості, інформаційну культуру та безпеку пацієнтів;

- забезпечення високого рівня підготовки викладацько-дослідницького персоналу медичних шкіл;
- використання соціальних медіаресурсів та інших технологій для розширення можливостей навчання;
- націлення студентів на те, що навчання є процесом тривалістю в усе життя, тобто на безперервність освіти;
- активізація діяльності професійних товариств [273].

Виходячи з названих компонентів компетентності та комплексних вмінь, якими повинен володіти фахівець медичного профілю, виділяємо такі складові професійної компетентності студента медичного профілю:

- 1) предметна (практична, діагностична, прогностична, профілактична);
- 2) комунікативна;
- 3) деонтологічна;
- 4) дослідницька;
- 5) загальнокультурна;
- 6) соціальна;
- 7) інформаційна.

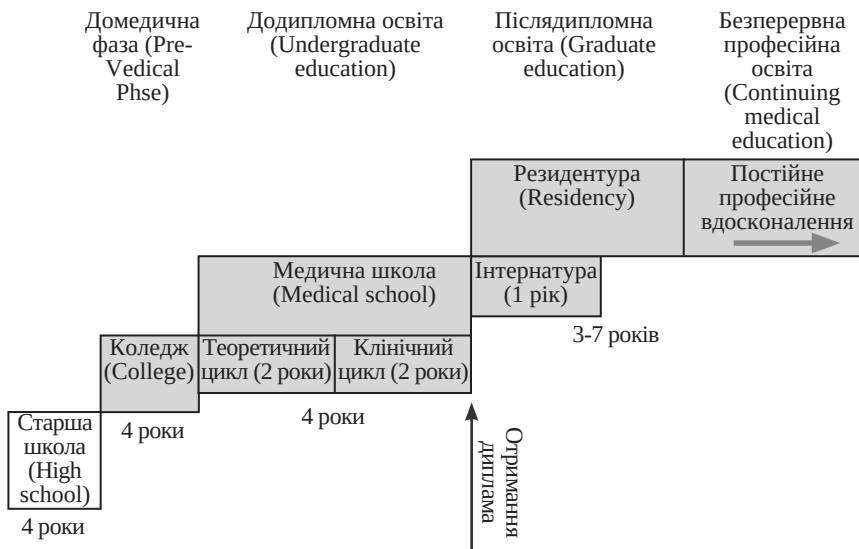
Підсумовуючи зазначене вище можна стверджувати, що медична освіта у США ґрунтується на двох підходах – особистісно-орієнтованому та компетентнісному, які реалізовано на всіх етапах підготовки фахівців, шляхом вибору різнопланових форм навчальної, дослідницької, виховної роботи. Узагальнення основних заходів з формування компетентного фахівця відображено в таблиці 4.1.

Медична освіта в США – це процес тривалого і безперервного навчання, що починається з моменту вступу до вищого медичного навчального закладу (ВМНЗ) і триває протягом усієї професійної діяльності (рис. 4.1). Отримання освіти в медичному університеті вимагає від абітурієнтів високої мотивації до майбутньої професії і відповідної природничо-наукової підготовки.

Вивчення американського досвіду показало, що в цій країні розроблено і впроваджено чіткі критерії вступу в медичні університети,

Таблиця 4.1. Теоретично-методичні засади професійної підготовки фахівців медичного профілю в США

<b>Професійна підготовка майбутніх лікарів</b>	
<b>Особистісно-орієнтований підхід</b>	<b>Компетентнісний підхід</b>
Розвиток індивідуальності студента шляхом створення найсприятливіших умов для його прогресу через впровадження таких заходів:	Формування всіх компонентів професійної компетентності відбувається через впровадження таких заходів:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) планування індивідуального шляху професійного розвитку кожного студента шляхом використання широкої мережі відділів кар'єрного планування і професійного консультування;</li> <li>2) залучення кожного студента до індивідуальних та групових занять з усвідомленням значущості кожного учасника команди і чітким розподілом ролей;</li> <li>3) можливість вільного вибору кожним студентом значної кількості елективних курсів, темпів вивчення різних дисциплін;</li> <li>4) урахування та залучення попереднього особистого досвіду кожного студента;</li> <li>5) розвиток творчого потенціалу студента завдяки використанню форм роботи, які спрямовані на розвиток креативності;</li> <li>6) значний вибір навчальних програм (індивідуальних та комбінованих), додаткових сертифікаційних курсів, семінарів</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) прослуховування обов'язкового циклу теоретичних і клінічних дисциплін;</li> <li>2) проходження обов'язкової клінічної практики;</li> <li>3) здійснення наукових досліджень у межах обов'язкового проекту;</li> <li>4) навчання в умовах полікультурного середовища;</li> <li>5) участь у волонтерських проєктах, програмах обміну тощо;</li> <li>6) участь у сертифікаційних програмах, елективних курсах тощо</li> </ol>



**Рис. 4.1. Основні етапи професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США.**

які суттєво відрізняються від переліку вимог в українських медичних навчальних закладах та дозволяють встановити професійну придатність, готовність, вмотивованість абітурієнта ще на етапі зарахування до медичної школи. У зв'язку з цим вважаємо за доцільне ретельне вивчення досвіду США у цьому аспекті.

Наприкінці XIX – на початку XX століття в світовому освітньому просторі виникла гостра історична потреба у появі та розвитку профорієнтації, нового напрямку педагогіки і психології, спрямованого на допомогу молодим людям у виборі професії, що було зумовлено бурхливим зростанням світової економіки й інтенсивним збільшенням кількості професій.

США вважають країною-родоначальником профорієнтації. У 1908 році в м. Бостон відомий реформатор і просвітитель К. Пірсон організував першу профконсультаційну агенцію. Він же розробив першу наукову концепцію профорієнтації, ідеї якої згодом лягли в основу теорій профорієнтації американських вчених А. Маслоу,

С. Гінсбурга, Д. Сьюпера та інших. Сьогодні система профорієнтації в США характеризується множинністю організаційних схем і високим ступенем децентралізації [43, с. 65].

Провідну роль у системі профорієнтації в США відіграє школа, зокрема психолого-педагогічна консультативна служба «Гайденс» (Guidance), що функціонує у всіх школах США. До складу «Гайденс» входять кілька служб:

- 1) інвентарна служба, що займається збором інформації про кожного учня;
- 2) служба інформації для учнів за трьома напрямками: навчальним, професійним та особистісно-соціальним;
- 3) служба консультування, що відповідає за процес індивідуальних і групових консультацій з учнями;
- 4) служба працевлаштування, що надає сприяння випускникам при працевлаштуванні;
- 5) служба контролю, яка виконує збір відомостей про долі випускників шкіл.

Роботу служби «Гайденс» здійснюють профконсультанти – дипломовані фахівці в галузі профконсультування [50, с. 9].

Професійне консультування в школах США здійснюється протягом усього навчання учня, відповідно до Закону про професійні консультації 1981 року. На кожного учня профконсультант заводить окрему особову карту, яку, за його згодою, передають у службу зайнятості після закінчення школи. Також профконсультант ознайомлює учнів з усім спектром професій і шляхами їх здобуття, надає допомогу в пошуку інформації про зміст професій та вимоги до них, координує роботу шкільних вчителів з профорієнтації, допомагає батькам у виявленні й розвитку інтересів і нахилів їхніх дітей [50, с. 10].

Нове покоління американців цінує в роботі захоплюючість і можливість кар'єрного зростання не менше, ніж фінансову сторону. У відповідь на нові потреби молоді з'явилося багато освітніх програм (наприклад, «Від школи до роботи» («School-to-Career»)), метою яких є поліпшення підготовки американської молоді до са-

мостійного трудового життя [50, с. 10]. Також істотну роль у професійному самовизначенні американських школярів відіграє розроблена в 1998 році інформаційна мережева база даних (Occupational Information Network). У ній найповніше представлені відомості про професії. Інформація про кожну професію містить наступні пункти: зміст діяльності, умови роботи, відповідність кваліфікаційним вимогам, засоби діяльності, вимоги до професійних якостей, професійна освіта, медичні протипоказання, родинні професії, а також перелік навчальних закладів, у яких готують тих чи інших фахівців [376, с. 78]. Наявність такої бази даних дозволяє учням самостійно вивчати професії та аналізувати відповідність своїх інтересів, схильностей та здібностей вимогам професій. Запорукою успішного функціонування системи профорієнтації в США є різноманітність теоретичних концепцій і навчальних програм з практичної підготовки школярів до вибору професії, безперервність профорієнтаційної роботи в школі і широке використання інформаційних ресурсів.

З огляду на вищеперераховане можна стверджувати, що система професійної орієнтації в США є важливим механізмом професійного самовизначення абітурієнта. Завдяки налагодженій мережі консультаційних установ (незалежних, шкільних чи університетських), масштабному застосуванню інформаційних технологій та інструментарію психології у США майбутні студенти мають змогу оптимально оцінити власні психологічні ресурси, здібності й вподобання для обрання майбутньої професії та ефективної підготовки до зарахування у ВНЗ.

Вступ до медичної школи в США є складним і тривалим процесом, особливо для студентів з інших країн. Окреслимо загальні вимоги медичних шкіл для абітурієнтів:

1. Попереднє здобуття ступеня бакалавра з обов'язковим проходженням курсів біології та хімії. Деякі школи також вимагають вивчення гуманітарних наук, англійської мови, математики, природничих дисциплін на етапі бакалаврату.
2. Проходження курсу домедичної підготовки (Pre-Medical Studies).

3. Високі результати іспиту MCAT, обов'язкового тесту для вступу в медичні школи США.
4. Для абітурієнтів з інших країн високі результати за іспит на знання англійської мови – TOEFL, IELTS або інших.

Консультанти з питань зарахування до медичних шкіл США при ААМК (Асоціації американських медичних коледжів) також зазначають, що вступник повинен уважно ознайомитися з усіма вимогами ВНЗ, які часто відрізняються від стандартних. Окремі медичні школи вимагають складання додаткових тестів, іспитів та проходження співбесіди, які проводять безпосередньо представники навчального закладу. Окрім цього, необхідними є рекомендаційні листи: один лист від Консультаційного комітету з домедичної підготовки або кілька листів від принаймні одного науковця та практикуючого лікаря.

Більшість медичних шкіл США вимагають від абітурієнтів попереднього отримання ступеня бакалавра в галузі однієї з біологічних наук, але з цього правила є винятки. У 2005 році близько 40 % вступників до медичних шкіл отримали ступінь бакалавра з інших галузей, крім біології та спеціалізованих наук про здоров'я [319]. Проте всі вступники повинні прослухати курс дисциплін з лабораторними заняттями з біології, загальної хімії, органічної хімії та фізики. Деякі медичні школи ставлять додаткові вимоги щодо академічних дисциплін: там обов'язковим є вивчення курсу з біохімії, генетики, вищої математики, психології та англійської мови. Загалом, американські медичні школи вимагають щонайменше 90 кредитів навчання в акредитованому коледжі чи університеті. Залежно від популярності медичної школи, мінімальний набір кредитів може змінюватися. Наприклад, перелік мінімальних вимог для вступу до Медичної школи при Університеті Джонса Гопкінса (Johns Hopkins University) такий:

- а) біологія – щонайменше 12 академічних кредитів: 4 з генетики та 8 із загальної біології з лабораторною роботою;
- б) хімія – щонайменше 16 академічних кредитів: 4 з органічної хімії з лабораторною роботою, 4 з біохімії, 8 із загальної хімії;



- в) гуманітарні, соціальні та біхевіористичні науки – щонайменше 24 академічних кредити;
- г) математика – щонайменше 6 академічних кредитів з курсу матаналізу або статистики;
- г) фізика – 8 академічних кредитів з курсу загальної фізики з лабораторною роботою [446].

Паралельно з отриманням ступеня бакалавра студенти, додатково до основної програми, повинні прослухати курс домедичної підготовки. Як правило, запис на цю програму відбувається не раніше 4–5-го семестру навчання на бакалавраті. Для цього студент повинен звернутися до університетської служби допрофесійної консультації з охорони здоров'я (Pre-Professional Health Programs Advising), в якій у ході ретельної співбесіди консультант з'ясує, яку саме галузь медицини хоче обрати студент. Від вибраної медичної спеціальності залежить іспит, який студент повинен скласти після проходження курсу домедичної підготовки. Наприклад, більшість майбутніх лікарів повинні скласти іспит MCAT, стоматологи – DAT. Саме тип іспиту визначає курси (дисципліни), які студент вивчатиме на програмі домедичної підготовки. Як правило, детальна інформація про типи програм і відповідних курсів подається на сайтах університетів. Тривалість програми домедичної підготовки не є чітко регламентованою і визначається темпом складання іспитів самим студентом. Додаткові заняття з програми домедичної підготовки є безкоштовними для всіх студентів у більшості університетів США, студент оплачує лише основну бакалаврську програму.

Домедична підготовка включає заходи, які готують студента до вступу до медичної школи: проходження обов'язкових дисциплін; волонтерська діяльність; клінічний досвід; наукове дослідження та процес подання заявки до медичної школи. Деякі програми домедичної підготовки, які передбачають ширшу підготовку, називають допрофесійними програмами (preprofessional programs), вони можуть одночасно підготувати студентів до вступу у різноманітні заклади освіти (такі як медичні, ветеринарні та фармацевтичні ВНЗ). Деякі програми допрофесійної освіти в галузі сільського господарства го-

тують студентів до безпосереднього працевлаштування в сферах, які мають найбільший попит, але водночас ці програми задовольняють вимоги зарахування до медичних та ветеринарних шкіл [428]. Така модель навчання спрямована на підвищення шансів на працевлаштування випускників, поки вони очікують на зарахування або якщо вирішують не вступати до медичної школи.

У більшості коледжів та університетів на етапі домедичної підготовки студенти не мають можливості обирати основні та факультативні дисципліни. Особлива увага зосереджується на певних дисциплінах, необхідних для складання іспиту MCAT. Це, як правило, біологія, загальна хімія, органічна хімія, неврологія та фізика, тобто дисципліни, що задовольняють вимоги більшості медичних шкіл [427].

Однак в останні роки збільшується кількість студентів з попередньою гуманітарною освітою і медичні школи враховують цю тенденцію при формуванні вимог до зарахування [370]. Наприклад, у Медичній школі Гори Синай (Mount Sinai School of Medicine) створено програму спеціально для абітурієнтів з попередньою гуманітарною освітою. Так звана програма гуманітарних та медичних наук передбачена для навчання студентів, які спеціалізуються на гуманітарних та суспільних науках, не вимагаючи MCAT або курсової роботи [347].

На етапі домедичної підготовки впродовж першого року навчання студенти структурують свій навчальний план так, щоб охопити всі необхідні курси. Після першого семестру навчання багато студентів розпочинають позааудиторну діяльність, яка демонструє їх захоплення медициною. Після завершення навчання в межах домедичної підготовки студенти реєструються і складають іспит MCAT – обов'язковий стандартизований іспит, який медичні школи використовують для визначення кваліфікації абітурієнтів [370].

Успішне складання стандартизованого іспиту MCAT є важливою вимогою до зарахування до медичної школи. Комплексний стандартизований іспит з медицини – це уніфікований вступний

тест, який, окрім США, поширений у Великій Британії, Австралії, Ірландії, частинах Західної Європи та Канаді. Він призначений для оцінки аналітичних здібностей абітурієнта та його знань у галузі біології, хімії та інших природничих наук перед початком навчання у ВМНЗ. Екзамен проводиться Асоціацією американських медичних коледжів з 1928 року. Тестування оцінюється в діапазоні від 472 до 528 (від 118 до 132 балів за кожен секцію). Результати іспиту MCAT повідомляють абітурієнтам приблизно через тридцять днів після тесту через веб-додаток ААМК «Історія тестування MCAT» (MCAT Testing History).

Тест, оновлений у 2015 році, складається з чотирьох розділів і проводиться у такій послідовності:

- а) хімічні та фізичні основи біологічних систем;
- б) критичний аналіз та навички обґрунтування;
- в) біологічні та біохімічні основи живих систем;

г) психологічні, соціальні та біологічні основи поведінки (табл. 4.2).

Запитання із усіх чотирьох розділів викладено у формі тесту множинного вибору. На кожен розділ виділяється 90 або 95 хвилин на 50–60 запитань. Весь іспит, включаючи перерви, триває приблизно 7,5 годин [469]. Інформація для розділів з кожної науки передбачає володіння однією з десяти фундаментальних концепцій та однією з чотирьох навичок наукових досліджень та обґрунтування [498].

*Таблиця 4.2. Змістова структура стандартизованого іспиту MCAT*

Розділ	Кількість запитань	Відведений час, хв
Хімічні та фізичні основи біологічних систем	59	95
Критичний аналіз та навички обґрунтування (CARS)	53	90
Біологічні та біохімічні основи живих систем	59	95
Психологічні, соціальні та біологічні основи поведінки	59	95

Розділ «Хімічні та фізичні основи біологічних систем» перевіряє знання абітурієнта з хімії та фізики в галузі біологічних систем, що вимагає розуміння органічної та неорганічної хімії, біологічної фізики, а також загальної біології та біохімії. Зокрема, цей розділ зосереджений на фізичних принципах, що лежать в основі біологічних процесів та хімічних взаємодій у живих системах. Розуміння методів дослідження та статистики також важливе для успішного складання цієї частини іспиту [498].

Розділ критичного аналізу та навичок обґрунтування містить фрагменти текстів із запитаннями, що оцінюють вміння абітурієнта швидко, точно й ефективно працювати з текстовою інформацією. Фрагменти текстів обсягом 500–600 слів можуть охоплювати теми з соціальних та гуманітарних наук, іноді викладених у спотвореному чи упередженому вигляді, що вимагає від читача розгляду написаного з різних точок зору. Тексти, призначені для обговорення тем, не знайомі читачеві, а успіх у цьому розділі вимагає строгого використання інформації з конкретного тексту без залучення раніше відомих знань [263].

Розділ «Біологічні та біохімічні основи живих систем» призначений в основному для тестування знань з біології та біохімії, але потребує також розуміння органічної та неорганічної хімії. Студенти повинні відповісти на запитання про функції біомолекул, унікальні для живих організмів процеси, організацію біологічних систем. Розуміння методів дослідження та статистики також важливе для успішного проходження цього розділу [498].

Розділ «Психологічні, соціальні та біологічні основи поведінки» перевіряє знання з психології та соціології. Студент повинен продемонструвати своє розуміння поведінкових і соціокультурних детермінант здоров'я. Ці специфічні знання включають поведінку та поведінкові зміни, сприйняття себе та інших людей, культурні та соціальні відмінності, які впливають на добробут людини та соціальну стратифікацію [498].

У межах чотирьох розділів іспиту MCAT перевіряють сформованість чотирьох груп наукових навичок та вмінь:

- 1) знання наукових концепцій та принципів (розуміння наукових концепцій та принципів; вміння визначати відносини між тісно пов'язаними поняттями);
- 2) наукове обґрунтування та розв'язання завдань (знання наукових принципів, теорій та моделей; вміння здійснювати аналіз та оцінку наукових тверджень та прогнозів);
- 3) розробка та виконання наукових досліджень (розуміння важливих складових наукових досліджень; знання етичних проблем досліджень)
- 4) обґрунтування даних та статистичної інформації (інтерпретація даних, представлених у таблицях, цифрах та графіках; вміння підводити підсумки на основі аналізу статистичних та лабораторних даних) [286].

Окрім об'єктивних критеріїв зарахування, багато медичних шкіл вимагають, щоб абітурієнти мали унікальний досвід роботи в громадських закладах охорони здоров'я, на волонтерській роботі, у міжнародних наукових дослідженнях тощо. Багато студентів домедичної підготовки добровільно відвідують заклади охорони здоров'я з метою подальшого професійного самовизначення. Попередній досвід волонтерської роботи може збільшити шанси абітурієнта на зарахування до медичної школи. [451]. Часто саме цей досвід є основною темою під час співбесіди [327]. Деякі студенти навчаються в практикуючих лікарів, безпосередньо спостерігаючи за ними під час догляду за пацієнтами («shadow doctor») [265].

Абітурієнти подають уніфіковані заявки у всі медичні школи США через спеціалізовані системи, зокрема, через Службу заявок американських медичних коледжів (AMCAS – American Medical College Application Service). Вони заповнюють стандартну форму, що включає особисту інформацію про себе та свою сім'ю, всі навчальні заклади, які вони відвідували, предмети, які вивчали, оцінки, різні види діяльності, які безпосередньо стосуються медицини, наявні рекомендаційні листи. Наступний крок у заповненні форми передбачає вибір абітурієнтом навчальних закладів, до яких він планує подати заявку. Після цього додаються 1–3 мотиваційні лис-

ти залежно від програми та рівня навчання. Вступникам на програмі MD або PhD необхідно подати особистий мотиваційний лист (Personal Comments Essay), магістерське чи докторське есе (MD / PhD. essay), а також есе з описом наявного у студента дослідницького досвіду (Significant Research Experience Essay). Мотиваційний лист абітурієнта є його основною можливістю описати причини вступу в медичну школу. Якщо співбесіда передбачена, то вона слугує додатковим способом показати суб'єктивні сильні сторони, які має кандидат.

Первинні заявки AMCAS перевіряють співробітники AMCAS, цей процес часто триває від чотирьох до шести тижнів [370]. Процедура розгляду документів складається з перегляду академічних досягнень абітурієнта, його оцінки MCAT, інших видів діяльності, досвіду клінічної роботи та особистої заяви [447]. Кандидати очікують на відповідь медичної школи протягом декількох місяців. Після цього вони можуть отримати так звані «вторинні заявки». Різні школи мають різну політику щодо вторинних заявок студентів; одні ВНЗ надсилають їх усім студентам, які подали документи, інші – спочатку вивчають документи абітурієнта, перш ніж надсилати вторинну заявку. Вторинні заявки створює кожна школа окремо. Вони, як правило, містять перелік запитань, на які заявник повинен відповісти, щоб продемонструвати володіння якостями, які школа вважає необхідними для того, щоб стати кваліфікованим лікарем. Найуспішніші заявники можуть очікувати на отримання запрошень на співбесіду. Після співбесіди та відправлення всіх необхідних додаткових матеріалів заявка вважається завершеною, і студент чекає на рішення медичної школи [228].

Таким чином, з огляду на досвід провідних медичних шкіл США з відбору та прийому абітурієнтів на навчання, а також існуючий досвід і процес реформування медичної освіти в Україні, вважаємо логічним перенесення певних аспектів реформування медичної освіти США в нашу реальність. Для вступу до ВНЗ необхідні поглиблені знання природничо-наукових дисциплін, що є основою для вивчення базових біомедичних і клінічних наук, оскільки від-

повідна підготовка за природничим напрямом повинна визначати готовність абітурієнта навчатися в медичному навчальному закладі. Окрім цього, вважаємо, що ВМНЗ в Україні слід розробити і впровадити чіткі правила або політику відбору та прийому абітурієнтів, систему інтерв'ю (співбесіди) і рекомендацій, що підвищують вимоги до прийому претендентів для навчання. Також вважаємо за доцільне розглянути можливість розробки і впровадження вступних іспитів для ВМНЗ, що включають тести для оцінки психологічних особливостей та здібностей кандидатів, необхідних для майбутньої професійної діяльності.

Як бачимо, зарахування до медичної школи в США є тривалим, складним та комплексним процесом, який вимагає від абітурієнта ґрунтовної предметної, психологічної та комунікативної підготовки. Сам навчальний процес може відрізнятись залежно від обраного ВМНЗ, проте існують певні загальні закономірності. Розглянемо особливості підготовки лікарів на додипломному етапі.

Традиційно перші два роки навчання у медичній школі, так звана доклінічна фаза, передбачають вивчення курсів фундаментальних та клінічних медичних наук, таких як анатомія, біохімія, гістологія, мікробіологія, фармакологія, фізіологія, кардіологія, пульмонологія, гастроентерологія, ендокринологія, психіатрія, неврологія. Завершення доклінічної фази полягає у складанні іспиту Крок 1 (Step 1 USMLE) при медичній ліцензійній комісії.

Здебільшого, доклінічне навчання поділяється на два етапи: на першому курсі відбувається вивчення фундаментальних дисциплін, на другому курсі – клінічних дисциплін. Особливо поширеною ця практика стала з середини 2000-х років, коли було впроваджено навчальний план, що будується на вивченні систем органів («systems-based curriculum»), за яким студенти вивчають короткі курси, присвячені окремій функціональній системі, а відповідні теми з інших дисциплін, таких як фармакологія, інтегровані в основний навчальний план.

Загалом проблема розробки навчальних планів та програм у медичних школах постала досить гостро, оскільки існує кілька різних підходів, кожен з яких має свої переваги та недоліки. Автономія ме-

дичних шкіл США дає можливість кожній обрати зручний та відповідний до її програмних цілей метод розробки навчальних програм (табл. 4.3).

**Таблиця 4.3. Особливості укладання навчальних програм у медичних школах США**

Параметр	Організаційна схема		
	на основі навчальної дисципліни	на основі системи органів	на основі скарги пацієнта
Управління процесом	Здійснюється кафедрою з незначним впливом головного керівництва	Необхідна певна участь головного керівництва	Необхідна значна участь головного керівництва
Кадрово-адміністративна складова	Навчальна програма ефективна, участь значної кількості працівників не є необхідною. Члени кафедри залучені лише в межах дисциплін кафедри	Навчальна програма ефективна, але необхідна участь певної кількості працівників кафедри. Вибір відповідальних працівників може бути проблематичним	Необхідна участь значної кількості працівників, щоб охопити весь діапазон скарг пацієнтів
Контекстне представлення матеріалу	Інформація, як правило, представлена у форматі, відмінному від формату оцінки її засвоєння	Інформація представлена більш контекстно	Інформація представлена повністю контекстно
Закріплення представленого матеріалу	Закріплення не відбувається, окрім спеціально створених професійних ситуацій, які лише частково відображають предмет вивчення дисципліни	Закріплення не відбувається, окрім спеціально створених професійних ситуацій	Закріплення відбувається за рахунок інтеграції засвоєного матеріалу з новими знаннями



Третій і четвертий роки підготовки складаються з клінічної практики, яку іноді називають субординатурою чи субінтернатурою (subinternship), в ході якої студенти вивчають клінічні випадки пацієнтів у лікарнях та клініках. Ця практика, як правило, проходить в університетських лікарнях, іноді в громадських та приватних клініках. На третьому курсі обов'язковим є проходження практики з акушерства та гінекології, педіатрії, психіатрії, сімейної медицини, внутрішньої медицини та хірургії. На четвертому курсі студенти, зазвичай, проходять практику з кількох факультативних і кількох обов'язкових дисциплін і складають іспит Крок 2 (Step 2).

Четвертий рік навчання у медичній школі включає в себе додаткові клінічні стажування (clinical clerkship), що тривають в середньому 4 тижні на ротацию (рис. 4.2). Студенти мають значну свободу в підборі цих служб, що дозволяє їм отримати досвід у різних вузькоспеціалізованих галузях, консультаційних центрах, амбулаторіях. Стажування, або субінтернатура, є обов'язковою вимогою четвертого року навчання. Воно полягає в практиці випускника як члена медичної команди під суворим контролем слухача резидентури і лікаря. Під час стажування студенти відповідають за документальне оформлення медичних записів, виконання процедур, напи-

<b>1–2 рік навчання</b>	<b>Теоретична складова</b>	<b>Клінічна складова</b>	<b>3 рік навчання</b>
Анатомія Фармакологія Біохімія Основи психіатрії Фізіологія Гістологія Патологія Ембріологія			Терапія Хірургія Акушерство і гінекологія Психіатрія
<b>КРОК 1</b>			<b>4 рік навчання</b> Клінічні стажування
			<b>КРОК 2:</b> 1 Тест 2. Клінічні вміння

Рис. 4.2. Зміст навчання майбутніх лікарів на додипломному етапі в США

сання медичних розпоряджень, проведення обходів та спілкування з фахівцями суміжних медичних наук. Рекомендаційні листи, які випускник подає для проходження резидентури, наступного етапу навчання, в основному ґрунтуються саме на успіхах студента під час стажування.

Після закінчення медичної школи студент отримує кваліфікацію лікаря та ступінь доктора медицини чи остеопатичної медицини, але не може практикувати самостійно без проходження стажування в ін-тернатурі та складання іспиту Крок 3 (Step3 USMLE) (для MD) або COMLEX (для DO). Лікарі зі ступенем доктора медицини чи остеопатичної медицини мають однаковий доступ до практики в США.

На кожному з етапів додипломного навчання лікарів у медичних школах США простежується послідовне втілення засад компетент-нісного підходу до навчання. Зупинимось на розгляді особливостей його реалізації на прикладі деяких провідних ВМНЗ країни.

Важливим аспектом формування професійної компетентно-сті студента Медичної школи Гарвардського університету є участь в академічних організаціях. Інститут Академічного товариства (Academic Society) було створено з метою продовження 230-річної традиції співпраці між студентами та викладачами, забезпечення підходу до медичної освіти на базі спілок та організаційної структу-ри, яка допомагає студентам повною мірою скористатися великою кількістю можливостей, наявних у Медичній школі. До складу то-вариств входять досвідченіші викладачі, студенти усіх років на-вчання та координатори різних навчальних програм, які заохочують особисте зростання та колегіальність через систему академічних консультацій та низку додаткових програм. Крім того, товариства сприяють навчанню в малих групах і оцінюванню за допомогою колег, щоб допомогти студентам розробити підхід, що базується на команді, у практичній медицині. Кожному студенту призначають первинного консультанта в межах свого товариства, який впродовж усього академічного просування студента є посередником між його консультантами з питань навчання, позааудиторних форм роботи, досліджень, кар'єрного росту та інших форм роботи. Академічні то-

вариства слугують для втілення головних завдань Медичної школи Гарвардського університету: створення та виховання спільноти людей, які прагнуть до лідерства у боротьбі з людськими стражданнями, викликаними хворобою.

Кожен студент Медичної школи в перший рік навчання обирає одне з п'яти академічних товариств: товариство імені У. Б. Кеннона (Walter Bradford Cannon Society), товариство імені У. Б. Касла (William Bosworth Castle Society), товариство імені О. У. Голмса (Oliver Wendell Holmes Society), товариство імені І. М. Лондона (Irving M. London Society), товариство імені Ф. У. Пібоді (Francis Weld Peabody Society). Студенти-медики залишаються членами свого товариства протягом усього терміну перебування в Медичній школі Гарвардського університету. Кожне товариство зараховує трохи більше, ніж 40 студентів першого року навчання і приблизно 35 студентів у кожному з наступних років. Важливо, що участь в академічному товаристві є обов'язковою, по суті, вона визначає навчальний план кожного учня.

Кожне з товариств має своє власне спрямування, яке визначає організацію навчального процесу, пропонувані елективні курси та акцент на певних аспектах медичної допомоги. Специфіка навчання в межах кожного товариства така: товариство імені У. Б. Кеннона займається питаннями біологічних ресурсів, систематичними дослідженнями в межах доказової медицини; товариство імені У. Б. Касла спеціалізується на питаннях громадського здоров'я, розробці наукових досліджень та їх підтримці; товариство імені О. У. Голмса займається питаннями історії медицини, громадського здоров'я та підтримкою наукових досліджень; в межах товариства імені І. М. Лондона акцент робиться на біоінформаційній підтримці медицини; товариство імені Ф. У. Пібоді концентрує діяльність довкола питань доказової медицини.

У цьому контексті варто розглянути дві важливі сторони роботи зі студентами. Перший аспект полягає у значній ролі бібліотек у навчальній діяльності в межах кожного товариства. Працівники бібліотек кожного товариства пропонують унікальну

перспективу та демонструють значний особистий досвід у навчанні студентів. Кожен з них має глибоку професійну підготовку з передових дисциплін і багаторічний досвід роботи з інформаційними ресурсами. Окрім пошуку власне навчальної та наукової літератури, бібліотекарі допомагають студентам з роздатковим матеріалом та інструкціями для роботи у малих групах, надають підтримку в роботі з науковими публікаціями та проведенням наукових досліджень, консультують з питань літератури з доказової медицини, навчальних планів тощо.

Другим важливим аспектом є диференціація навчальних програм в межах ступеня доктора медицини (MD) (див. рис. 4.1). На даний момент існує два види навчальних програм: «Шляхи» (Pathways) та «Науки про здоров'я і технології» (Health Sciences & Technology – HST). Програма «Шляхи» включає педагогічні підходи, які сприяють активному навчанню та критичному мисленню, більш ранньому клінічному досвіду, впровадженню передових клінічних та демографічних підходів, а також індивідуалізованому науковому проекту, який дозволить кожному студенту спланувати власний шлях (pathway) до ступеня доктора медицини. Ця програма реалізована товариствами імені У. Б. Кеннона, У. Б. Касла, О. У. Голмса та Ф. У. Пібоді

Програму «Науки про здоров'я і технології» пропонують спільно Медична школа Гарвардського університету і Массачусетський технологічний інститут (MIT). Вона зорієнтована на студентів, які виявили інтерес до кар'єри в галузі біомедичних досліджень, у фізичній або молекулярній науці. Навчальний план має за мету підкреслити базове і кількісне розуміння сучасних біомедичних наук і патофізіологічних процесів та необхідність фундаментального підходу до важливих концепцій у сучасній біології і біотехнології. Цю програму втілено товариством імені І. М. Лондона [400].

Розглянемо кожну з навчальних програм детальніше. У навчальній програмі «Шляхи» фундаментальні науки включені в програму для формування компетентного фахівця. Ця складова вводиться до вивчення клінічної частини, яку починають вивчати після інтенсив-

ного курсу клінічної практики. Третій і четвертий роки навчання зосереджено на вивченні вузьких клінічних дисциплін: елективних курсів з базових та трансляційних наук, соціальної медицини, фармакології та гуманітарних медичних наук; виконанні індивідуальних, наукових проєктів; субінтернатурі та складанні ліцензійних іспитів.

Програма «Науки про здоров'я і технології» спроектована для студентів, які в майбутньому планують мультидисциплінарні наукові дослідження в академічній медицині. Навчальний план, дослідження та клінічна практика спрямовані на підготовку студентів і до клінічної, і до наукової діяльності, водночас з догляду за пацієнтами і в галузі біомедичних досліджень. Ступінь доктора медицини в межах цієї програми можна здобути протягом чотирьох років, але більшість студентів надають перевагу більш інтенсивним дослідженням, що вимагає розширення програми до п'яти-шести років. Окрім цього, приблизно 50 % студентів, що обрали HST програму, навчаються за комбінованими програмами MD-PhD.

Метою зазначеної програми є підготовка висококваліфікованих, клінічно і соціально відповідальних лікарів з глибоким розумінням фундаментальних наук, які лежать в основі медицини. В межах такого підходу біологія людини торкається питань молекулярної біології, біотехнології, інженерії та фізичних наук, що визначає і перелік обов'язкових дисциплін [425].

Курси патофізіології людини, спеціально розроблені для цієї навчальної програми, представляють спільні зусилля вчених, лікарів, фізиків та інженерів Гарвардського університету та МТІ. Курси представлені в обох університетах і організовані в семестровому форматі, щоб забезпечити максимальну гнучкість планування і легкість узгодження з навчальними графіками в обох університетах. Формат семестру також дозволяє студентам, які навчаються за комбінованими програмами, проходити курси за програмами MD. Таке спільне навчання студентів програм MD та PhD є ще однією характерною рисою навчальної програми HST, яка збагачує міждисциплінарний досвід студентів. Відносно невелика кількість студентів у

групі полегшує продуктивну взаємодію між студентами та викладачами.

Студенти HST MD повинні брати активну участь у незалежних дослідженнях під керівництвом викладача. Такі дослідження можуть проводитися впродовж тривалого часу, якщо вони ретельно сплановані. Студентам часто пропонують сповільнити темпи проходження курсів у межах навчального плану, щоб присвятити більше часу дослідженню.

Студенти в межах програми HST приєднуються до студентів інших академічних товариств для проходження клінічної практики в межах практичних курсів «Основного клінічного досвіду» (Principal Clinical Experience).

Для закінчення навчання кожен студент програми HST повинен представити докази наукової роботи у формі дисертації на основі лабораторних або клінічних досліджень. Письмовий варіант дисертації повинен бути представлений до 31 жовтня другого року навчання, а остаточний варіант – до першого понеділка лютого четвертого року.

З метою поглибленого навчання студенти програми HST можуть стати кандидатами на ступінь магістра в МТІ або ступінь магістра медичних наук Медичної школи Гарвардського університету. Протягом чотирьох років навчання студенти повинні виконати всі обов'язкові вимоги щодо навчальних курсів.

Загалом Медична школа Гарвардського університету має трифазний навчальний план в межах програми MD:

- а) доклінічна фаза (*preclerkship phase*), в межах якої реалізовано зазначені вище два варіанти навчального плану (при цьому 80 % студентів обирають програму «Шляхи», 20 % – програму HST);
- б) «Основний клінічний досвід» (*principal clinical experience*) – фаза, яка є 12-місячним практичним курсом і охоплює як практичні заняття, так і ротації в клініках;
- в) післяклінічна фаза (*post-PCE phase*), в ході якої студенти прослуховують вузькоспеціалізовані курси, проходять практику та завершують науковий проект.

Важливим моментом є специфіка кожного з етапів. Щорічно 135 студентів вступають у Медичну школу на програму «Шляхи» і 30 – на програму HST. Специфіку кожної з програм демонструє той факт, що студенти першої групи впродовж доклінічної фази навчаються разом зі студентами Стоматологічної школи, другої групи – разом зі студентами, які навчаються за спеціальністю медична інженерія та медична фізика МТІ.

Хоча специфіка підготовки в межах обох програм суттєво відрізняється за пропорцією наукової і клінічної складових, випускники обох програм після закінчення Медичної школи демонструють сформованість шести компетентностей: медичні знання, критичне мислення, догляд за пацієнтами, професіоналізм, міжособистісні та комунікативні навички та організаційні й соціальні передумови охорони здоров'я. Ці компетентності відображають цілі програми, які, у свою чергу, сприяють досягненню цілей навчання для кожної дисципліни та програми практики.

Важливим компонентом професійної компетентності лікаря є його комунікативна компетентність. Комунікативна спрямованість медичних працівників відіграє найважливішу роль при підготовці фахівців будь-якого кваліфікаційного рівня. Аналіз цього, одного з найважливіших компонентів професіоналізму медика, зумовлює необхідність дослідження особливостей навчання закладів тих країн, де є позитивний досвід комунікативної підготовки медичних працівників. Високий рівень підготовки лікарів США, рівень конкурентоспроможності американської медицини в світі, якість медичних послуг визначають актуальність аналізу досвіду США.

Як показує аналіз американської системи охорони здоров'я, лікар – один з найважливіших фахівців у роботі з пацієнтами. По-перше, професія лікаря є однією з найважливіших для функціонування суспільства, а по-друге, система медичного обслуговування побудована таким чином, що люди постійно звертаються за допомогою, а не займаються самолікуванням, як це буває в інших країнах і ускладнює роботу медичних працівників. Це є однією з найбільших

переваг американської системи. Люди не соромляться, а головне, не зволікають зі зверненням до фахівців.

Лікуючий лікар знає повну картину стану пацієнта, призначає основні процедури, стежить за змінами в стані хворого, спілкується безпосередньо з пацієнтом і з його родичами. Це все вимагає культури мовлення, високого професіоналізму, відповідальності та високого рівня комунікативної підготовки.

Для дослідження основних особливостей розвитку комунікативних умінь студентів-медиків у медичних коледжах та університетах США звернемося до аналізу навчальних дисциплін, у межах яких здійснюється цей розвиток. Докторська програма Коледжу лікарів і хірургів Колумбійського університету (College of Physicians and Surgeons at Columbia University) передбачає вивчення дисциплін у три блоки – основний курс (Fundamentals Curriculum), клінічний курс (Major Clinical Year) і диференціація та інтеграція (Differentiation & Integration Curriculum). У межах першого блоку вивчається дисципліна «Основи клінічної медицини» (Foundations of Clinical Medicine), однією із цілей якої є вивчення особливостей спілкування лікаря з пацієнтом, навчання правильного опитування пацієнта, основ медичної етики. У межах другого блоку, під час вивчення двотижневого обов'язкового курсу «Механізми та практика» «Mechanisms and Practice», опановуються навички прийняття рішення, роботи в команді та спілкування з пацієнтами. Окрім цього, в ході вивчення навчальних планів університету при вивченні дисциплін майбутніми лікарями особливий акцент робиться на взаєминах лікаря і пацієнта [272].

Аналіз програми на здобуття ступеня доктора медицини у Школі медицини Гейзеля при Дартмутському університеті (Geisel School of Medicine at Dartmouth University) засвідчив, що розвитку комунікативних вмінь відводиться особлива роль. Одним з основних предметів перших двох років навчання є курс «Основи лікарської справи» (On Doctoring), у ході вивчення якого студенти опановують тонкощі спілкування з пацієнтами, їх родичами, колегами, вчать проводити опитування пацієнта, виробляють свій власний стиль



спілкування та поведінки, вивчають основи медичної етики, правила ведення медичної документації та ділової кореспонденції [333].

Можемо зробити висновок, що комунікативна культура є основою професійної діяльності будь-якого медичного працівника в США. Американська медична система яскраво засвідчує це, а аналіз програм медичних коледжів та університетів доводить важливість комунікативної підготовки майбутніх лікарів.

Окремо варто відзначити особливості формування іншомовної комунікативної компетентності, яке відбувається в ході курсів з вивчення медичної термінології іноземними мовами. Хоча, на відміну від українських медичних навчальних закладів, іноземна мова за професійним спрямуванням не входить до навчального плану медичних шкіл в США, в їхніх ВМНЗ існує низка елективних курсів, у ході яких студенти, які бажають подовжити наукові дослідження чи клінічну діяльність в інших культурних середовищах, мають змогу засвоїти медичну термінологію обраною мовою. Наприклад, в Медичній школі Гарвардського університету студенти мають змогу вивчати іспанську, португальську та китайську мови. Здійснення такої іншомовної підготовки відбувається в межах Програми медичної комунікації (The Medical Language Program), яка проголошує своєю метою забезпечити студентів навичками іноземної комунікації. Це дасть змогу надавати медичну допомогу з урахуванням культурних особливостей і мовного розмаїття регіону, дозволить усвідомити імовірні мовні бар'єри при досягненні рівності у наданні медичних послуг.

Вивчення зазначених іноземних мов відбувається на першому і третьому роках навчання і проходить щотижнево впродовж одного чи двох семестрів. Зміст дисциплін охоплює і безпосередній розвиток мовленнєвих вмінь спілкування, і надання студентам знань про культурне середовище носіїв відповідної мови. У Медичній школі є тривала традиція іншомовної професійної підготовки студентів. За останні 50 років понад 1000 випускників отримали підготовку в межах програми вивчення китайської, іспанської, португальської та гаїтянської креольської мов.

У 2018–2019 н. р. у Медичній школі проводяться заняття за такими напрямками: китайська мова (проміжний рівень), осінній / весняний семестр; португальська мова (проміжний рівень), осінній семестр; іспанська мова (високий рівень), осінній / весняний семестр; іспанська мова (просунутий рівень), осінній / весняний семестр. Окремо пропонується інтенсивний курс іспанської медичної термінології для студентів з початковим та проміжним рівнями володіння на третьому і четвертому роках навчання. Курс триває щоденно впродовж чотирьох тижнів, навчання проводять викладачі з країн Латинської Америки у формі індивідуальних занять.

Крім вивчення іноземної медичної термінології, студенти мають змогу подати заявку на проходження клінічної практики в країні, мову якої вивчають. Керівник програми Р. Моліна зазначає, що володіння однією з іноземних мов забезпечує значно вищий рівень задоволеності пацієнтів медичними послугами, які надають випускники, та кращу інтеграцію медичних досліджень.

Сьогодні дедалі більше значення приділяють формуванню інформаційної компетентності майбутнього медика. В американській науковій літературі поняття інформаційної компетентності часто ототожнюють з поняттям «інформаційна грамотність». Уперше цей термін було використано в національній програмі реформи вищої освіти США в 1977 році. Асоціація Американських Бібліотек (ALA) інформаційно грамотною людиною назвала особистість, здатну виявити, розмістити, оцінити інформацію і найефективніше її використовувати [383]. Навчальні курси інформаційної грамотності стали обов'язковими для студентів коледжів та інших вищих навчальних закладів у межах навчального плану. Головними їх завданнями є ознайомлення студентів з можливостями і фондом бібліотек та електронних ресурсів, формування у них знання основних бібліографічних джерел і навичок їх використання, виховання довірливого ставлення до літературних джерел та формування у студентів вмінь диференціювати надійні та сумнівні джерела інформації.

Поняття інформаційної культури в американській літературі вживається рідко, натомість загальноновживаними є такі поняття

як комп'ютерна, культурна і функціональна грамотність. Дедалі ширше використання в повсякденному житті сучасних технічних засобів, застосування новітньої інформаційної техніки і технології вимагають підвищення рівня грамотності та загальної підготовки. Американські колеги комп'ютерну грамотність та інформаційну грамотність розглядають як складові частини функціональної грамотності. Поняття «комп'ютерна грамотність», запропоноване американським педагогом Б. Гантером, – це «все те, що потрібно людині для функціонування в суспільстві, яке базується на інформації» [360, С. 46–47]. Функціональна грамотність – термін, запропонований у 1956 році В. Греєм для ЮНЕСКО, означає здатність людини взаємодіяти із зовнішнім середовищем і максимально швидко адаптуватися та функціонувати в ньому [343, с. 20]. На відміну від елементарної грамотності – уміння читати, розуміти, складати прості короткі тексти і здійснювати найпростіші арифметичні дії, функціональна грамотність – це рівень знань, умінь і навичок, що забезпечує нормальне функціонування особистості в системі соціальних стосунків, у конкретному культурному середовищі.

Вивчаючи інформаційну грамотність студентів, К. Брюс визначила сім її компонентів, які ієрархічно пов'язані між собою [259, С. 111]. До них належать:

- 1) використання інформаційних технологій;
- 2) пошук інформації;
- 3) розуміння необхідної інформації та зіставлення виявленої інформації з первинною потребою;
- 4) контроль за інформацією;
- 5) створення особистої бази даних;
- 6) робота з новими знаннями таким чином, щоб це дозволило отримати нову інформацію;
- 7) використання інформації на користь іншим.

Слідом за К. Брюс, Дж. Макговен, вивчаючи розуміння студентами медичного профілю поняття безперервної освіти, довів роль інформаційної грамотності в реалізації принципу безперервності

освіти [399, с. 185]. Крім того, за аналогією, вчений виділив сім компонентів інформаційної грамотності студентів-медиків:

- 1) вміння використовувати інформаційні технології в медичній практиці;
- 2) вміння здійснювати пошук специфічної інформації щодо діагностики, лікування та профілактики захворювань;
- 3) здатність виявити необхідну інформацію в конкретному клінічному випадку та зіставляти виявлену інформацію з первинною потребою;
- 4) вміння контролювати особисту інформацію та інформацію пацієнтів;
- 5) створення особистої бази даних літературних джерел (друкованих та електронних);
- 6) робота з новими медичними знаннями таким чином, щоб це дозволяло отримати нову інформацію;
- 7) використання інформації на користь пацієнтів, колег, фармацевтичних працівників тощо.

На основі досліджень К. Брюс та Дж. Макговен багато вчених акцентують увагу на необхідності інтегрувати формування інформаційної грамотності студентів медичного профілю в курс вивчення дисциплін чинних навчальних планів [409, с. 22]. Це здійснено за рахунок міждисциплінарного підходу, який типовий для американської медичної освіти.

Розглянемо цей процес на прикладі Медичної школи Перельмана при Університеті Пенсильванії. Навчальний план для здобуття ступеня доктора медицини (MD) охоплює 6 модулів, кожен з яких, окрім фахових дисциплін, включає курси гуманітарного циклу, які акцентують увагу на формуванні вмінь студента шукати, критично осмислювати і ефективно використовувати інформацію в друкованих та електронних джерелах. У межах кожного модуля до таких дисциплін належать елективні курси «Біоетика», «Глобальні проблеми здоров'я», «Медична інформатика», «Основи наукових досліджень», «Основи професійної комунікації», «Прийняття рішень в клінічній практиці», «Основи мультикультурної комунікації» [401].

У США значну роль у формуванні інформаційної культури відіграють бібліотеки. Тому при розгляді особливостей формування інформаційної культури в США ми спираємося, в тому числі, на вивчення роботи бібліотек американських ВНЗ, оскільки їх традиційний досвід з навчання абонентів інформаційної грамотності є важливою ланкою в системі сформованих освітніх програм з інформаційної культури. Бібліотеки мають високий науково-дослідний потенціал, досягнутий за рахунок широкого обміну ресурсами (міжбібліотечний абонемент), а також завдяки використанню сучасних телекомунікаційних систем для обміну інформацією. Так, наприклад, у штаті Оклахома користувачі мають широкі можливості доступу до інформації через мережу Oracle. Ця мережа, що з'єднує ресурси університетської бібліотеки, публічної бібліотеки і бібліотек середніх шкіл, є одним з елементів забезпечення доступу до бібліотечних ресурсів для читачів віддалених районів і великих міст. Діяльність університетської бібліотеки автоматизована на основі інтегрованої інформаційної системи, яка дозволяє студентам і викладачам проводити пошук у каталозі бібліотеки й декількох бібліографічних базах даних за допомогою спеціальних автоматизованих робочих місць, а також у дистанційному режимі. Студенти медичних університетів США, окрім фахової літератури у бібліотеках та віртуальних бібліотеках, постійно використовують електронні ресурси MEDLINE, HINARI, EbscoHost, Кокранівська бібліотека. Такі заходи сприяють формуванню інформаційної компетентності майбутніх лікарів, яка є необхідною умовою ефективної діяльності в умовах глобалізованого суспільства.

У контексті дослідження специфіки формування кваліфікованого лікаря в медичних школах США необхідно відзначити спрямованість цього процесу на розвиток креативності майбутнього фахівця. Це зумовлено кількома обставинами. По-перше, одним з пріоритетних завдань підготовки майбутніх лікарів на сучасному етапі розвитку системи вищої освіти є підвищення їх готовності до самостійного формулювання проблем, їх розв'язання, творчого осмислення отриманого досвіду з наступним використанням його у

нових професійних ситуаціях. Модель навчання, яка орієнтує діяльність студентів на сприйняття інформації, її опрацювання та засвоєння, сприяє розвитку пасивної ролі студента і формуванню мотивів «уникнення невдачі», спрямована переважно на здобуття необхідних знань і практично не зорієнтована на формування готовності до професійної діяльності, розвитку творчих здібностей та креативного професійного мислення. Очевидно, що такий тип навчального процесу, за якого майбутні фахівці одержують знання в готовому вигляді, не відповідає сучасній теорії навчання. Він суттєво гальмує розвиток самостійного мислення, творчої пізнавальної активності студентів. У зв'язку з цим виникає необхідність навчити кожного студента творчо і самостійно мислити, ефективно реагувати на нестандартні професійні ситуації, вирішувати найрізноманітніші завдання. По-друге, медицина належить до тих галузей людського знання, в яких зазначені якості відіграють особливу роль. Саме тому дедалі гостріше постає проблема розвитку творчого потенціалу особистості майбутнього медика.

Питання творчості, креативності, формування творчих здібностей актуальні у контексті багатьох наук: філософії, психології, педагогіки, наукознавства, кібернетики, теорії інформації тощо. Проблему формування творчих здібностей та забезпечення самостійної пізнавальної діяльності студентів розглядали Н. Адамар, Е. Голант, М. Данилов, Л. Занков, І. Лернер, І. Огородніков, В. Оконь, У. Писклинець, Д. Пойа, С. Рубінштейн, В. Розумовський та інші вчені. Дослідженням зарубіжного досвіду формування творчої особистості у вищій школі присвячені наукові розвідки Л. Ткаченко, Н. Кучумової, Є. Танько, О. Ісаєвої. Однак, незважаючи на достатню кількість наукових розвідок у цій галузі загалом, зарубіжний досвід розвитку творчих здібностей студентів-медиків досі розкритий недостатньо.

Разом з великим інтересом до проблематики творчості, дослідники стикаються зі складністю вивчення цього феномена. Багато авторів вказує на розмитість і нечіткість понять «творчість» і «креативність». Нині відбувається систематизація накопичених емпірич-

них фактів, створення типології творчості. При цьому креативність стає окремим аспектом вивчення творчості як внутрішній ресурс людини [201, с. 84].

Основоположниками сучасної теорії креативності є Дж. Гілфорд та Е. Торренс. Вони пов'язували цю особистісну якість з дивергентним мисленням, яке (на відміну від конвергентного) спрямоване на вирішення завдань, що допускають декілька нестандартних правильних рішень [37, с. 85; 476, с. 12; 477, с. 12].

У межах когнітивної теорії творчості Дж. Келлі розглядає творчість як альтернативу банального, рутинного. Не використовуючи термін «творчість», він розробив оригінальну теорію творчості і творчої особистості, вперше описавши альтернативне гіпотетичне мислення [78, с. 142]. Для Дж. Келлі людина – це дослідник, вчений, який ефективно, творчо взаємодіє зі світом, інтерпретує його, переробляючи інформацію, прогнозує події. Життя людини є дослідженням, постійним висуненням гіпотез про реальність, за допомогою яких вона намагається передбачити і контролювати події. Картина світу гіпотетична, і люди формулюють гіпотези, перевіряють їх, здійснюючи ті ж розумові дії, що і вчені в ході наукового пошуку. Життя – це творчий дослідницький процес [79, с. 127].

На думку, Р. Гута, творчість – це «продуктивна розумова діяльність, що дозволяє досягти нового результату через дозвіл певного протиріччя» [49, с. 132]. До розуміння творчості як джерела внутрішньої активності психіки можна віднести концепцію В. Ротенберга [154]. Вчений є автором концепції пошукової активності. Під пошуковою активністю він розуміє активну поведінку в умовах невизначеності, коли людина не має можливості зі стовідсотковою впевненістю прогнозувати результати своєї активності (будуть вони успішними чи ні). Творчість, на його думку, – це типовий приклад пошукової активності під час вирішення складних інтелектуальних завдань. При цьому виді пошукової активності мозок людини не вимагає додаткової стимуляції, він неначе перебуває на самозабезпеченні. Крім того, заряд пошукової активності, отриманий в процесі

творчості, сприяє опірності у складних життєвих ситуаціях або в умовах емоційних конфліктів [122, с. 34].

Таким чином, у різноманітності трактувань творчості можна визначити два основні підходи:

- підхід до розуміння власне творчості, що презентує творчість як діяльність людини, результатом якої стають нові матеріальні і духовні цінності, що мають суспільну значущість. Попри те, що творчість є результатом праці і зусиль окремої людини, вона завжди має суспільний характер [49, с. 134];
- підхід до розуміння творчості-креативності, запропонований Е. Фроммом, що передбачає розуміння творчості як здатності дивуватися і пізнавати, вміння знаходити вирішення у нестандартних ситуаціях, спрямованість на відкриття нового і здатність глибоко усвідомлювати свій досвід [193, с. 28].

Отже, і творчість, і креативність пов'язані зі суспільно значущою творчою активністю людини, проте творчість, на нашу думку, варто розглядати як характеристику процесу (діяльності) суб'єкта, відзначаючи в ній процесуально-результативну сторону, а креативність – як якість (властивість) обдарованої особистості, котра є детермінантою творчого ставлення людини до світу, таким чином виділяючи в ній суб'єктно-обумовлену сторону.

Окремою проблемою в контексті дослідження творчості постає теоретичне обґрунтування поняття «творчі здібності особистості», дослідження їх структури, основних показників та оптимальних умов формування. Розвиток творчих здібностей у структурі професійної компетентності студента-медика відіграє особливу роль, оскільки ефективне реагування на нестандартні професійні ситуації та здатність вирішувати складні завдання особливо важливі для професійного становлення лікаря.

Проблему розвитку творчих здібностей особливо інтенсивно досліджують зарубіжні дослідники. Багато вчених вказують на те, що цілеспрямована діяльність щодо розвитку творчості майбутнього лікаря забезпечить ліквідацію розриву між знаннями, що отримуються у вищій школі. Попри це велика кількість формальних



обов'язків, пов'язаних із веденням документації, часте виникнення стресових ситуацій унеможливають пошук нових підходів до вирішення робочих питань. З метою запобігання цій проблемі на етапі підготовки фахівців медичного профілю аналіз досвіду зарубіжних освітніх систем, у тому числі США, є своєчасним та актуальним.

Вища медична освіта у США спрямована на підготовку автономного фахівця, здатного швидко орієнтуватись у професійних ситуаціях, критично осмислювати нові досягнення у своїй сфері, використовувати їх у власній роботі, робити свій внесок у науку (патенти на винаходи, новітні техніки виконання процедур). Формування творчого підходу до роботи і розвиток творчих здібностей студентів-медиків реалізується, передусім, через підтримку прагнення майбутнього фахівця до ретельного вивчення обраної теми, заохочення до виконання складних завдань, формування пластичності, гнучкості розуму, виховання самостійності, вимогливості й цілеспрямованості, надання можливості для вияву задатків лідера, розвиток уміння самоаналізу та оцінювання дій оточення [42, с. 183].

У загальнодержавній освітній політиці США чільне місце посідає розвиток інтелектуально-творчих здібностей обдарованої молоді. Діяльність американських ВНЗ виходить далеко за межі країни, охоплюючи майже всі держави світу. Співпрацюючи з найкращими університетами, науково-дослідницькими установами інших країн, університети США мають змогу навчати талановитих студентів у різних куточках світу, реалізуючи неперервний обмін знаннями та запозичуючи передові досягнення з різних галузей суспільної діяльності. Навчаючись за кордоном, обдаровані студенти мають змогу поглибити та вдосконалити свої інтелектуально-творчі здібності, а також максимально ефективно організувати свій час, обираючи програми, що найкраще узгоджені з їхніми потребами й можливостями. Серед таких програм: повністю інтегровані програми навчання в іноземному університеті; програми, спеціально розроблені для студентів американських університетів; гібридні програми.

Основні напрями роботи, спрямовані на розвиток творчих здібностей у студентів-медиків, полягають у:

- наданні студентам-медикам можливості вивчати предмети за вибором, брати участь у різноманітних програмах, конкурсах на отримання грантів, винагород, які студенти можуть використати на навчання за кордоном, на проведення науково-дослідних робіт. Це дає можливість студенту брати участь у науковій роботі та створенні винаходів, що сприяє формуванню творчого мислення та відповідальності за власні дії [251, с. 349];
- застосуванні методів навчання, які активізують розумові здібності студентів, мотивують до пізнання, творчої діяльності: незалежне навчання (independent study), в контексті якого студент обирає навчальний матеріал та способи його вивчення; самостійно керований процес навчання (self-directed study), коли студент обирає спосіб засвоєння навчального матеріалу; та навчальні програми, сфокусовані на особистості студента (learner centered program);
- широкому виборі темпів навчання, цілей, методів, навчального матеріалу, вимог до рівня успішності;
- застосуванні технології індивідуалізованого навчання з усіх предметів від мінімальної модифікації в процесі групового навчання до повністю незалежного навчання, що допомагає максимально розкрити інтелектуально-творчий потенціал особистості та суттєво підвищує конкурентоспроможність майбутнього фахівця на міжнародному ринку праці;
- використанні передових досягнень науки та техніки, заохоченні потужних інвестицій в освіту й науку [180, с. 14].

Очевидно, що такі фактори, як домінування вищої медичної освіти в США за обсягами фінансування, темпами зростання та матеріально-технічними ресурсами, її чітка зорієнтованість на розвиток і формування особистості лікаря, котра самостійно мислить та виявляє ініціативу, гнучкість процесу навчання, можливість вибору предметів, викладачів та часу навчання, відсутність загальних освітніх стандартів, окрім стандартизації тестування випускників середніх навчальних закладів, повна автономність університетів,

відсутність перевантаження студентів навчальними предметами, самостійна робота, що сприяє формуванню та розвитку критичного мислення, інтелектуальної активності й здатності самостійно вирішувати проблеми та ухвалювати рішення, постійний контроль за процесом опанування знань студентами, тестування, написання наукових робіт, участь у конференціях, наукових семінарах, гнучка система оцінювання, повне забезпечення студентів навчально-методичним матеріалом, можливість використовувати міжнародні бази даних, бібліотеки та інші високотехнологічні джерела інформації сприяють формуванню творчого мислення та розвитку здібностей студентів медичного профілю.

Заслугує на увагу так звана «піраміда навчання», якої дотримуються у більшості американських медичних ВНЗ. Згідно з нею, ефективність засвоєння матеріалу залежить від методу організації навчання, при якому час, відведений на лекції, становить 5 % загальної тривалості курсу, самостійне вивчення – 10 %, аудіо- та відеонавчання – 20 %, демонстраційний показ матеріалу – 30 %, обговорення, дискусії в малих групах – 50 %, практика в процесі діяльності – 75 %, колективне навчання інших (студенти навчають один одного) – 90 % у різних співвідношеннях [494, с. 134].

Зараз американські ВНЗ активно створюють свої наукові он-лайн портали. На сервері дистанційного навчання університетів розміщуються відеофільми, спрямовані на відпрацювання практичних навичок, коментарі до них, а також великий спектр електронних навчальних посібників, підручників, мультимедійні презентації лекційного матеріалу. Самостійна робота студентів є ефективною формою навчального процесу, що виконують студенти як індивідуально, так і під керівництвом викладача в позааудиторний час.

Таким чином, послідовне втілення засад компетентнісного підходу стало запорукою ефективного формування кваліфікованого фахівця медичного профілю в США. Наявність чітко регламентованих компетентностей, які складають професіограму сучасного лікаря, уможлиблює дієве формування компонентів кожної з них у

межах спеціально розроблених навчальних, дослідницьких, виховних форм роботи.

Узагальнюючи досвід США у формуванні творчої особистості студента медичного профілю, варто звернути увагу на такі здобутки системи вищої медичної освіти цієї країни:

- а) можливість вивчати предмети за вибором, брати участь у різноманітних програмах, конкурсах на отримання грантів, винагород, які студенти можуть використати на навчання за кордоном, на проведення науково-дослідних робіт;
- б) застосування методів навчання, що активізують розумові здібності студентів, мотивують до пізнання, творчої діяльності;
- в) широкий вибір темпів навчання, цілей, методів, навчального матеріалу, вимог до рівня успішності;
- г) застосування технології індивідуалізованого навчання з усіх предметів, від мінімальної модифікації в процесі групового навчання до незалежного навчання;
- ґ) використання передових досягнень освіти, науки і техніки, залучення потужних інвестицій в науково-освітню сферу.

## ***4.2. Розвиток системи цінностей майбутніх лікарів в університетах США***

Гуманізація взаємин студента і викладача, демократизація всієї педагогічної діяльності стала гострою потребою сучасної глобальної системи освіти, що зумовлює необхідність обміну досвідом між країнами. Як зазначалося, одним із підходів до підготовки лікарів в університетах США є особистісно-орієнтований підхід. Він допомагає педагогові активізувати можливості кожного студента, створити такий психолого-педагогічний простір, який дозволяє підвищити успішність навчання обдарованих студентів, побудувати індивіду-

альну траєкторію розвитку для менш активних студентів, допомогти їм адаптуватися до навчального процесу. Такий підхід особливо важливий у галузі медичної освіти США, в якій система наставництва дає можливість збільшити частку годин, відведених на заняття з окремим студентом.

На думку вчених, основними принципами особистісно-орієнтованого підходу є:

- а) використання суб'єктивного досвіду студента;
- б) надання йому свободи вибору при виконанні завдання;
- в) накопичення знань, умінь і навичок не як самоціль, а як важливий засіб реалізації творчості;
- г) забезпечення на занятті особистісно-значущого емоційного контакту студента і викладача на основі співробітництва, мотивація досягнення успіху через аналіз результату навчальної праці та самого навчального процесу.

Роль педагога полягає в тому, щоб кожному студенту надати можливість проявити себе, він виступає як організатор і координатор навчальної діяльності [211, с. 19].

Кінцева мета заняття, організація якого ґрунтується на особистісно-орієнтованому підході, полягає в створенні умов для максимального впливу освітнього процесу на подальший розвиток індивідуальності молодої людини. Організація такого заняття передбачає:

- застосування педагогічних прийомів для актуалізації та збагачення суб'єктивного досвіду студента;
- проектування характеру навчальної взаємодії на основі врахування особистісних особливостей студентів;
- використання різноманітних форм спілкування;
- створення для студентів ситуацій успіху;
- прояв довіри та толерантності в навчальних взаємодіях;
- стимулювання студентів до розв'язання і колективних, й індивідуальних завдань;
- обрання прийомів і методів педагогічної підтримки як пріоритетних способів діяльності викладача на занятті [191, с. 211].

Організація різноманітного навчального середовища на заняттях у вищій школі сприяє не тільки підвищенню мотивації студентів, а й створенню атмосфери співробітництва, взаємної довіри між викладачем і студентом, а головне – полегшенню адаптації студента до навчання в університеті. У нього знижується тривожність перед заняттям, зростає усвідомлення власних сильних сторін, виникає стимул працювати над недоліками і, таким чином, підвищується успішність.

Розглянемо детальніше, яким чином реалізовано цей підхід у вищій медичній школі США. Більшість ВМНЗ пропонують зручні форми проведення занять, дають можливість вибрати час їх проведення, групу, забезпечують повну гнучкість при виборі елективних курсів та можливість індивідуального планування власного професійного зростання зі спеціалістом тощо. Окрім того, втіленню особистісно-орієнтованого підходу сприяє розгалужена мережа установ та відділів у межах медичних ВНЗ, які займаються консультуванням студентів, надають допомогу в плануванні їх навчальної, наукової, клінічної діяльності, дозвілля, позааудиторних видів роботи тощо.

Наприклад, у Медичній школі Гарвардського університету головними установами, які займаються студентськими питаннями, є управління у справах студентів (Office of Student Affairs), академічні товариства (Academic Societies), управління з навчальних ресурсів та підтримки (Office of Learning Resources and Support). Управління у справах студентів слугує ресурсом для сприяння індивідуальному та професійному розвитку студентів Медичної школи Гарвардського університету. Послуги Управління включають:

- а) організацію аудиторних заходів у період навчання студентів;
- б) зв'язок студентів з адміністративними та інформаційними управліннями;
- в) забезпечення зв'язку студентів з консультаційними, клінічними, оздоровчими ресурсами;
- г) забезпечення вдалого пошуку місця проходження резидентури студентів тощо.

Академічні товариства відіграють значну роль в індивідуалізації навчання студентів у Медичній школі Гарвардського університету. Кожен студент на початку навчання отримує консультанта зі штату одного з академічних товариств, з яким співпрацює впродовж усієї університетської кар'єри. Однією з найважливіших функцій консультанта є пошук наставника, наукового консультанта для виконання наукової роботи, перспективних напрямів наукових досліджень.

Іншим важливим відділом, який забезпечує особистісно-орієнтований підхід до навчання студентів-медиків, є Управління з навчальних ресурсів та підтримки, яке пропонує послуги з таких напрямів: вибір навчальних стратегій для кожного студента, навчання тайм-менеджменту, консультування з питань підготовки до ліцензійних іспитів, психологічна робота над собою при тривожності та перфекціонізмі, у складних життєвих ситуаціях, психологічна підтримка при вступі до медичної школи [457].

Схожі консультаційні відділи є при більшості медичних шкіл США. Ще одним прикладом може бути Медична школа Стенфордського університету, в якій існує два важливих органи з питань індивідуалізації процесу навчання студентів: служба Академічного консультування (Academic Advising) та Центр кар'єрного планування BioSciCareer. Останній заслуговує на особливу увагу, оскільки, крім безпосереднього консультування, пропонує особливий інтернет-ресурс, на якому у вигляді блогів та форумів успішні випускники школи, працівники, студенти діляться своїми історіями успіху, обговорюють переваги та недоліки різних кар'єрних шляхів, розробляють професіограми в межах різних вузьких спеціальностей. Окрім цього, Центр надає послуги з консультування, встановлення професійних контактів, вибору навчального плану у вигляді індивідуальних зустрічей з радниками, зустрічей з випускниками, опитувань тощо.

Такі послуги спрямовані на проектування індивідуального шляху професійного розвитку кожного студента. Це відбувається шляхом вибору способів взаємодії між викладачами та наставниками,

підбору методів педагогічного впливу залежно від індивідуальних особливостей та цілей студента, обрання завдань відповідно до його попереднього досвіду тощо.

Формування компетентного фахівця медичного профілю неможливе без урахування ціннісно-мотиваційної сторони цього процесу. У зв'язку з цим простір професійної підготовки медичного працівника розглядається крізь призму аксіологічного підходу. Як наслідок, центральною категорією виступають професійні цінності. Акцентуація в межах нашого дослідження на професійних цінностях медичної діяльності в США зумовлена сучасними процесами гуманізації медицини, що можна розглядати як базовий механізм стабілізації негативних процесів дегуманізації та знеособлення, характерних як для сучасної культури, так і для медичної практики.

Система цінностей, установок, мотивів неодноразово ставала об'єктом дослідження українських та зарубіжних науковців. З-поміж останніх емпіричних досліджень на особливу увагу заслуговують праці американських учених Ш. Бразо, Р. Шродера, С. Рові, Л. Бойд. Вони досліджують взаємозв'язок між такими якостями як емпатія, професіоналізм та професійне вигорання [434]. Американські дослідники Дж. Роудз, Дж. Геллмор, Д. Джантурко, С. Остергаут здійснили комплексне дослідження взаємозв'язку між мотивацією та цінностями абітурієнтів, їх зарахуванням в університет та академічною успішністю [414]. Наукові розвідки, присвячені порівнянню установок та ціннісних орієнтацій студентів різних країн, здійснюються рідше. Вартим уваги є порівняльне дослідження реакцій американських та канадських студентів на стресові ситуації, здійснене Л. Дербі, М. Томасом та Т. Шанафельтом [304].

Розглянемо особливості формування професійних цінностей лікарів (рис. 4.3). Вихідним конструктором, який визначає характер професійної поведінки фахівця, є *професійні переконання*. Вони є складним утворенням, яке формується, головним чином, під виховним впливом навчального середовища. В утвердженні професійних переконань значну роль також відіграє саме суспільство, в якому



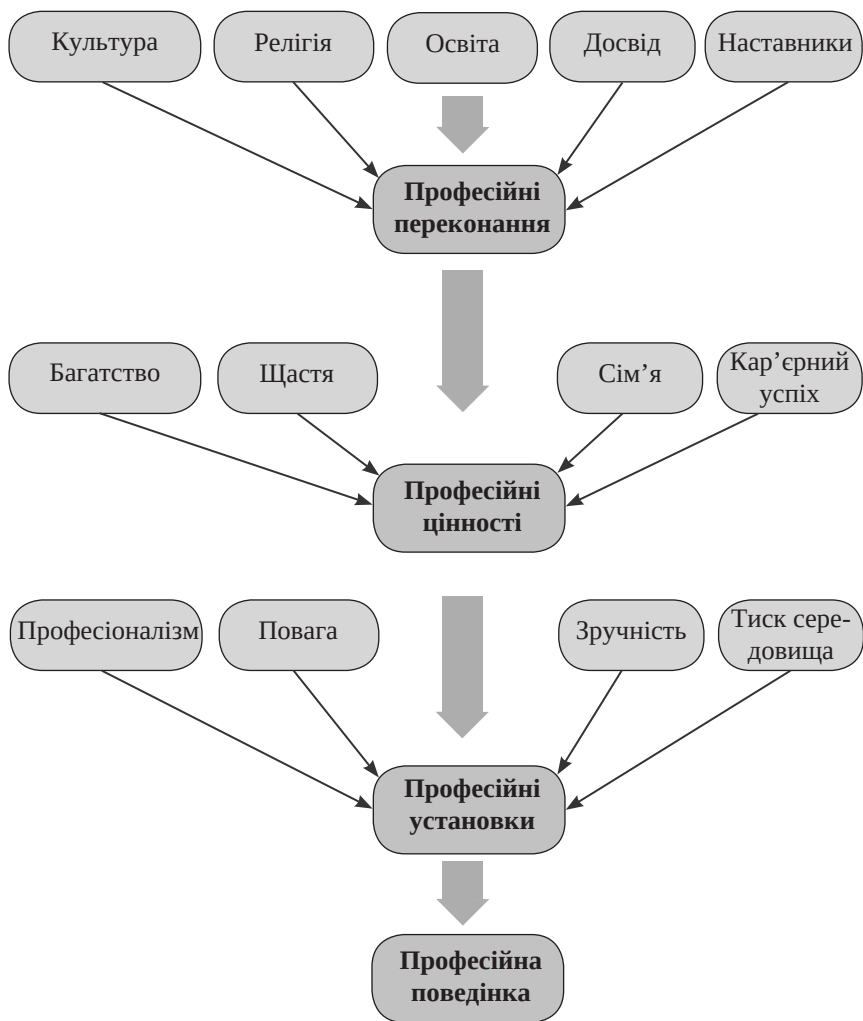


Рис. 4.3. Особливості формування професійної поведінки лікаря.

розвивається особистість фахівця. Культурні, соціально-економічні та релігійні особливості часто відображені у комплексі переконань фахівця.

Професійні переконання характеризуються відносною універсальністю, проте в межах різних культур можливі певні нюанси. Наприклад, у ході важливого дослідження, проведеного американськими вченими у 2010 році, було виявлено, що більшість американських лікарів впевнені, що особистісні переконання ніколи не повинні суперечити професійним. На підтвердження цього вчені наводять негативні відповіді опитаних (95 %) на запитання «Чи зобов'язаний лікар виконувати дію, яка розцінюється як правильна в межах своєї практики, але суперечить його особистому розумінню поняття 'добро'?» [377, с. 1278]. Вчені зазначають, що для американських лікарів головними професійними переконаннями є позитивне розуміння особистого обов'язку, усвідомлення верховенства закону та повага до правил і розпоряджень у межах системи охорони здоров'я, бачення пацієнта, як повноцінної особистості, яка заслуговує на повагу, не залежно від його фізичного і психологічного стану.

З професійних переконань формуються *професійні цінності*. Вони є дещо складнішим психологічним конструктом, на який певною мірою впливають також умови, в яких лікар розвивається професійно. Під професійними цінностями ми розуміємо комплекс взаємопов'язаних морально-етичних установок загальнокультурного і професійно-етичного характеру, які мають універсальні характеристики гуманістичної спрямованості та пріоритету суспільного служіння і варіативні характеристики культурної і соціальної зумовленості. Цей комплекс є регулятором рольової взаємодії в професійному середовищі та базовим механізмом особистісно-професійного розвитку медичного працівника [90, с. 44].

Дуже часто професійні цінності лікаря справедливо ототожнюють з морально-професійними цінностями, оскільки в зв'язку зі специфікою діяльності лікаря, моральна і професійна сфери дуже тісно пов'язані. Професійні цінності є частиною важливого механізму, який формує професійну поведінку фахівця.

Визначення професійних цінностей медицини спирається на трактування проблем медицини в культурологічному, соціологічно-

му і психологічному аспектах. У межах культурологічного підходу медицина трактується як компонент культури, отже, до медицини можна застосувати універсальні норми моралі, які характеризуються відповідністю установок абсолютним цінностям гуманізму.

У контексті культурологічного підходу в ієрархії медичних професійних цінностей можна виділити базові цінності, співвідносні з системою цінностей гуманістичної культури. Дослідники Ш. Шварц і М. Рокич виділяють 18 базових цінностей. У контексті нашого дослідження, на підставі теорії М. Рокича [443, с. 109] ми виділяємо такі базові цінності: життя, здоров'я, особистість, суспільство, благополуччя, рівність, захист, порятунок, турбота, любов. Ці базові цінності утворюють основу морально-професійної культури медичного працівника. Розглянемо деякі з них.

Життя як цінність визначає всі види діяльності лікаря. Усвідомлення ваги життя як біологічно-духовного феномена визначає ціннісно-мотиваційну сферу особистості медичного працівника, що виражається в свідомому виборі людиною медичної професії, визначенні своєї Я-концепції в тісному зв'язку з професійною діяльністю з порятунку і підтримки життя [90, с. 45].

Безпосереднім результатом визнання життя як головної цінності для медичного працівника є цінність здоров'я. Ця цінність, як базова, є для лікаря також предметом його професійної діяльності. Підтримка і збереження здоров'я людей – основна мета медицини. Причому суб'єктивна інтерпретація цієї цінності в свідомості лікаря розвивається: ідеальним зразком світогляду медика є руйнування межі між суб'єктивним і об'єктивним ставленням до цінності здоров'я, оскільки підтримка і збереження здоров'я інших людей – пряме завдання діяльності медичного працівника.

Хоча професійний підхід до здоров'я може знеособлювати медичну діяльність, особистість, як базова цінність у парадигмі медичних морально-професійних цінностей, набуває особливої акмеологічної значимості: в ідеалі медик не просто лікує тіло і / або психіку людини, він забезпечує тим самим гідні умови життєдіяльності особистості [90, с. 45].

Особливу значущість має соціальний вимір професійних цінностей медика. Розвиток цього твердження зумовлений такою ідеєю: гідне життя людини можливе в благополучному суспільстві, існування якого стає актуальним лише за умови гідного життя кожного члена суспільства. Причому, забезпечення здоров'я людей є основою цих суміжних процесів. Отже, професійна діяльність в сфері медицини сприймається як діяльність, що має особливу соціальну значущість. Цінність суспільства в свідомості медика трансформується у визнання особливого значення його професійної діяльності, тим самим обґрунтовується артикулювання в світогляді лікаря ідей професійного обов'язку та професійної відповідальності.

Сутнісною характеристикою професійної взаємодії всередині колективу медичних працівників є соціальна солідарність. Ця цінність дозволяє ставити в центрі професійної діяльності саме соціально значущі цілі. Цим на нормативно-ціннісному рівні відрізняється медична діяльність від інших професійних практик, оскільки медицина – сфера професійної діяльності підвищеної відповідальності і соціальної значущості, гарант гуманістичних принципів устрою сучасного суспільства. З урахуванням специфіки діяльності медичних працівників у контексті соціологічного підходу вчені виділяють такі цінності: повага до особистості пацієнта, відповідальність, толерантність, чесність, відкритість, професіоналізм, соціальна солідарність.

Психологічний підхід до розгляду цінностей професійної діяльності медика дозволяє виявити особистісно-професійні цінності, пов'язані з професійно важливими якостями особистості медичного працівника. В контексті психологічного підходу в ієрархії медичних професійних цінностей можна виділити особистісно-професійні цінності, до складу яких входять: любов до людей, обов'язок, емпатія, асертивність, оптимізм, саморозвиток.

Таким чином, враховуючи відносно універсальну природу професійних цінностей лікарів, відзначимо, які релевантні цінності американських лікарів виокремлюють вчені:

- а) на *культурологічному* рівні: життя, здоров'я, особистість, суспільство, порятунок;
- б) на *соціальному* рівні: повага, відповідальність, толерантність, чесність, професіоналізм, солідарність;
- в) на *психологічному* рівні: любов до людей, емпатія, обов'язок, асертивність, оптимізм, саморозвиток.

Професійні цінності актуалізуються в *професійних установах*. В американській освітній традиції чітко розмежовано відмінність між поняттями цінності (value) та установки (attitude). На думку американських вчених [404, с. 1295], цінність – це концепція бажаного, інтеріоризований критерій чи стандарт оцінки власних вчинків та дій інших людей. Установка – це закріплений спосіб реагування на інших людей чи на ситуації, який сформувався залежно від наших цінностей.

Хоча ієрархічно та хронологічно цінності та установки є різними концепціями, у них є багато спільних та відмінних рис. По-перше, цінності та установки – це дві важливі змінні, які впливають на когнітивний процес і поведінку людини. Саме тому вони важливі для нашого дослідження. По-друге, формування і цінностей, і установок має спільне джерело, що підкреслює їх важливу роль у формуванні компетентного фахівця. По-третє, вони є утвореннями, стійкими до змін. Головна відмінність між цими психологічними конструктами полягає в тому, що цінності сформовано під впливом соціальних та культурних чинників, а установки – під впливом особистого досвіду людини. Крім того, цінності мають більш-менш постійний характер, установки схильні змінюватися зі сприятливим досвідом.

Окрім безпосередньо професійних цінностей, установки формуються під впливом умов праці та проживання людини. Ситуації успіху, відчуття поваги від колег та пацієнтів, пріоритети середовища праці, критерії професіоналізму, притаманні конкретному колективу визначають характер професійних установок лікаря, які, по суті, є остаточною директивою до дії. Саме набір професійних установок, визначений ситуативно, становить *професійну поведінку* фахівця.

Таким чином, професійні цінності є центральним поняттям професійного розвитку фахівця з погляду психології. Ключовим показником їх сформованості є здатність медичного працівника діяти в професійній сфері відповідно до свого світогляду, тобто дієво-практичний компонент є показником сформованості морально-професійної культури лікаря.

У контексті медичної професії з метою формування професійних цінностей випускників вчені пропонують викладачам звертати увагу на всі аспекти навчальної діяльності: предметну підготовку, професійне спілкування, управління часом, позааудиторну зайнятість студента тощо (табл. 4.4) [404, с. 1295].

**Таблиця 4.4. Робота над формуванням професійних цінностей в медичних школах США**

<b>Аспект лікарської діяльності</b>	<b>Цінності та установки, які слід сформувати</b>	<b>Результати</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b><i>Освітнє середовище</i></b>		
Студенти	Повага до колег, колегальність, робота в команді, солідарність	Підвищення результатів академічних досягнень, мотивації до навчальної діяльності, зростання громадської відповідальності, гуманізму
Наставники-теоретики та наставники-клініцисти	Повага до наставників, вміння прислуховуватися до думки досвідченіших колег, критична самооцінка, прагнення до саморозвитку	Підвищення ефективності роботи, відчуття задоволеності власною працею
Керівництво медичної школи	Повага до керівництва, асертивність, прагнення до самовдосконалення	Створення сприятливих клінічних умов для навчання та діяльності, відчуття довіри до навчальної установи

Продовження табл. 4.4

1	2	3
<i><b>Клінічне середовище</b></i>		
Пацієнти	Усвідомлення цінності життя пацієнта, емпатія, повага	Покращення результатів лікування, підвищення задоволеності наданими послугами, зниження психологічних ресурсів, використаних при наданні послуг
Громадське середовище	Усвідомлення професійного обов'язку, чесність, оптимізм	Взаємодія з місцевими органами управління, громадськими установами, волонтерськими організаціями
Колеги, молодший медичний персонал	Взаємодопомога, толерантність, асертивність	Налагоджена кооперація зі структурними підрозділами медичної установи, атмосфера співпраці та взаємодопомоги, узгоджена діяльність всіх підрозділів команди з надання медичної допомоги

З метою розвитку ціннісної сфери студентів у медичних школах США значна увага приділяється організації їх позааудиторної та самостійної роботи. У кожній зі шкіл діє система самостійної діяльності, яку організовано певним структурним підрозділом університету – Управлінням з роботи зі студентами, яке, як правило, має велику кількість підзвітних відділів. Його основним завданням є будь-яка робота зі студентами, що сприяє їх особистісному зростанню. Цей напрям діяльності отримує серйозне фінансування. В системі магістерської освіти США існує спеціальність «Робота зі студентами», з якої можна отримати ступінь магістра освіти (Master of Education) за спеціалізацією «Робота зі студентами» (Student Affairs Specialization). В основному штат цих відділів складається з кваліфікованих фахівців із таким ступенем [15, с. 111].

Наприклад, у Медичній школі Гарвардського університету роботою зі студентами займаються декілька відділів: Управління у справах студентів (Office of Student Affairs), Управління з підбору кадрів та питань полікультурності (Office of Recruitment and Multicultural), Управління програми «Науковці в медицині», Управління з підтримки людей з інвалідністю (Office of Disability Services) та інші. Управління в справах студентів включає багато окремих відділів, які курують різні напрями діяльності студента. Наприклад, управління з питань фінансової підтримки займається питаннями оплати навчання, студентськими кредитами, стипендіальними програмами. Ефективність діяльності цього відділу школи підтверджена фактом, що за 2018 рік сума студентського боргу в Медичній школі становила 110548 \$, порівняно із загальнодержавними показниками 172551 \$ у державних медичних школах і 186407 \$ – у приватних [323].

Значну роль в організації позааудиторної діяльності відіграє студентське самоврядування, центральним ядром якого є студентський уряд (Student Government) – офіційний адміністративний орган, який представляє інтереси студентів перед адміністрацією школи і будь-якими іншими організаціями. На чолі студентського уряду стоїть його президент. Уряд складається з трьох органів – Сенату (Senate), судової (Judicial) і виконавчої гілок (Executive). Сенат окремої школи включає представників різних її підрозділів, а Сенат університету – представників різних коледжів чи факультетів університету. До функцій Сенату входить формування бюджету, обговорення складних питань і контроль за діяльністю інших гілок студентської влади. Студентський сенат відповідає за адекватне використання грошей студентського уряду, діяльність якого фінансується за рахунок студентських внесків і з бюджету вищого навчального закладу, формуючи спеціальний фонд студентства. Так, загальний бюджет студентського уряду Східно-Мічиганського університету, за даними керівника студентського уряду, становить 300000 доларів. Студентські внески використовуються для підтримки і проведення різних університетських студентських програм [15, с. 115].



При студентському уряді діє кілька комітетів. Академічний комітет (Academic Committee) спеціалізується на освітній політиці, аналізує роботу наукової бібліотеки та інформаційне забезпечення навчального процесу. Комітет з питань студмістечка (Campus Community Committee) працює зі студентськими громадськими організаціями, гуртожитком, спортивними секціями. Комітет культурного розмаїття (Diversity Committee) відповідає за міжкультурні взаємини і надання рівних можливостей представникам різних рас і народів. Фінансовий комітет (Finance Committee) безпосередньо формує бюджет студентського уряду. Організаційний комітет (Organizations Committee) займається внутрішніми справами, виборами, працює з радами коледжів. Комітет з контролю за оплатою за навчання (Tuition and Fees Committee) відстежує правомірність її підвищення. Комітет внутрішньоуніверситетських справ (University Affairs Committee) стежить за якістю харчування в університетській їдальні, роботою транспорту, університетської поліції, студентської поліклініки, книгарень і станом університетського оснащення. Комітети розробляють певні проекти і висувають різні ініціативи [113, с. 132].

Наприклад, у Медичній школі Університету Міннесоти орган студентського самоуправління називається Студентською радою (Student Council). Він складається з 4 представників з кожного року навчання і 2 представників з кампусу Дулут (Duluth campus). Окремо є представники різних студентських організацій. При Раді діють кілька постійних комісій: Комісія з питань етики (Ethics Committee), Комісія зі студентських питань і питань Ради (Student Affairs and Council Affairs Committee), Комісія з академічних та адміністративних питань (Academic and Administration Committee), Комісія з питань спільноти і позауніверситетських питань (Community and Extramural Activities Committee) та інші. Впродовж навчального року окремі комісії чи Рада загалом проводять зустрічі з керівництвом Школи та викладачами, обговорюючи усі поточні академічні, фінансові, управлінські питання [458].

Однією з характерних ознак організації позааудиторної діяльності студентів в американських медичних школах є її інтеграція з навчальною діяльністю. На думку американських вчених, академічний досвід студентів складається як з аудиторних, так і з позааудиторних видів діяльності, стратегічне використання обох середовищ (аудиторного і позааудиторного) є вирішальною умовою для оптимального навчання і розвитку студентів [15, с. 113]. Вихідною установкою є положення про те, що позааудиторна робота буде ефективною лише за умови, що вона стимулює інтерес до знань.

Серйозне ставлення студентів до позааудиторної діяльності визначається і тим, що в більшості клінік та лікувальних установ США розроблена система об'єктивних критеріїв, які використовують при відборі випускників на курси резидентури. Студенти добре розуміють, що роботодавці цінують прояв особистої та ділової ініціативи за межами університетських програм. Таким чином, студенти бачать у позааудиторній діяльності широкі можливості для свого професійного розвитку.

Як зазначалося, інтеграція навчальної і позааудиторної діяльності реалізується за допомогою роботи студента з консультантами (Advisor), який знайомить його з правилами життя в університеті, розповідає про різні варіанти кар'єрного росту, вимоги до них. Індивідуальна робота включає вивчення вподобань студента, його уявлення про майбутню професію, про те, які якості він хотів би у себе розвинути в процесі навчання, як проводити вільний час. На підставі отриманих відомостей на студента заповнюється велика інформаційна карта. Кабінет консультанта часто розташований в гуртожитку, де він проводить як навчальні заняття, так і індивідуальну роботу. Крім організації навчальної роботи консультант займається і дозвіллям студентів.

Ще однією формою інтеграції навчального процесу і позааудиторної роботи є участь у волонтерських програмах. Служіння суспільству, яке проявляється у формі волонтерства, є однією з найважливіших цінностей, які прищеплюються в процесі навчання в університеті. В навчальний процес починають активно включати «бе-

зоплатну працю» в клініках, притулках, геронтологічних центрах, Зацікавленість студентів в такій діяльності мотивується можливістю найкращим способом вивчити професію. Ідея залучення студентів до суспільно корисної діяльності базується на основних положеннях прогресивної освіти (Д. Дьюї) і прагматизму (У. Джеймс), які підкреслюють важливість практики і досвіду в навчанні. На думку сучасних американських дослідників, суспільно корисна діяльність сприяє особистісній та соціальній трансформації індивіда, забезпечуючи формування критичного мислення студентів і практичне оволодіння необхідними для життя навичками [15, с. 112]. Пошуком волонтерських проєктів займається волонтерський відділ медичних шкіл, який забезпечує зв'язок між соціальними службами конкретного штату і студентами школи. Співробітники відділу формують банк даних волонтерських можливостей.

Характерною рисою організації позааудиторної діяльності в США є визнання лідерства як цінності. В останні роки дедалі поширенішими стають розробка і здійснення лідерських програм. Необхідність розвитку лідерських якостей розглядають як одне з основних завдань вищої школи США. З 1980-х років лідерство стало предметом вивчення соціологічних, психологічних і економічних дисциплін. Досліджуються шляхи і способи розвитку лідерських якостей особистості. Виникає «філософія лідерства» (американці часто використовують слово «філософія» в сенсі «позиція», «світгляд».) У контексті позааудиторної роботи лідерство означає соціальну активність або активну життєву позицію. В такій позиції молодого фахівця зацікавлені насамперед роботодавці. Вона є гарантом того, що молодий лікар буде носієм свіжих ідей, неординарних підходів, сміливих рішень. В американських медичних школах є спеціальні відділення, які пропонують різноманітні лідерські програми.

В основі організації позааудиторної діяльності у ВНЗ США лежить принцип розмаїття (diversity). Його значущість пояснюється кількома факторами: по-перше, в США змінюється етнічний склад населення, інтенсивно зростає частка населення латиноамерикан-

ського, афроамериканського та азійського походження. Відповідно, до університетів вступає багато таких студентів. Наприклад, етнічний склад 645 студентів, зарахованих до Медичної школи Університету Сан-Франциско восени 2018 року, такий: 60 % – люди азійського походження, 42 % – європеїдного, 36 % – латиноамериканського, 24 % – афроамериканського, 4 % – тихоокеанського, 1 % – індіанського (сума перевищує 100 % у зв'язку з тим, що студент має право обрати більш, ніж одну етнічну приналежність) [459].

Включення питань культурного розмаїття в навчальну програму позааудиторної роботи позитивно впливає на ставлення до расових питань, академічне зростання, створення сприятливої академічної атмосфери й інтенсивне залучення студентів до внутрішньоуніверситетських справ.

Реалізація ідеї культурного розмаїття досягається через позанавчальну діяльність, до якої залучені і студенти, і викладачі. У ВНЗ створюються умови для прямої зацікавленості студентів у розвитку своїх талантів і підвищенні культурного рівня. Участь в університетських ансамблях, хорах, театральних клубах, заняття музикою, робота в гуртках, відвідування кінотеатру для перегляду спеціально складеного циклу художніх фільмів (найчастіше це екранізація класичних творів) – все це може зараховуватися до навчального процесу [15, с. 112].

Для прикладу, в Медичній школі Гарвардського університету створено відділ з питань розмаїття та партнерства з громадськістю (Office for Diversity Inclusion and Community Partnership). До однієї з важливих функцій відділу належить управління інститутом наставництва у Школі. В межах відділу реалізовано кілька програм, які спрямовано на кооперацію між викладачами, студентами, громадськістю. Однією з програм є програма K-12, яка спрямована на кооперацію з середніми та старшими школами і має за мету підвищити наукову грамотність і зацікавленість у науковій кар'єрі учнів середніх і старших класів у Бостоні, особливо осіб із соціальних груп, які недостатньо представлені в медицині, і жінок; сприяти заходам з підвищення кваліфікації для вчителів природничих дисциплін се-

редньої та старшої школи в Бостоні, створюючи таким чином професійне навчальне співтовариство, розробити міждисциплінарні навчальні матеріали для шкіл Бостона та Кембриджу, використовуючи реальні життєві проблеми. Окрім викладачів, до участі в цій програмі залучені студенти.

Організацією студентських заходів займаються представники громадських студентських організацій (Student Activity Board). Облік всіх існуючих і нових громадських організацій ведеться дуже суворо. Вони повинні бути зареєстровані спеціальним відділом, і тільки тоді отримують можливості для своєї діяльності: проведення будь-яких заходів (із зазначенням місця і часу проведення) тощо. Тільки в такому разі студентська громадська організація може отримати фінансову та організаційну підтримку. Діяльність таких організацій спрямована на задоволення найрізноманітніших інтересів студентів, пов'язаних з мистецтвом і культурою, спортом, бізнесом, релігією, благодійною діяльністю, новітніми технологіями, політикою, мультикультурною і расовою ідентифікацією тощо.

До найбільших студентських організацій в США належать так звані «грецькі організації». Їх історія починається з таємних студентських товариств, що зародилися в університетах США ще в середині XVIII століття. На сьогоднішній день в грецьких організаціях налічується 750 000 студентів, 12 000 відділень в 800 університетських кампусах США і Канади. Ними створена найбільша мережа волонтерської допомоги. Основними принципами цих організацій є принципи інтелектуального розвитку, лідерства, громадянськості, позитивних стосунків, цінності інтеграції [15, с. 114].

Однією з головних переваг американської системи вищої освіти є її висока адаптивність. Освітня система США, за підтримки держави, традиційно швидко реагує на всі виклики сьогодення і майбутнього, активно впроваджуючи в навчальний і науковий процес перспективні інновації. Як зазначалося, специфічною особливістю цієї системи освіти є її історична децентралізація – управлінські функції передані урядам штатів, а університети мають широку автономію, що постійно підкреслюється адміністрацією США всіх рівнів. Не-

зважаючи на цей факт, діяльність усіх вищих навчальних закладів США є втіленням єдиної довгострокової стратегії розвитку, яку визначає і підтримує держава. Інтернаціоналізація і глобалізація вищої освіти, як актуальні тенденції сучасної освіти, безумовно, є об'єктом цілеспрямованої державної політики, спрямованої на досягнення низки економічних і геополітичних цілей. Розвиток глобальних процесів в освіті на даному історичному етапі супроводжує бурхливе зростання впливу американських вишів як вагомих гравців на арені загальносвітової політики.

Наявність значної кількості міжнародних студентів також слугує подоланню традиційно високого етноцентризму американців, сприяє їх підготовці до лідерства в глобальному світі. Міжнародні студенти, як правило, більш мотивовані, високо цінують можливість отримання закордонної освіти, що позитивно впливає на загальну атмосферу в університеті і стимулює до навчання американських студентів. Серед іноземних студентів у США переважають азіатські студенти з найдинамічніших регіонів світу – Китаю, Індії, Тайваню, Кореї та Таїланду, які традиційно успішні не тільки в навчанні, але й в адаптації до американських реалій [66, с. 84]. Загалом, експорт освітніх послуг дозволяє США досягати позитивних результатів: це високі прибутки, наукова першість, формування проамериканських національних еліт, статус лідера в освіті і стимул до подальшого розвитку.

Сьогодні Держдепартамент США фінансує понад 450 освітніх консультаційних центрів мережі «Освіта в США», пряме керівництво якими в більшості країн світу здійснює некомерційна організація «Американські ради з міжнародної освіти» [66, с. 85]. Поряд з цим, уряди багатьох штатів реалізують місцеві програми для залучення міжнародних студентів.

У 2000 році під егідою «NAFSA» (Національної асоціації у справах іноземних студентів) була створена Національна Асоціація радників іноземних студентів. Кожен університет має штат співробітників, які відповідають за залучення міжнародних студентів; особливо активно в ряди радників наймаються випускники американських

університетів – колишні міжнародні студенти. Для отримання диплома радника необхідно закінчити курси підвищення кваліфікації, які проходять схвалення Держдепартаменту США. В американських культурних центрах, розташованих по всьому світу, проводяться регулярні лекції, які висвітлюють різні аспекти американської системи освіти, відбуваються зустрічі з представниками вищих навчальних закладів та освітні ярмарки [66, с. 86].

Усі перераховані вище зусилля з просування експортних освітніх послуг приносять бажані плоди лише при створенні в американських університетах комфортного для іноземців полікультурного середовища [238, с. 18]. Органи управління освітою США цілеспрямовано пропагують поширення звернення «міжнародні», а не «іноземні студенти», оскільки будь-який нюанс, який супроводжує навчання в американському ВНЗ, повинен слугувати створенню зручного для зарубіжних гостей психологічного клімату [52, с. 124]. Радники продовжують супровід міжнародних студентів і в університетах, де представляють їхні інтереси в спілкуванні з адміністрацією і зовнішнім світом, допомагають вирішувати навчальні, побутові та особисті проблеми. Одним з головних завдань «Національної Асоціації радників іноземних студентів» є регулярний обмін досвідом роботи з іноземцями.

У США існує спеціалізована радіостанція «Americas Global College Forum. CFM», цільовою аудиторією якої є міжнародні студенти. У навчальних закладах цілеспрямовано створюється режим підтримки всіх етнічних груп. Особливе значення надається залученню студентів всіх національностей до громадської діяльності. У програмах багатьох навчальних закладів передбачені курси інтенсивного вивчення англійської мови, уроки полікультуралізму і крос-культурної комунікації; діаспори відзначають національні свята разом з усім університетом. У практичному керівництві з управління університетом його автор Р. Т. Флаун, який у минулому очолював американський ВНЗ, відзначає і проблеми, пов'язані з етнічними діаспорами. Він радить майбутнім керівникам університетів при виборі громадських лідерів рівномірно розподіляти лідерство

між представниками всіх національних діаспор з метою профілактики неминучого в іншому випадку студентського невдоволення [325, с. 24].

Незважаючи на те, що вартість навчання в США дуже висока, деякі категорії іноземних студентів мають можливість за особливих умов отримати безкоштовну освіту. Але загальний відсоток таких студентів мінімальний та істотно не впливає на процес освітнього експорту. Це дуже обмежені категорії біженців, жертв торгівлі людьми, мешканці Самоа і Куби. Фінансова допомога міжнародним студентам, яку здійснює Центр підтримки освіти, вкрай обмежена і видається переважно на прагматичних підставах. Шанси на отримання допомоги зростають протягом другого і наступних років навчання у студентів, які мають академічні, спортивні, музичні та громадські досягнення, що принесли користь американському ВНЗ. Американська сторона при розподілі допомоги також надає перевагу магістрам і випускникам магістратури, які вже беруть участь у фундаментальних дослідженнях [66, с. 88].

Чітка державна стратегія розвитку міжнародної освіти США давно принесла країні репутацію головного світового лідера на ринку освітніх послуг. Виграшні умови в глобальній освітній конкуренції забезпечено багатьма перевагами США: сильна економіка і розвинена освітня інфраструктура, міжнародна мова і всім зрозуміла культура. Використання цих ресурсів для залучення кращих інтелектів і подальшої геополітичної експансії дозволить США в майбутньому примножувати ці переваги і нарощувати потенціал своєї країни як наддержави. Активна участь у процесі інтернаціоналізації і глобалізації освіти є одним із важливих чинників підтримки внутрішньої і зовнішньої конкурентоспроможності американських ВНЗ і поширення геополітичного впливу США в світі.

Таким чином, формування особистості майбутнього лікаря є багатоплановим і пріоритетним процесом для медичних шкіл у США. Втілення засад особистісно-орієнтованого підходу стало запорукою ефективного формування кваліфікованого фахівця медичного профілю. Це зумовлено зорієнтованістю американської медицини на



потреби й інтереси пацієнта. Індивідуалізованість прийомів, методів, форм роботи зі студентами, розгалужена мережа консультаційних послуг сприяють ефективному просуванню кожного студента по кар'єрній ієрархії. Іншою перевагою фахової підготовки лікарів у США є акцент на розвитку їх ціннісно-мотиваційної складової, яка відіграє важливу роль у становленні компетентного медика. Сприяє цьому налагоджена система організації позааудиторних форм роботи, зосередження на проблемах полікультурного навчального середовища, гуманізація форм роботи з іноземними студентами.

### ***4.3. Сутність та специфіка професійного вдосконалення випускників університетів в умовах резидентури***

Обов'язковою умовою для здобуття повної медичної освіти, як і в багатьох інших країнах, стало складання ліцезійного іспиту. В США це United States Medical Licensing Examination (USMLE) – іспит з отримання медичної ліцензії Сполучених Штатів Америки, який складається з кількох логічних етапів і організований під наглядом Федерації державних медичних управлінь (Federation of State Medical Boards – FSMB) та Національної медичної екзаменаційної комісії (National Board of Medical Examiners – NBME). Майбутні лікарі зобов'язані скласти цей іспит з метою здобуття дозволу на ведення медичної практики в Сполучених Штатах Америки.

USMLE оцінює здатність майбутнього медичного працівника застосовувати отримані знання та вміння, а також визначає фундаментальні, зорієнтовані на пацієнта, навички, що складають основу безпечного і ефективного догляду за хворим [497]. Студенти і лікарі, які отримали освіту за межами США, складають ті ж самі тести й оцінюються за тими ж стандартами, що й випускники медичних ВНЗ США.

Ціллю USMLE є, насамперед, перевірка здатності випускника вирішувати професійні завдання, а не просто запам'ятовувати матеріал. Завдання для іспиту готує екзаменаційна комісія, яка складається з викладачів медичних ВНЗ та лікарів з усіх регіонів Сполучених Штатів. Сам іспит складається з чотирьох етапів: Step 1 – Крок 1, Step 2 CK (Clinical Knowledge) – Крок 2 (клінічні знання), Step 2 CS (Clinical Skills) – Крок 2 (клінічні навички), Step 3 – Крок 3.

Студенти та аспіранти, які до складання іспиту USMLE навчалися за програмами ВНЗ США або Канади, які є акредитованими КЗМО або Комітетом з акредитації канадських медичних шкіл (Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools), та які присвоюють ступені доктора медичних наук та доктора остеопатичної медицини, реєструються для складання Step 1 і Step 2 у присутності NBME. Студенти та аспіранти медичних шкіл, які не належать до зазначених вище категорій, реєструються для складання іспиту при Комісії з питань освіти випускників іноземних медичних навчальних закладів (Educational Commission for Foreign Medical Graduates – ECFMG) Випускники американських, канадських і зарубіжних медичних шкіл реєструються для складання Step 3 при FSMB або в присутності представників медичного ліцензувального органу США.

Іспит Step 1 складається на комп'ютері. Він є, по суті, сукупністю тестів множинного вибору, які призначені для перевірки знань предметів, що вивчаються протягом двох перших курсів медичного ВНЗ США і більшості країн Європейського Союзу, тобто знань основ медичної науки (Basic Medical Sciences Exam). Оцінка володіння основами медичних знань відбувається за допомогою змодельованих конкретних клінічних випадків. Іспит включає 308 запитань (7 блоків по 44 запитання кожен), на відповіді відводиться 7 годин, із 45-хвилинною перервою. Середній обсяг запитань становить 60–70 слів.

Іспит Step 2 складається з двох підетапів. Перший підетап (Step 2 CK) передбачає перевірку клінічних знань студента. Як і

Step 1, він проводиться на комп'ютері, передбачає вибір правильного варіанта із запропонованих відповідей і спрямований на перевірку знань з предметів, що вивчаються на останніх курсах медичного ВНЗ, основ клінічної проблематики та готовності студента до практики під наглядом керівника. Основна тематика іспиту (60 % запитань) – первинне медичне обслуговування з акцентом на лікуванні внутрішніх хвороб. Іспит включає 370 запитань, на які відводиться 8 годин із 45-хвилинною перервою. Середній обсяг запитань становить 100–110 слів.

Наступний підетап, Step 2 CS спрямований на перевірку клінічних навичок студента. Це практичний «живий» іспит з використанням так званих стандартних пацієнтів для перевірки міжособистісних, комунікативних і клінічних навичок майбутнього лікаря. В ході тестування перевіряють також сформованість лікарського такту, навичок розмовної англійської мови, вміння взаємодіяти з пацієнтом. Іспит триває 1 день, у ньому беруть участь 12 умовних пацієнтів. Якщо два попередні іспити можна скласти дистанційно, то третій – тільки в США (міста Атланта, Чикаго, Х'юстон, Лос-Анджелес, Філадельфія). На кожного пацієнта студенту відводиться 25 хвилин (15 хвилин – на прийом пацієнта, 10 хвилин – на заповнення карти). Оцінка за Step 2 CS складається з 3 показників: комплексний клінічний прийом (ICE – Integrated Clinical Encounter), комунікативні / міжособистісні навички (CIS – Communication / Interpersonal Skill), володіння розмовною англійською мовою (SEP – Spoken English Proficiency). Якщо хоча б за одну частину екзамену отримана незадовільна оцінка, то й весь іспит вважають нескладеним. Особливість іспиту полягає в тому, що стандартні пацієнти також ставлять оцінки, користуючись спеціальним контрольним бланком. Окрім цього, прийом хворих записують на відео, і за цим параметром, для більшої достовірності, виставляють окремі бали. Іспит триває 2 дні (16 годин) і включає 480 тестових запитань і 9 змодельованих клінічних випадків, які розбираються на комп'ютері. Варто зазначити, що в ході складання іспиту USMLE і американські, й іноземні студенти оцінюються

не в порівнянні один з одним, а згідно з встановленим річним стандартом. Цей стандарт залишається незмінним протягом року.

Останні два важливі етапи здобуття медичної освіти в США – проходження резидентури та складання іспиту Крок 3. Резидентура є обов'язковою є для більшості спеціальностей у більшості штатів США. Проте, для окремих спеціальностей (наприклад, загальна практика) достатньою умовою для отримання ліцензії на практику є проходження одного року інтернатури. За вказівкою ACGME, з 1975 року вживання терміна «інтерн» було зведено до мінімуму, натомість використовують термін «резидент», незалежно від року післядипломної підготовки.

У сучасній медичній школі США резидентура, як етап післядипломної освіти, є одним з найважливіших для кар'єрного росту фахівця, оскільки він передбачає відносну автономію разом обмеженою відповідальністю молодого спеціаліста. Тривалість резидентури суттєво відрізняється залежно від спеціальності (від 3 років для сімейної медицини до 7 років для нейрохірургії). Окрім тривалості навчання, відрізняється також кількість програм, на які може подати документи випускник медичної школи. Наприклад, у 2015 році навчально-лікувальні установи пропонували 400 програм з внутрішньої медицини і тільки 26 – з торакальної хірургії. Відповідно, за один рік 7000 резидентів навчалися за програмою внутрішньої медицини, тоді як, наприклад, за програмою дерматології – 407 [295].

Деякі спеціальності (онкологія, кардіологія, неонатологія, різні галузі хірургії), окрім проходження резидентури, вимагають більш поглибленого навчання, яке називається вузькоспеціалізованою практикою (fellowship). Вона триває 1–2 роки і здебільшого передбачає виконання наукової роботи.

Розглянемо особливості навчання на цьому етапі в США на прикладі курсу резидентури в галузі загальної психіатрії в Медичній школі Гарвардського університету. Тривалість навчання, на яке щороку зараховують 28–32 молодих фахівці, становить 4 роки. До основних вимог до зарахування на курс належать:

- а) вміння раннього виявлення психічних розладів у всіх вікових групах, встановлення диференційованого діагнозу за клінічними та лабораторними методами, лікуванні захворювань з використанням усіх сучасних психологічних, біологічних, поведінкових та соціальних методів;
- б) знання основних теорій і напрямів психіатрії;
- в) розуміння психологічних, соціальних, економічних, етнічних, сімейних та біологічних факторів, що впливають на розвиток людини, психічні захворювання та їх лікування;
- г) розвинене почуття відповідальності та поваги до пацієнтів;
- г) усвідомлення високих етичних стандартів та необхідності постійного професійного розвитку,
- д) здатність працювати за мінливих і стресових обставин;
- е) умов середовищі охорони здоров'я, що підкреслює економічну ефективність лікування;
- є) вміння кооперації, навчання інших, нагляду за молодшим медичним персоналом, співпраці з представниками інших служб (соціальної, судово-медичної тощо).

Проходження резидентури слухачами відбувається за однією з п'ятьох програм:

1. Резидентура в галузі дорослої психіатрії при Кембриджському альянсі здоров'я (Cambridge Health Alliance Adult Psychiatry Residency Training Program) передбачає соціально-культурний підхід до розуміння психічних захворювань. Слухачі навчаються, передусім, через спеціально організовані заняття та спостереження за лікарями-практиками. Окрім безпосереднього вивчення усіх сучасних форм психотерапії, навчальний план також включає біологічний компонент: нейропсихіатрію, психофармакологію, які вивчають протягом всього чотирирічного перебування в резидентурі в кожній клінічній ротації. Як стверджують організатори самої програми, її важливими перевагами є а) доступ до значної кількості пацієнтів різних соціальних, вікових, культурних груп та б) можливість працювати в різних умовах (стаціонарній й

- амбулаторні лікарні, служби екстреної допомоги, домашні візити, поліклінічні відділення, соціальні клуби та клініки для національних меншин).
2. Резидентура в галузі психіатрії при Медичному центрі імені Бет Ізраель (Beth Israel Deaconess Medical Center Harvard Psychiatry Residency Training Program) спрямована на формування й розвиток лідерських якостей фахівців у галузі психіатрії. У межах програми використовують метод учнівства і стажування як основну форму підготовки резидентів. Навчальний план охоплює психопатологію, фармакологію, психотерапію та нейрологію.
  3. Резидентура в галузі психіатрії при Клініці «Брігам енд Віменс» забезпечує широку клінічну підготовку за напрямками психоонкології, медичної психіатрії, аддиктології, дитячої та підліткової психіатрії. Особливістю програми є акцент на дослідницькій складовій.
  4. Резидентура в галузі дорослої психіатрії при Загальній лікарні Массачусетса і Лікарні Маклін зосереджена на використанні останніх експериментальних досягнень науки. Під безпосереднім наглядом лікарів-практиків резидентів навчають виконувати різні ролі сучасного психіатра – клініциста первинної ланки, консультанта, лідера, лікуючого лікаря. Ретельний нагляд лікуючих лікарів доповнюються комплексною навчальною програмою, яка охоплює вузькі напрями психіатрії: психодинамічна психотерапія, клінічні дослідження в психіатрії, судова психіатрія, глобальна психіатрія тощо. Зазначена програма характеризується варіативністю, гнучкістю та факультативністю методів і форм її втілення (дидактичні семінари, обходи та клінічні конференції).
  5. Резидентура в галузі психіатрії «Південний берег» більше зосереджена на гуманітарній складовій підготовки: розвитку лідерських якостей, вмінь навчати інших, дослідницької етики. На прикладі цієї програми розглянемо навчальний план

та особливості проходження резидентури майбутніми фахівцями в галузі психіатрії.

Навчання охоплює обов'язкові та елективні курси, ротації в різних видах лікувальних та реабілітаційних закладів. Під час першого року навчання студенти проходять такі курси: стаціонарна психіатрія (3 місяці), геріатрична психіатрія (1 місяць), діагностична психіатрія (1 місяць), аддиктологія (1 місяць), внутрішня медицина (4 місяці), амбулаторна неврологія (2 місяці). Другий рік навчання передбачає вивчення стаціонарної психіатрії (2 цикли по 1 місяць), дитячої і підліткової психіатрії (2 місяці), громадська психіатрія (1 місяць), консультаційна психіатрія (2 цикли тривалістю 1 і 2 місяці), судова психіатрія (1 місяць), одномісячний цикл нічних чергувань, 1 місяць елективного курсу (паліативна допомога / дитяча психіатрія / довгострокова психіатрична допомога). До програми третього року навчання належать: лікування тяжких психічних розладів (3 місяці), двомісячна програма догляду за бездомними ветеранами та 12 місяців навчання з амбулаторної психіатрії, лікування посттравматичного стресу, наркотичної та алкогольної залежності. Четвертий рік навчання повністю передбачає вивчення елективних курсів, які, крім згаданих вище дисциплін, включають нейрохірургію, ендокринологію, сомнологію, інтерпретацію електроенцефалограми, жіноче здоров'я, психодинамічну психотерапію, методи обезболення тощо [400].

Як видно, описані програми резидентури мають деякі спільні ознаки:

- а) кожна з них має різну кінцеву мету залежно від галузі самої психіатрії й акцент стоїть на різних напрямках підготовки (клінічний, дослідницький, викладацький);
- б) всі програми передбачають вивчення вузькоспеціалізованих дисциплін, які відповідають концепції самої програми;
- в) клінічна база, методи навчання та фахівці, які його забезпечують, відрізняються залежно від цілей самої програми;
- г) міждисциплінарний підхід, інтеграція різних видів діяльності молодого фахівця, кооперація лікувальних та навчальних

установ є головними особливостями функціонування зазначених програм. Вивчення аналогічних курсів резидентури в Медичній школі Гарвардського університету та багатьох інших медичних навчальних закладів у США показує, що описані програми можна вважати репрезентативними, оскільки їх характеристики притаманні й для інших програм.

Під час навчання у резидентурі або наприкінці його молодий фахівець складає іспит Крок 3, який необхідний для отримання медичної ліцензії. Він перевіряє здатність лікаря застосовувати медичні знання і його розуміння біомедичних та клінічних дисциплін, які є необхідними для незалежної лікарської практики. Основний акцент при цьому робиться на веденні пацієнтів в амбулаторних умовах. Іспит є комп'ютерним тестом, який поділений на два дні.

У перший день, який називається «Основи самостійної практики» (Foundations of independent practice), майбутнього лікаря перевіряють на знання базових медичних і наукових дисциплін. Екзамен охоплює 233 тестових запитання, які поділені на 6 блоків (38–40 питань в кожному), на які відводиться по 60 хвилин. Загалом тест триває 7 годин, в тому числі 45 хвилин перерви і 15 хвилин інструктажу. На відміну від Step 1 і Step 2 СК, перша частина Step 3 містить також завдання, засновані на наукових текстах або описах клінічних випадків, після яких іде комплект запитань.

Впродовж другого дня, який називається «Поглиблена клінічна медицина» (Advanced clinical medicine), оцінюється здатність екзаменованого застосовувати медичні знання в контексті ведення пацієнта в клінічних умовах. Загалом весь тест триває близько 9 годин. Окрім 180 тестових питань (6 блоків по 45 питань), формат цієї частини також передбачає розв'язання 13 клінічних випадків, які симулюються на комп'ютері. На кожен випадок відводиться 10–20 хвилин реального часу. Цей вид завдань використовується для оцінки здатності аналізувати і розуміти історію хвороби, результати фізикального обстеження, призначати діагностичні тести, вибирати первинне лікування і вести пацієнта залежно від того, як він реагує на дії лікаря.



Успішне складання іспиту Крок 3 та завершення усіх курсів у межах резидентури є останнім етапом здобуття ліцензії на лікарську практику. Процедура отримання ліцензії називається професійною сертифікацією (board certification) і фактично складається з двох етапів – складання ліцензійного іспиту Крок 3 і спеціалізованих іспитів. Ліцензування здійснюється однією з 24 сертифікаційних рад і, окрім виконаних попередніх вимог (складання ліцензійних іспитів, отримання ступеня MD чи DO), передбачає складання спеціалізованого іспиту, який може містити один або більше компонентів. Як правило, це письмова робота та контроль сформованості практичних навичок фахівця. Впродовж останніх десятиліть використання стандартизованих пацієнтів (симулянтів) отримало багато критики зі сторони науковців та клініцистів-практиків, тому дедалі частіше сертифікаційні ради почали використовувати віртуальних пацієнтів (human patient simulator), а письмову частину іспиту замінювати комп'ютерним тестом, що забезпечує об'єктивність процедури сертифікації.

Як бачимо, процес отримання ліцензії на медичну практику є складним і тривалим. Попри це, прозорість, чіткість та справедливість системи конкурсного відбору створює сприятливі умови для навчання студентів, підвищує їх мотивацію, забезпечує взаємозв'язок теорії та практики на всіх етапах здобуття вищої медичної освіти.

Слухачі резидентури є основною робочою силою у багатьох американських лікарнях. Як зазначалося, тривалість робочого дня і тижня є значною, при цьому річна зарплата в роки післядипломної підготовки рідко перевищує 40 тисяч дол., що приблизно втричі нижче від зарплати практикуючого лікаря.

Період інтернатури є найскладнішим для молодого фахівця за характером навантаження, оскільки він перебуває в підпорядкуванні всього іншого персоналу відділення – лікуючих лікарів, резидентів старших років навчання. Більшість робочого часу інтерна проходить у лікарнях, багато часу приділяється роботі у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, в приймальному відділенні та впродовж ніч-

них чергувань. Розподіл часу, проведеного в цих відділеннях, залежить від спеціальності.

Впродовж другого року навчання діапазон обов'язків резидентів поступово розширюється. Вони очолюють лікувальні команди, до яких входять один або два інтерни та кілька студентів-медиків. Перебуваючи в прямому контакті з лікарями, вони беруть безпосередню участь у розробці планів обстеження, лікування і реабілітації хворих. Їх обов'язки також включають навчання інтернів і студентів. Окрім цього, резиденти другого і наступних років навчання проводять більше часу, працюючи з вузькими спеціалістами. Вони вибирають ті дисципліни, які їм необхідні для подальшого кар'єрного розвитку, і працюють як помічники лікарів-фахівців.

Після складання іспиту Крок 3, іспиту з обраної спеціальності та отримання ліцензії на практичну діяльність навчання молодого фахівця не завершується, оскільки він вступає на етап безперервної післядипломної освіти, комплексу заходів, спрямованих на постійне вдосконалення лікаря за рахунок відвідування тренінгів, лекцій, семінарів, майстер-класів та інших заходів з професійного вдосконалення.

Безперервна післядипломна освіта (БПО) – важлива вимога сучасної медицини, яка необхідна як для системи охорони здоров'я в цілому, так і для самих лікарів [3, с. 53]. По суті, це освітній процес, за допомогою якого медичні працівники оновлюють і покращують свої професійні знання і навички. Вона спрямована на підтримку і розвиток знань, розширення професійних навичок, підтримання зв'язків з іншими лікарями, обмін досвідом. Цілі БПО – поліпшення якості і підвищення безпечності медичної допомоги для пацієнтів, зменшення кількості лікарських помилок і підвищення задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги.

Структурно система БПО в США включає:

- а) комплекс освітніх заходів;
- б) установи, які їх надають;
- в) механізми, що забезпечують своєчасність і якість проходження цього етапу.

Слід зазначити, що в США вимога безперервності медичної освіти була зумовлена істотно зміненими умовами в охороні здоров'я: різким збільшенням обсягу медичної інформації та швидкістю її поновлення; появою безлічі високоактивних лікарських засобів та високотехнологічних методів діагностики і лікування; збільшенням частки хронічних неінфекційних хвороб у структурі захворюваності й смертності населення; подорожчанням медичної допомоги; підвищенням інформованості і запитів самих пацієнтів.

Забезпеченням БПО в США займаються різні медичні організації: науково-дослідні інститути, лікарні, наукові асоціації та товариства, колегії фахівців і науковців, вчені та спеціалізовані ради, міжнародні організації, бібліотеки. Ці організації (їх в США понад 600) можуть бути як окремими підрозділами навчальних і лікувальних установ, так і комерційними фірмами. Вони повинні бути акредитовані для здійснення освітньої активності з метою підтвердження відповідності необхідним стандартам і можливості присвоєння кредитів. Цю функцію виконує Акредитаційна рада (Accreditation Council for Continuing Medical Education), створена за участю АМА. Радою сформовано низку вимог, які пред'являє акредитаційна рада: наявність адекватних клінічних умов для проведення навчання; високий професіоналізм викладачів; чітко декларовані мета і завдання навчання; програма навчання, що відповідає декларованій меті; використання сучасних дистанційних технологій освіти; доступність навчання за ціною; наявність інтернет-сайту для отримання інформації; посилання на необхідні джерела інформації тощо.

На веб-сторінці Ради лікар може знайти всю необхідну інформацію. Зручним є ресурс пошуку організацій, що надають послуги БПО, який дає можливість задати параметри пошуку за штатом, містом, типом організації тощо.

Навчання відбувається за допомогою традиційних освітніх технологій (навчання в освітній установі шляхом проходження курсу лекцій і практичних занять) та з використанням сучасніших методів, наприклад, шляхом самостійного вивчення спеціальних електронних

освітніх матеріалів (модулів) або на робочих місцях, використовуючи системи підтримки прийняття клінічних рішень.

Фінансується БПО в США з найрізноманітніших джерел і їх комбінацій: самими медичними працівниками, роботодавцями (лікувально-профілактичними установами), фармацевтичними компаніями, державою і страховими компаніями, професійними медичними асоціаціями (палатами, товариствами), які розробляють освітні програми та відповідність кваліфікаційним вимогам, а також часто самі проводять освітні заходи.

Для прикладу розглянемо діяльність однієї з акредитованих організацій, які надають послуги в межах БПО. Медична школа Гарвардського університету надає багато різних освітніх послуг, які визнані Радою як частина професійного удосконалення лікаря. Наприклад, впродовж березня 2019 року Управлінням з питань БПО заплановано проведення таких заходів: «Інтенсивний курс з транскраніальної магнетичної стимуляції», «Хронічні захворювання у молодих людей: оптимізація лікування і перехід від педіатричної допомоги до послуг для дорослих», «Системний підхід до оцінювання в медичній освіті», «Новації у психофармакології» та інші [355].

Таким чином, здобуття медичної освіти в США – це безперервний процес навчання, який починається з попередньої домедичної природничо-наукової підготовки після завершення школи і продовжується на післядипломному етапі, після проходження курсу навчання в резидентурі і в межах інституту безперервної професійної освіти.

## ***Висновки до четвертого розділу***

Особистісно-орієнтований та компетентнісний підхід стали основними у навчанні студентів медичного профілю в США. Це зумовлено зорієнтованістю американської медицини на особистість пацієнта. Особистісно-орієнтований підхід реалізовано

через розгалужену мережу консультаційних послуг, індивідуалізованість прийомів, методів, форм роботи зі студентами. Зокрема, функціонування консультаційних відділів та низки схожих управлінь по роботі зі студентами забезпечують індивідуальне планування професійного розвитку студента, надання постійного зворотного зв'язку, психологічну діагностику з метою вибору оптимальних форм роботи.

Компетентнісний підхід, втілений через затвердження Радою з акредитації вищої медичної освіти переліку компетентностей, які складають професіограму сучасного лікаря, уможливує дієве формування компонентів кожної з них у межах спеціально розроблених навчальних, дослідницьких, виховних форм роботи. Важливою складовою цього процесу є формування та розвиток творчого потенціалу студентів.

Узагальнюючи досвід США у формуванні творчої особистості студента медичного профілю, варто звернути увагу на такі здобутки систем вищої медичної освіти цієї країни:

- 1) надання студентам можливості вивчати предмети за вибором, брати участь у різноманітних програмах, конкурсах на отримання грантів, винагород, які студенти можуть використати на навчання за кордоном, на проведення науково-дослідних робіт;
- 2) застосування методів навчання, що активізують розумові здібності студентів, мотивують до пізнання, творчої діяльності;
- 3) широкий вибір темпів навчання, цілей, методів, навчального матеріалу, вимог до рівня успішності;
- 4) застосування технології індивідуалізованого навчання з усіх предметів, від мінімальної модифікації в процесі групового навчання до незалежного навчання;
- 5) використання передових досягнень освіти, науки і техніки, залучення потужних інвестицій в науково-освітню сферу.

Центральним поняттям професійного розвитку фахівця з точки зору психології є професійні цінності та установки, які визначають

професійну поведінку та професійну придатність медичного працівника, його здатність діяти в професійній сфері відповідно до свого світогляду. У США цьому сприяють налагоджена система організації позааудиторних форм роботи, зосередження на проблемах полікультурного навчального середовища, гуманізація форм роботи з іноземними студентами.

Отримання медичної освіти в США – це багатоступеневий процес тривалого і безперервного навчання, який починається з попередньої домедичної природничо-наукової підготовки, продовжується на додипломному етапі у власне медичній школі і завершується на післядипломному етапі після проходження курсу навчання в резидентурі, складання ліцензійних іспитів та іспитів з обраної спеціальності, чим суттєво відрізняється від української системи підготовки лікарів.

Додипломний етап проходить у медичній школі й полягає у вивченні теоретичних і клінічних дисциплін. Децентралізованість освіти в США дає медичним школам можливість укладати навчальні плани автономно, а студентам – самостійно обирати порядок і темп вивчення академічних дисциплін. Загальною особливістю є умовний поділ додипломного етапу на доклінічну (теоретичну) та клінічну складові. З кожним роком навчання в медичній школі зростає частка форм роботи, пов'язаних із стажуванням і практикою студентів.

Важливим компонентом підготовки молодого фахівця медичного профілю є післядипломний етап, що полягає в проходженні резидентури, яка є обов'язковою частиною клінічного навчання для більшості спеціальностей у США. Аналіз програм резидентури різних медичних шкіл уможливив виокремлення певних спільних ознак:

- а) більшість програм має специфічну кінцеву мету, що передбачає вивчення вузьких дисциплін, які відповідають концепції самої програми;
- б) клінічна база, методи навчання та фахівці, які його забезпечують, відрізняються залежно від цілей самої програми;

- в) стимулювання наукових досліджень і навчання роботи в команді є основними діяльнісними компонентами етапу резидентури;
- г) міждисциплінарний підхід, інтеграція різних видів діяльності молодого фахівця, кооперація лікувальних та навчальних установ є головними особливостями функціонування програм резидентури.

## ВИСНОВКИ

У монографії узагальнено досвід університетів США щодо організації професійної підготовки лікарів. За результатами проведеного дослідження стверджуємо про досягнення поставленої мети, вирішення завдань і формулюємо такі висновки:

Ретельний аналіз генези медичної освіти в США дає усі підстави запропонувати авторську періодизацію розвитку американської вищої медичної освіти. Критеріями обґрунтування історико-педагогічної періодизації розвитку вищої медичної освіти США стали: домінуюча науково-педагогічна парадигма, в межах якої розвивалася вища медична освіта; характер політичних, соціальних та економічних подій в країні; прийняття на законодавчому рівні своєчасних управлінських рішень, спрямованих на модернізацію системи медичної освіти, підвищення якості надання медичних послуг; системне підвищення рівня медичної культури населення; рівень якості життя, зумовлений прискореним розвитком країни.

За основу класифікації взято «Звіт А. Флекснера» (1910), комплексний аналітичний документ, який став підґрунтям багатьох трансформацій у галузі медичної освіти. На підставі цього було виділено дореформений і післяреформений етапи. До основних особливостей дореформеного етапу належить: домінування «учнівської» моделі здобуття медичної освіти; наявність значної кількості неакредитованих приватних медичних шкіл і самої процедури акредитації; відсутність наукових досліджень у межах навчальних закладів. Післяреформений етап, що подав нову парадигму професійної підготовки лікарів, передбачав: академічність медичної освіти; розширення кола фундаментальних і природничих дисциплін у межах навчального плану; впровадження масштабних наукових досліджень у межах медичних шкіл та їх інтеграція з університетами; скорочення кількості медичних шкіл за рахунок ретельного інспектування та складної процедури акредитації.



Важливим чинником системних змін були політичні, соціальні та економічні події в країні (доколоніальний, колоніальний, періоди становлення національної системи медичного забезпечення, реформування та удосконалення національної системи медичної освіти, розвитку системи медичної освіти в умовах глобалізації).

Для доколоніального періоду характерною є відсутність єдиної централізованої стандартизованої педагогічної системи. Медичні знання передавалися в усній формі і базувалися на багатовіковому емпіричному досвіді корінних жителів Америки. Колоніальний період характеризується поселенням релігійних емігрантів на території США. Основні здобутки цього періоду – запровадження обов'язкової освіти, відкриття перших колоніальних коледжів, становлення медичної освіти у формі «учнівської» моделі навчання, що стало початком інституалізації професійної підготовки лікарів.

Становлення національної системи медичного забезпечення зумовлено фундаментальними соціально-політичними перетвореннями, становленням оновленої законодавчої бази країни, врахуванням територіальної специфіки, розвитком економіки. Тому виникає потреба у працівниках економічної, політичної, медичної, освітньої сфер, в результаті чого відбувається реформування тогочасної «учнівської» моделі, утверджується ідея відкриття нових знань через клінічні дослідження. Це сприяло перетворенню медичних шкіл із автономних установ у частини університетів як потужних навчально-дослідницьких закладів.

Період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти відзначився потребою подолання суттєвих соціальних викликів: сегрегації у галузі освіти загалом та медичної освіти, зокрема. Зміни у структурі навчання в медичній школі охоплювали: розширення навчального плану за рахунок нових дисциплін і лабораторних й наукових робіт, впровадження чотирирічного навчального плану із дев'ятимісячними семестрами, заміщення окремих медичних шкіл підрозділами в університетах, нагромадження значних фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я і медичної освіти, розширення мережі нових лабораторій, запровадження ета-

пів інтернатури та резидентури як обов'язкових для професійної підготовки лікарів. У галузі фінансування вищої медичної освіти трансформації відбулися за рахунок появи федеральних грантів на підтримку медичних шкіл та університетських лікарень. Процеси інтеграції та кооперації ВНЗ дозволили впровадити міждисциплінарний підхід до навчання, що привело до структурних змін всередині самих університетів, а саме до створення міждисциплінарних департаментів.

Період розвитку системи медичної освіти в умовах глобалізації відзначається активною участю президентів США у формуванні освітньої політики країни та істотним посиленням державного регулювання вищої освіти як на законодавчому, так і на адміністративному рівнях. Це виявилось в таких тенденціях: реформуванні системи федерального і штатного управління вищою школою; зростанні значення системи законодавчого регулювання вищої освіти США; зміні методів, технологій, форм здобуття вищої освіти з метою забезпечення індивідуалізації, гуманізації та інтенсифікації навчального процесу, в тому числі за допомогою розширення використання нових технологій в освітньому процесі.

Виокремлено і обґрунтовано глибше розуміння таких понять, як «освіта», «вища освіта», «професійна освіта», «медична освіта», «якість вищої освіти», «моніторинг», «управління». Особливістю американської педагогічної науки у визначенні базових понять є своєрідна «пацієнтоцентричність». Зокрема, в межах дослідження поняття «особистість» розглядається як складне утворення, що в контексті освіти охоплює цінності, вольові особливості, стиль мислення тощо. Вища освіта розглядається як сукупність заходів, спрямованих на підготовку і перепідготовку фахівців такого рівня, що задовольняє потреби особистості в поглибленні і розширенні освітнього рівня на базі середньої професійної або середньої загальної освіти і реалізується в освітніх установах вищої професійної освіти. Якість вищої освіти розглядається як рівень здобутих особою знань, умінь, навичок, інших якостей, що відображає її компетентність відповідно до стандартів вищої освіти. Поняття «медична освіта»

тракуємо як систему освітніх заходів, спрямованих на підготовку фахівців у галузі медицини як системи наукових знань і практичних заходів, що мають на меті запобігати недугам, лікувати хворих та охороняти й зміцнювати здоров'я людей. У США звертається увага на проблеми ятрогенії як погіршення фізичного або емоційного стану людини, ненавмисно спровоковане медичним працівником. Читке розмежування системи основних понять медичної освіти США уможливило цілісний, системний науковий пошук.

У межах нашого дослідження американські дослідники розглядають управління як процес, у ході якого формується державна й інституційна політика щодо вищої освіти. З точки зору праксеології і педагогіки вищої школи управління вищою освітою є феноменом професійної діяльності, що, об'єднуючи загальнонаукові та специфічні прийоми, забезпечує ефективний моніторинг, координування та корекцію діяльності всіх рівнів вищої освіти.

Управління вищою медичною освітою в США має свої соціальне, економічне, політичне та культурно зумовлені закономірності:

1. До найбільш важливих закономірностей, вироблених впродовж ХХ століття та закріплених у ХХІ, належить поступовий перехід до децентралізованості. У межах освітньої системи США вона передбачає: фінансову та управлінську автономію навчальних закладів (можливість самостійно визначати основні характеристики освітнього процесу, зокрема, методи і технології викладання, структуру кадрового потенціалу, джерела фінансування, контингент студентів, самостійно обирати шляхи забезпечення якості освітнього процесу).
2. Іншою закономірністю управління медичною освітою в США є формування системності та інтегративності різних рівнів вищої освіти, що виявляється у взаємодії та координації дій різних ланок вищої освіти. Це пов'язано з історичною відсутністю єдиного освітнього законодавства.
3. Прагматичність освітньої системи загалом як і загальносуспільної парадигми породила ще одну закономірність – усвідомлення того, що управління в системі вищої професійної

освіти має задовольняти потреби суспільства і забезпечувати її доступність, зокрема фінансову.

4. Поява багатьох потужних медичних шкіл з великою кількістю дочірніх та афілійованих організацій привела до стимулювання розвитку здорової конкуренції між ВНЗ різного організаційно-правового статусу та одночасної кооперації між ними.
5. Прагнення щорічно зміцнювати рівень знань випускників і компетентність працівників зумовило забезпечення якості освіти та розвиток системи контролю за нею в умовах ринкових відносин за допомогою впровадження стандартів освіти акредитаційними органами. Це відбувається, зокрема, за рахунок комплексних процедур акредитації. Вона вважається унікальною характеристикою американської освіти. Рада з акредитації вищої освіти проводить єдину політику з координації стандартів освіти регіональних асоціацій акредитації, є важелем впливу на діяльність університетів і коледжів.

Ретроспективний аналіз становлення медичної освіти США дозволяє стверджувати, що в системі підготовки викладачів для вищої медичної школи США існує кілька важливих аспектів:

- а) професіоналізація їх діяльності, яка знайшла вираження в явищі спеціалізації та диференціації різних галузей медицини, що, в свою чергу, урізноманітнило діапазон професійних вмінь викладача;
- б) поява аспірантських шкіл, основною функцією яких стала передавання найповніших знань найбільш талановитим представникам наукової спільноти, які в майбутньому переросли у докторські програми, що стали основною формою підготовки науково-педагогічних кадрів для вищої школи США;
- в) перехід до системи дослідницьких університетів, що сприяв підвищенню якості підготовки випускників і зміцненню науки загалом.

Однією з умов ефективної підготовки та підвищення кваліфікації викладачів медичної школи США є послідовне наукове обґрун-

товане впровадження компетентнісного підходу до навчання лікарів. Встановлено, що головні соціальні ролі викладача медичного профілю (клініцист, педагог, співрозмовник, науковець, лідер, адміністратор, професіонал тощо) визначають основні його компетентності. Усвідомлення цих ролей майбутнього викладача медичної школи визначає аспекти його триетапної педагогічної підготовки: допрофесійної, післяпрофесійної та підвищення кваліфікації. Допрофесійна підготовка викладача медичного профілю проходить на додипломному етапі

- а) під час вивчення гуманітарних елективних курсів педагогічного спрямування в межах курсу фахової підготовки;
- б) шляхом здобуття подвійного наукового ступеня в галузі медицини і педагогіки;
- в) попередня бакалаврська підготовка, яка є необхідною умовою для вступу до медичної школи, що пропонує водночас фахову підготовку з дисциплін біологічного циклу та озброює випускника теоретично-практичним інструментарієм, потрібним для здійснення педагогічної діяльності.

Післяпрофесійна підготовка проходить на післядипломному етапі і передбачає два компоненти:

- а) інтенсивні сертифікаційні курси на початку чи перед початком педагогічної діяльності;
- б) докторські програми в галузі медичної освіти. Ефективність підготовки викладача на кожному з етапів полягає у швидкому реагуванні освітньої системи на виклики і потреби часу.

Вивчення програм педагогічної підготовки на до- та після професійному етапі свідчить про такі їх загальні особливості:

- 1) розвиток лідерських якостей педагогів;
- 2) акцент на комунікативних вміннях викладачів та ефективній міжособистісній взаємодії;
- 3) впровадження новітніх методів оцінювання та забезпечення зворотного зв'язку;
- 4) розвиток навичок роботи в команді, зокрема у науковій роботі;

- 5) гнучкість самих програм з метою збереження постійного працевлаштування їх слухачів;
- 6) зосередження на новітніх технічних засобах навчання, дистанційному навчанні,
- 7) відносна уніфікованість вимог до зарахування на такі програми (наявність наукового ступеня не нижче від магістра, високий середній бал з основного предмета);
- 8) акцент на постійному вдосконаленні навчальних планів і програм з метою виявлення неточностей та швидкого реагування на виклики часу.

Діяльність викладача медичної школи США характеризується кількома важливими аспектами: постійним кар'єрним зростанням, особливо на початковому етапі, що передбачає отримання академічної свободи, що виражається в наукових дослідженнях, виборі методів навчання тощо; умовою виконання наукових досліджень, що є необхідним компонентом медичної освіти в США; здійсненням наставництва, що є неформальним партнерством між викладачами та студентами. Система наставництва забезпечує зв'язок між різними ланками вищої освіти, сприяє формуванню стратегічного, клінічного і наукового мислення студента чи викладача-початківця, слугує джерелом ідей для використання нових методологічних прийомів, наукових досліджень.

Перехід до інформаційного суспільства ставить нові вимоги до професійного зростання викладачів. До основних викликів часу належать: зміни в сфері охорони здоров'я, в системі інформаційного забезпечення освітнього середовища, нові виклики перед професорсько-викладацьким складом і студентами. На загальнонаціональному рівні за підвищення кваліфікації викладачів відповідають професійні асоціації та організації. Крім спеціальних установ та агенцій, у більшості медичних шкіл США існують окремі підрозділи, відповідальні за проведення курсів підвищення кваліфікації викладачів.

На основі проведеного дослідження можемо виокремити такі тенденції в розвитку системи підготовки викладача медичної школи:

- 1) підготовка та перепідготовка викладача медичного профілю в США розглядається в системі безперервної освіти, утворюючи таку схему: навчання в університеті – робота на посаді асистента викладача – участь у багаторівневих варіативних програмах розвитку професійно-педагогічної культури;
- 2) оновлення змісту професійної підготовки майбутніх викладачів: впровадження інтегрованих курсів, педагогічної практики та наукових проектів, розширення професійно-педагогічного блоку в докторських програмах для здобуття ступеня доктора філософії в галузі педагогіки;
- 3) розроблення високих стандартів для охочих працювати в університеті на посаді викладача. Необхідним є проходження спеціальної педагогічної підготовки та отримання відповідного сертифіката;
- 4) стимулювання інтересу викладачів до безперервного підвищення професійної кваліфікації, яке виражається в диференційованій оплаті, наданні контракту на безстрокове працевлаштування та підвищення на посаді тощо;
- 5) підготовка спеціальних програм поліпшення професійної соціалізації викладачів-початківців: організація індивідуального консультування, залучення їх до роботи у професійних комітетах та асоціаціях та ін.;
- 6) професійно-педагогічна підготовка університетських викладачів, реформи в галузі вищої освіти є невід'ємною частиною соціально-економічної політики уряду США, на реалізацію якої виділяються значні фінансові кошти.

Компетентнісний підхід є теоретико-методологічною базою професійної підготовки лікарів у США. Це зумовлено зорієнтованістю американської медицини на особистість пацієнта. Компетентнісний підхід втілено через затвердження Радою з акредитації вищої медичної освіти переліку компетентностей, що становлять професіограму сучасного лікаря, уможливорює дієве формування компонентів кожної з них у межах спеціально розроблених навчальних, дослідницьких, виховних форм роботи.

Здобуття медичної освіти в США – це багатоступеневий процес тривалого і безперервного навчання, що розпочинається з попередньої домедичної природничо-наукової підготовки, продовжується на додипломному етапі у власне медичній школі і на післядипломному етапі після проходження курсу навчання в резидентурі. Говорити про завершення професійної підготовки лікаря на певному з етапів не коректно через впровадження інституту безперервного професійного розвитку в межах американської системи охорони здоров'я.

Значну роль у формуванні компетентного медика в США відіграє розвиток його творчого потенціалу. У цьому контексті варто звернути увагу на такі здобутки системи медичної освіти країни:

- 1) надання студентам можливості вивчати предмети за вибором, брати участь у різноманітних програмах, конкурсах на отримання грантів, винагород, які студенти можуть використати на навчання за кордоном, на проведення науково-дослідних робіт;
- 2) застосування методів навчання, що активізують розумові здібності студентів, мотивують до пізнання, творчої діяльності;
- 3) широкий вибір темпів навчання, цілей, методів, навчального матеріалу, вимог до рівня успішності;
- 4) застосування технології індивідуалізованого навчання з усіх предметів від мінімальної модифікації в процесі групового навчання до незалежного навчання;
- 5) використання передових досягнень освіти, науки і техніки, залучення потужних інвестицій у науково-освітню сферу.

Іншим важливим підходом до розвитку особистості майбутнього лікаря є особистісно-орієнтований підхід, реалізований через розгалужену мережу консультаційних послуг, індивідуалізованих прийомів, методів, форм роботи зі студентами, функціонування консультаційних відділів і схожих управлінь по роботі зі студентами, забезпечення постійного зворотного зв'язку, психологічної діагностики з метою вибору оптимальних форм роботи.



У цьому контексті важливим аспектом навчання лікарів у США є формування професійних цінностей та установок, що визначають професійну поведінку та професійну придатність медичного працівника, його здатність діяти в професійній сфері відповідно до свого світогляду. Сприяє цьому налагоджена система організації позааудиторних форм роботи, зосередження на проблемах полікультурного навчального середовища, гуманізація форм роботи з іноземними студентами.

На післядипломному етапі, резидентурі, здійснюється остаточна підготовка молодого фахівця. Резидентура, складання ліцензійних іспитів, іспит з обраної спеціальності є умовами отримання лікарської ліцензії. Особливостями цього етапу є вузька спеціалізація навчання, активізація наукового пошуку молодих лікарів, безпосереднє залучення до лікування хворих, акцент на роботі в команді.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів окресленої проблеми. На нашу думку, потрібне подальше поглиблене вивчення закономірностей навчання лікарів на різних етапах професійної підготовки, аналіз особливостей діяльності різних університетських структур, узагальнення досвіду окремих американських медичних шкіл, виокремлення позитивних аспектів законодавчого забезпечення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абашкіна Н. В. Розвиток професійної освіти в Німеччині (кінець ХІХ–ХХ ст.) : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. Київ, 1998. 400 с.
2. Абрамович В. Є. Особливості відбору кандидатів на медичне навчання в університетах Франції. *Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. Ніжин, 2014. № 1. С. 221–225.
3. Авакян М. Н., Ягджян Г. В. Об опыте организации непрерывного медицинского образования в республике Армения. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2012. № 4 (10). С. 52–62.
4. Авшенюк Н. М. Стандартизація професійної підготовки вчителів у Англії й Уельсі (кінець ХХ – початок ХХІ ст.) : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. Київ, 2005. 21 с.
5. Адаменко О. В. Методологія формування джерельної бази історико-педагогічного дослідження. *Педагогічний дискурс*. 2013. Вип. 15. С. 10–13.
6. Алексеева Т. Б. Культурологический подход в современном образовании. Санкт-Петербург : Книжный дом, 2008. 352 с.
7. Алпатов Г. Е. Четыре принципа управления высшим образованием. *Научный журнал НИУ ИТМО. Серия: Экономика и экологический менеджмент*. 2016. № 2. С. 113–122.
8. Алферов Ю. С. Организация управления образованием в США. *Социально-политический журнал*. 1998. № 3. С. 179–194.
9. Арапов М. В. Медицина и медицинское образование. *Энергия: экономика, техника, экология*. 2004. № 4. С. 46–57.
10. Аріщенко А. С. Стан розробленості проблеми інклюзивного навчання в Україні та США. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школі* : зб. наук. пр. / Клас. приват. ун-т. Запоріжжя, 2016. Вип. 47 (100). С. 56–63.
11. Балацька Н. І. Професійна орієнтація учнів у сучасних середніх школах Англії : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.01 / Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2004. 23 с.

12. Банчук М. В. Інформатизація як механізм впровадження політики якісної та прозорої вищої медичної освіти в Україні. *Медична інформатика та інженерія*. 2008. № 4. С. 4–8.
13. Бахов І. С. Тенденції розвитку полікультурної освіти у професійній підготовці фахівців Канади і США (друга половина ХХ – початок ХХІ ст.) : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 43 с.
14. Бельмаз Я. М. Професійна підготовка викладачів вищої школи у Великій Британії та США : монографія / Горлів. держ. пед. ін-т інозем. мов. Горлівка : ГДППМ, 2010. 304 с.
15. Бережная И. Ф., Дюжакова М. В. Организация внеучебной деятельности студентов в университетах США. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования*. Воронеж, 2017. № 1. С. 111–115.
16. Березівська Л. Д. Організаційно-педагогічні засади реформування шкільної освіти в Україні у ХХ столітті : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Ін-т педагогіки АПН України. Київ, 2009. 408 с.
17. Бим-Бад Б. М. Педагогический энциклопедический словарь. Москва : Большая Российская энциклопедия, 2008. 528 с.
18. Бідюк Н. М. Професійне навчання безробітних у США: теорія і практика : монографія / ред. Н. Г. Ничкало ; АПН України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. Хмельницький : ХмЦНТЕУ, 2009. 541 с.
19. Бідюк Н. М. Розвиток змісту та форм організації підготовки бакалаврів інженерії в університетах Великої Британії : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. Київ, 2001. 258 с.
20. Бокова Т. Н. Влияние реформ на систему образования в США в ХХ веке. *Известия Волгоградского государственного педагогического университета*. Волгоград, 2014. № 1 (86). С. 92–96.
21. Бондар Т. І. Етапи розвитку інклюзивної освіти в США. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. Ужгород, 2015. Вип. 37. С. 16–20.
22. Бондар Т. І. Тенденції розвитку студентського самоврядування в системі вищої освіти США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Кіровоградський держ. педагогічний ун-т ім. Володимира Винниченка. Кіровоград, 2009. 20 с.
23. Братко М. В. Система освіти США: структура, традиції управління, особливості вищої освіти. *Освітологічний дискурс*. 2017. № 3/4. С. 252–268.

24. Булах І. Є., Войтенко Л. П., Антоненко Ю. П. Моніторинг якості медичної освіти. міжнародний досвід. *Медицина освіти*. 2018. № 3. С. 5–12.
25. Вартанян Ф. Е., Рожецкая С. В. Медицинское образование в некоторых странах Европы. *Врач*. 2002. № 5. С. 43–44.
26. Васильева С. А. Критерии определения периодизации развития дошкольных учебных учреждений разных типов в системе образования Украины (вторая половина XX ст. начало XXI ст.). URL: <http://lib.iitta.gov.ua/710487/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F%20E2%84%96%2018.pdf> (дата звернення 19.10.2017).
27. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ ; Ірпінь : Перун, 2004. 753 с.
28. Ветрова І. М. Розвиток альтернативної середньої освіти у США (друга половина XX століття) : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Національний педагогічний ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2008. 18 с.
29. Вихруц А. В. Освіта дорослих у Польщі: минуле і майбутнє. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*. 2014. Вип. 2. С. 122–131.
30. Вихруц А. В. Трудова підготовка учнів у загальноосвітніх школах України (XIX – початок XX століття). Київ: Український державний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова, 1993. 173 с.
31. Віннікова Л. В. Система підготовки соціальних працівників у вищих навчальних закладах США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Луганський НПУ ім. Т. Шевченка. Луганськ, 2003. 217 с.
32. Волосовець Т. М. Сучасні вимоги до системи підготовки та підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів. *Acta medica Leopoliensia*. 2014. Т. 20, № 1. С. 53–58.
33. Вороненко Ю. В., Лисенко Г. І. Концептуальні основи Європейської програми наукових досліджень у загальній практиці-сімейній медицині та перспективи впровадження в Україні. *Сімейна медицина*. 2009. № 3. С. 81–82.
34. Воронка Г. С. Гуманітаризація післядипломної економічної освіти в університетах Великобританії : дис... канд. пед. наук : 13.00.01; 13.00.04 / АПН України, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти. Київ, 1996. 245 с.
35. Вэллейс Р. История семейной медицины. *Лечащий врач*. 2001. № 1. С. 1–6.
36. Гаврилів Н. Наставництво як інструмент сучасної освіти. *Humanities and Social Sciences*. 2009. С. 201–202.

37. Гилфорд Дж. П. Три стороны интеллекта: психология мышления. Москва : Прогресс, 1965. 525 с.
38. Голубкова Н. Л. Развитие партнерства школы, сѐм'ї та громади: американський досвід. *Педагогічні науки* : збірник наукових праць. 2007. С. 15–22.
39. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ : Либідь, 1997. 375 с.
40. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология : учебное пособие для студентов мед. ин-тов. Киев : Вища шк., 1982. 165 с.
41. Гребеник Ю. С. Зміст формування комунікативної культури майбутніх медичних працівників у медичних коледжах США . *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2014. № 2 (18), вип. 37. С. 49–52.
42. Гребеник Ю. С. Сучасні тенденції формування комунікативної культури студентів у медичних коледжах Великої Британії та США. *Порівняльно-педагогічні студії*. 2013. № 2/3. С. 180–185.
43. Гриншпун С. С. Профессиональная ориентация школьников в США. *Педагогика*. 2005. № 9. С. 65–72.
44. Груша Л. О. Особистісно орієнтоване навчання та виховання у вищих медичних навчальних закладах. *Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. Ніжин, 2014. № 1. С. 111–114.
45. Гулецька Я. Г. Полікультурна освіта студентської молоді в університетах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. Київ, 2008. 20 с.
46. Гуменюк О. М. Організаційно-педагогічні умови професійної підготовки молодших спеціалістів стоматологічного профілю : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / АПН України, Ін-т пед. і псих. проф. освіти. Київ, 2004. 23 с.
47. Гурман Т. Л. Особистісно орієнтований підхід як умова забезпечення ефективності процесу професійного самовизначення старшокласників середніх шкіл США. *Наукові праці Кам'янець-Подільського державного університету* : зб. за підсумками звіт. наук. конф. викладачів і аспірантів, 18–19 квітня 2007 р. / Кам'янець-Подільський державний університет. Кам'янець-Подільський, 2007. Вип. 6, т. 2. С. 177–178.
48. Гурье Л. И. Содержание психолого-педагогической подготовки преподавателей высшей школы в России и зарубежом. *Вестник Казанского технологического университета*. Казань, 2009. С. 326–331.

49. Гут Р. О творчестве в науке и технике. *Вопросы психологии*. 2007. № 2. С. 130–139.
50. Дементьев И. В. Профориентация: зарубежный опыт. *Актуальные проблемы современного гуманитарного образования* : материалы V научно-практической конференции молодых ученых и аспирантов РИВШ. Минск, 2008. С. 9–16.
51. Дистанційне навчання в стоматології: реалії та надії / К. М. Косенко, О. П. Мінцер, О. В. Павленко, І. П. Мазур. *Вісник стоматології*. 2003. № 1, [спец. вип.]. С. 19–21.
52. Дмитриев Г. Д. *Анатомия американского университета*. Москва : Народное образование, 2005. 224 с.
53. Дудікова Л. В. Сучасні тенденції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у країнах Європи і США. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні науки*. Хмельницький, 2017. № 3. С. 57–71.
54. Електронні навчальні видання у вивченні клінічних дисциплін / О. М. Талаласенко та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. № 3/4. С. 209–210.
55. *Енциклопедія освіти* / Акад. пед. наук України ; голов. ред. В. Г. Кремень. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 609 с.
56. *Європейська конвенція з прав людини* / *Європейський суд з прав людини*. 2010. 63 с. URL: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_UKR.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_UKR.pdf) (дата звернення 12.11.2017).
57. Єгорова О. І. Розвиток позашкільної освіти у Сполучених Штатах Америки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2016. 22 с.
58. Заболотна О. А. Теорія і практика альтернативної шкільної освіти у країнах Європейського Союзу : монографія. Умань : Жовтий О. О., 2013. 364 с.
59. Задорожна І. П. Теоретико-методичні засади організації самостійної роботи майбутніх учителів з оволодіння англомовною комунікативною компетенцією : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.02 / Київ. нац. лінгв. ун-т. Київ, 2012. 44 с.
60. Запрягаев С. А. Системы высшего образования России и США. *Вестник Воронежского государственного университета*. Воронеж, 2001. № 1 С. 39–47.
61. Зарва О. М. Моральне виховання студентів вищих навчальних закладів США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Житомирський держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2011. 20 с.

62. Захарчук М. Є. Становлення та розвиток інклюзивної освіти у США: автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / МОН України, ТНПУ ім. Володимира Гнатюка. Тернопіль, 2013. 22 с.
63. Зварич І. М. Педагогічні засади оцінювання знань студентів у вищих навчальних закладах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Ін-т педагогіки АПН України. Київ, 2008. 21 с.
64. Зварич І. М. Теоретичні і методичні засади оцінювання професійної діяльності викладачів у вищих навчальних закладах США (друга половина ХХ – початок ХХІ століття) : автореф. дис ... д-ра пед. наук: 13.00.01 / Нац пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2014 . 40 с.
65. Зязюн Л. І. Теоретичні засади розвитку і саморозвитку особистості в освітній системі Франції : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Ін-т вищ. освіти АПН України. Київ, 2008. 458 с.
66. Иванишкина Ю. В. Процессы интернационализации и глобализации высшего образования в контексте государственных интересов США. *Вестник МГУ им. М. А. Шолохова. История и политология*. Москва, 2013. № 3. С. 83–97.
67. Иванчук И. А. Культура речи в деятельности врача (к проблеме формирования элитарного типа языковой личности в профессиональной медицине). *Вопросы стилистики*. Саратов, 1998. С. 187–195.
68. Игибаева А. К. Проблемы периодизации, этапы становления и развития образовательной системы Казахстана. *Вклад молодых исследователей в индустриально-инновационное развитие Казахстана: сборник материалов конференции*. 2009. URL: <https://articlekz.com/article/6779> (дата звернення 4.09.2017).
69. Иваненко Р. В. Організаційно-педагогічні умови професійної орієнтації старшокласників на медичні спеціальності : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Вінниц. держ. пед. ун-т імені Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2008. 279 с.
70. Ігнатюк О. А. Особливості підготовки сучасних фахівців у системі вищої професійної освіти США. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2011. № 1. С. 55–64.
71. Інновації у професійно-педагогічній підготовці майбутнього вчителя: методологічні, змістові та методичні засади : монографія / за заг. ред. А. А. Сбруєвої ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. Суми : Мак Ден, 2011. 431 с.

72. Ісаєва О. С. Формування особистісно-професійної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки : монографія. Харків : Смуґаста типографія, 2015. 364 с.
73. К вопросу о ятрогенных заболеваниях / В. М. Лысенко, О. В. Лысенко, М. М. Зарецкий, Е. Э. Черников. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*. Київ, 2009. № 1. С. 164–169.
74. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія. Харків : НфаУ, 2010. 364 с.
75. Каланова Ш. М. Система аккредитации высших учебных заведений в США. *Вестник Высшей школы Казахстана*. 2001. № 6. С. 182–188.
76. Калитка О. Профорієнтація по-американськи: профорієнтаційна робота серед учнів шкіл та студентів вищих навчальних закладів в США. *Профтехосвіта*. 2009. № 4. С. 94–95.
77. Калініна О. Г. Система управління якістю освіти у вищих навчальних закладах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.06 / Луганський національний університет імені Тараса Шевченка. Старобільськ, 2015. 21 с.
78. Карпенко В. В. Творчество и креативность как психологические феномены. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2013. № 2 (31). С. 141–147.
79. Келли Дж. Теория личности. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 249 с.
80. Кемінь В. П. Українське шкільництво у країнах Центральної, Східної та Південно-Східної Європи (1918–1996 рр.) : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Київський держ. лінгвістичний ун-т. Київ, 1997. 361 с.
81. Кіянзовська Н. М. Модель використання інформаційно-комунікаційних технологій у ВНЗ США в процесі навчання вищої математики студентів інженерних спеціальностей. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2013. Вип. 34. С. 321–325.
82. Клонцак О. І. Розвиток академічно-громадського навчання студентів у системі університетської освіти США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Львівський національний університет імені Івана Франка. Львів, 2018. 312 с.
83. Клос Л. Є. Розвиток медичної освіти на західноукраїнських землях (друга половина XVIII – 30-ті роки XX ст.) : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. Київ, 2002. 20 с.



84. Кнодель Л. В. Структура вищої освіти США на сучасному етапі розвитку суспільства. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ, 2011. № 1. С. 229–234.
85. Козаченко Ю. С. Організаційно-педагогічні основи формування комунікативної культури студентів у медичних коледжах Великої Британії та США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. Суми, 2016. 20 с.
86. Козубовська І. В., Стойка О. Я., Сідун Л. Ю. Історико-педагогічні аспекти розвитку вищої освіти в США (кінець ХХ – початок ХХІ століття) : монографія / ДВНЗ «Ужгород. нац. ун-т». Ужгород: Аутдор-Шарк, 2015. 186 с.
87. Колесникова И. А., Титова Е. В. Педагогическая праксеология. Москва : Академия, 2005. 256 с.
88. Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе : учебно-методическое пособие / Артюхина А. И. и др. ; под ред. Е. В. Лопановой. Омск : Полиграфический центр КАН, 2012. 198 с.
89. Кондаков Н. И. Логический словарь-справочник. Москва : Наука, 1975. 270 с.
90. Корнаухова Т. А. Нравственно-профессиональные ценности будущего медицинского работника: сущность, содержание, структура. *Гуманитарные, соціально-економічні та громадські науки*. 2015. № 3-2. С. 44–49.
91. Корнієнко В. В. Інформаційний стандарт учителя: досвід США. *Наукові записки Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. Ніжин, 2007. № 5. С. 80–82.
92. Костина Н. И. Профессионально-педагогическая подготовка преподавателя высшей школы США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Белгородский государственный университет. Белгород, 2000. 199 с.
93. Кравченко О. П. Педагогічні умови формування професійної етики у студентів медичного навчального закладу. *Імідж сучасного педагога*. 2017. № 2. С. 39–42.
94. Круковська І. М. Медична освіта на Волині. *Велика Волинь: історія освіти і культури* : монографія / за ред. Левківського М. В. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. С. 376–418.
95. Куликова Ю. Н. Педагогические факторы повышения квалификации преподавателей высшей школы США. *Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики*. 2013. № 7 (33), ч. 2. С. 76–78.

96. Куліченко А. К. Оновлення американської медичної освіти на початку ХХ ст.: погляди А. Флекснера. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2018. № 7. С. 3–18.
97. Курило В. С. Становлення і розвиток системи освіти та педагогічної думки Східно-українського регіону в ХХ ст. : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Ін-т педагогіки АПН України. Луганськ, 2000. 507 с.
98. Кучай Т. П. Система професійної підготовки вчителів початкових класів в університетах Японії до морально-етичного виховання учнів : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01, 13.00.07 / Черкас. нац. ун-т ім. Б. Хмельницького. Черкаси, 2015. 40 с.
99. Кучумова Н. В. Розвиток системи вищої медичної освіти у німецькомовних країнах (друга половина ХХ – початок ХХІ століття) : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. Дрогобич, 2012. 20 с.
100. Ланган Э Высшее образование в США: изменения и перспективы. *Вопросы образования*. 2007. № 4. С. 295–301.
101. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні : монографія. Київ : Вища школа, 2005. 176 с.
102. Лемішко Б. Управління підготовкою фахівців сімейної медицини. *Демократичне врядування / Львів. регіонал. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. Львів, 2009. Вип. 3. URL: [http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeVr/2009\\_3/fail/\\_Lemishko\\_B.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeVr/2009_3/fail/_Lemishko_B.pdf) (дата звернення 15.04.2017).
103. Лесик Г. В. Історико-педагогічні дослідження для освітньої сучасності України. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. Чернігів, 2017. Вип. 144. С. 73–75.
104. Лещенко М. П. Технології підготовки вчителів до естетичного виховання за рубежом (на матеріалах Великобританії, Канади, США) : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / АПН України, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти. Київ, 1996. 382 с.
105. Литовченко І. М. Теорія і практика корпоративної освіти у Сполучених Штатах Америки : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. Київ, 2018. 40 с.
106. Логуш Л. Г. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Київський університет імені Бориса Грінченка. Київ, 2016. 239 с.

107. Локшина О. І. Зміст шкільної освіти в країнах Європейського Союзу: теорія і практика (друга половина ХХ – початок ХХІ ст.) : монографія / Ін-т педагогіки АПН України. Київ : Богданова А. М., 2009. 403 с.
108. Луначек В. Е. Розвиток системи вищої освіти у США в умовах децентралізації влади. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія* : зб. статей. Ялта, 2009. Вип. 21, ч. 5. С. 34–36.
109. Москаленко В. Ф., Яворовський О. П., Остапюк Л. І. Про шляхи удосконалення якості вищої медичної освіти в контексті вимог Болонського процесу. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*. Київ, 2005. № 1/2. С. 106–112.
110. Магламова К. Г. Медична освіта в Англії і Великобританії. *News of science and education*. 2017. № 1 (49). С. 38–43.
111. Малярчук О.В. Дистанційне навчання в системі вищої гуманітарної освіти Сполучених Штатів Америки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2010. 20 с.
112. Манюк Л. В. Підготовка майбутніх лікарів до фахової комунікації засобами інформаційно-комунікаційних технологій в університетах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Держ. служба України з надзв. ситуацій, Львів. держ. ун-т безпеки життєдіяльності. Львів, 2017. 20 с.
113. Мартынова М. Д. Специфика внеучебной работы со студентами в американском вузе. *Университетское управление*. 2003. № 5/6 (28). С. 129–133.
114. Марченко Г. В. Розвиток екологічної освіти в середніх школах Великої Британії у другій половині ХХ століття : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Горлівський держ. педагогічний ін-т іноземних мов. Горлівка, 2003. 215 с.
115. Масна З. Набуття та удосконалення практичних навичок у студентському гуртку в контексті підготовки майбутніх лікарів до самостійної роботи. *Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник*. 2016. Т. 45, т. 28. С. 124–130.
116. Матвієнко О. В., Полянничко З. О. Інформатизація шкільної освіти у Республіці Польща в умовах євроінтеграції : колективна монографія / Київ. нац. лінгвіст. ун-т. Київ : Вид. центр КНЛУ, 2016. 240 с.
117. Медична освіта у світі та в Україні: додипломна освіта; післядипломна освіта; безперервний професійний розвиток : навч. посіб. / Ю. В. Поляченко та ін. ; за ред. Н. М. Радченко. Київ : Книга плюс, 2005. 384 с.

118. Митрофанова К. А. Компетентностный подход в медицинском образовании: опыт зарубежных исследователей. *Professional Education in Russia and Abroad*. 2015. № 3 (19). С. 167–171.
119. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. URL: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042) (дата звернення 27.02.2017).
120. Модернізація навчальних планів і програм підготовки лікарів відповідно до нової парадигми розвитку європейського освітнього простору / В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, І. Є. Булах, Л. І. Остапюк. *Медицина освіти*. 2013. № 2. С. 29–32.
121. Монахова Л. Ю., Федотова В. С. Праксиология и праксеология в историко-методологическом дискурсе. *Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки*. 2011. № 3. С. 76–87.
122. Мороз Л. М. Основні підходи до інтерпретації креативності в зарубіжних дослідженнях. *Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Серія: Психолого-педагогічні науки*. Ніжин, 2012. № 7. С. 29–35.
123. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Національний медичний ун-т ім. О. О. Богомольця. Київ, 2006. 251 с.
124. Муқан Н. В. Неперервна педагогічна освіта вчителів загальноосвітніх шкіл. Професійне становлення та розвиток (на матеріалах Великої Британії, Канади, США) : монографія / Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Львів : Вид-во Нац. ун-ту «Львівська політехніка», 2010. 284 с.
125. Наконечна А. О. Інноваційні підходи до організації самостійної навчальної діяльності майбутніх перекладачів в американському досвіді. *Вісник Черкаського університету. Серія: Педагогічні науки*. Черкаси, 2017. № 8. С. 72–78.
126. Налетова И. В. Реформы образования и образовательная политика в США во второй половине XX века. *Гаудеамус : психолого-педагогический журнал*. Тамбов, 2003. № 1 (3). С. 183–190.
127. Намаканов Б. А., Расулов М. М. Особенности и проблемы современного высшего образования за рубежом: на примере США и Канады. *Сибирский педагогический журнал*. Новосибирск, 2011. № 6. С. 214–230.
128. Національний освітній глосарій: вища освіта / авт.-уклад.: І. І. Бабин та ін. ; за ред. Д. В. Табачника, В. Г. Кременя. Київ : Плянди, 2011. 100 с.

129. Никонова Я. И. Качество высшего образования: проблемы определения. *Современное образование: перспективы развития многопрофильного технического университета*. Томск : ТУСУР, 2010. С. 28–29.
130. Огієнко О. І. Тенденції розвитку освіти дорослих у скандинавських країнах (друга половина ХХ століття) : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / АПН України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. Київ, 2009. 44 с.
131. Олендр Т. М. Моніторинг якості природничо-наукової освіти в університетах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Терноп. нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2011. 22 с.
132. Опыт формирования института резидентуры в США и Европе / А. Г. Лунёва, Л. И. Погорелая, Е. П. Завадецкая, Е. А. Олейник. *Лабораторная диагностика. Восточная Европа*. 2013. № 3 (07). С. 6–9.
133. Освіта дорослих: теоретичні і методологічні засади : монографія / Лук'янова Л. Б. та ін. Київ : Педагогічна думка, 2012. 272 с.
134. Остапюк Л. І., Тимошенко І. О., Савичук А. О. Удосконалення освітнього процесу в університеті з врахуванням сучасної парадигми вищої освіти. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2016. Т. 15, № 5 (2). С. 104–107.
135. Оцінка якості підготовки лікарів : методичний посібник для викладачів / В. М. Казаков, І. С. Вітенко, О. М. Талалаєнко та ін. Київ, 1996. 34 с.
136. Панасенко Е. А. Концепція історико-педагогічного дослідження: методологічний аналіз. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. 2016. № 25. С. 11–15.
137. Пантюк И. В. Подготовка врачебных кадров за рубежом *Вопросы организации информатизации здравоохранения*. 1998. № 5. С. 64–69.
138. Пасієшвілі Л. М., Шапкін В. Є. Оптимізація навчання сімейних лікарів-інтернів. *Сімейна медицина*. 2009. № 3. С. 107.
139. Пацевко Н. В. Еволюція теорії і практики навчання у Сполучених Штатах Америки першої половини ХХ століття : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. Київ, 2004. 20 с.
140. Перспективи запровадження лікарської резидентури у педіатрії / О. П. Волосовець, С. П. Кривопустов, А. Я. Кузьменко та ін. *Медицина освіти*. 2018. № 2. С. 105–107.
141. Пилинський Я. М. Розвиток освіти у США : курс лекцій. Київ : Сти-лос, 2012. Ч. 1 : Від зародження до кінця ХІХ ст. 123 с.

142. Півняк Г. Г. Дослідницький університет як механізм удосконалення інноваційної діяльності. *Вища школа*. 2011. № 10. С. 54–61.
143. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, В. І. Ткаченко та ін. *Український медичний часопис*. 2014. № 3. С. 116–120.
144. Пічкарь О. П. Система підготовки фахівців соціальної роботи у Великій Британії : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Терноп. нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2002. 22 с.
145. Погоріла І., Романенко О. Напрями екологічного виховання майбутніх лікарів при викладанні медичної біології. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*. 2011. Вип. 3 (2). С. 42–49.
146. Пономаренко О. В. Проблема формування лідерських якостей у педагогічній освіті США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Ніжин. держ. ун-т ім. Миколи Гоголя. Ніжин, 2012. 221 с.
147. Поплавська С. Д. Готовність майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. *Україна. Здоров'я нації*. 2008. № 1. С. 114–117.
148. Правдівцева Ю. С. Розвиток системи загальної середньої освіти США в період передінформаційного суспільства. *Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденція розвитку*. 2008. № 2. URL: [http://intellect-invest.org.ua/ukr/pedagog\\_editions\\_e-magazine\\_pedagogical\\_science\\_arhiv\\_pn\\_n2\\_2008\\_st\\_15](http://intellect-invest.org.ua/ukr/pedagog_editions_e-magazine_pedagogical_science_arhiv_pn_n2_2008_st_15) (дата звернення 16.04.2017).
149. Про вищу освіту : Закон України / Офіційний портал Верховної Ради України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення 19.09.2017)
150. Пуховська Л. П. Професійна підготовка вчителів у Західній Європі: спільність і розбіжності : монографія. Київ : Вища школа, 1997. 180 с.
151. Радиш Я., Кузьмінський П. Місце медичного права в системі медичної освіти Російської Федерації, США та Італії: досвід для України (за матеріалами літературних джерел). *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. № 7. С. 97–100.
152. Розвиток західної медицини під час Другої світової війни. Досягнення травматології. URL: <http://how.in.ua/rozvitok-zahidnoyi-meditsinipid-chas-drugoyi-svitovoyi-vijni-dosyagnennya-travmatologiyi.html> (дата звернення 3.11.2017).
153. Романовський О. Особливості вищої освіти США. *Рідна школа*. 2000. № 1. С. 31–50.
154. Ротенберг В. Образ я и поведение. Иерусалим : МАХАНАИМ, 2000. 66 с. URL: <http://www.vsrotenberg.rjews.com//book.htm#.XJpLP1Uzbcu> (дата звернення 17.02.2018).

155. Сакс М., Олсоп Дж. Социология профессий: Государство, медицина и рынок в Великобритании. Лестер : Университет Де-Монтфорт, 2003. URL: <http://club.fom.ru/books/doc0604072016.doc> (дата звернення 14.04.2018).
156. Сарсенбаева С. С. Качество образования в медицинском вузе: определение, проблемы, пути решения. *Вестник КазНМУ*. 2013. № 4 (2). С. 94–101.
157. Сень Л., Романишина Л. Структура непрерывной освіти США. *Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені В. Гнатюка. Серія: Педагогіка*. Тернопіль, 2007. № 1. С. 44–49.
158. Симоненко Н. О. Організація самостійної роботи студентів у вищих медичних навчальних закладах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Сумський державний педагогічний ун-т ім. А. С. Макаренка. Суми, 2018. 20 с.
159. Сігаєвська Л. Є., Михайленко Л. А. Форми розвитку професіоналізму сімейних лікарів в системі післядипломної медичної освіти України. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*. Житомир, 1998. № 1 (79). С. 54–57.
160. Скляр С. І., Шуліпенко І. М. Роль навчального клінічного обходу у професійній підготовці слухачів військової загальної практики-сімейної медицини. *Військова медицина України*. 2003. № 3/4. С. 67–71.
161. Словник української мови : [в 11-ти т.] / [редкол.: І. К. Білодід та ін. ; Академія наук Української РСР, Інститут мовознавства ім. О. О. Потебні. Київ : Наукова думка, 1975. Т. 6 : П–Поїти. 832 с.
162. Совершенствование клинической подготовки обучающихся, в том числе на основе внедрения наставничества в клинических базах организаций медицинского образования : методические рекомендации. Астана : Республиканский центр развития здравоохранения, 2016. 52 с.
163. Сокол М. О. Система педагогічних понять в історії розвитку педагогічної науки (XIX–XX ст.) : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Дрогобицький держ. пед. ун-т ім. І. Франка.. Дрогобицьк, 2018. 547 с.
164. Соколова А. В. Професійна підготовка вчителя у системі педагогічної освіти Англії і Шотландії : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Південноукраїнський держ. пед. ун-т ім. К.Д.Ушинського. Одеса, 2009. 20 с.
165. Стечак Г. М. Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2014. № 4. С. 273–278.

166. Стойка О. Я. Деякі особливості організації навчального процесу у вищих навчальних закладах США. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота.* Ужгород, 2013. Вип. 28. С. 159–161.
167. Стойка О. Я. Трансформаційні процеси у вищій школі США : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Терноп. нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2015. 22 с.
168. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні / Міністерство охорони здоров'я України. 41 с. URL: [http://moz.gov.ua/uploads/1/7113-medical\\_education\\_analytics.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/1/7113-medical_education_analytics.pdf) (дата звернення 16.03.2018).
169. Стучинська Н. В. Інтеграція фундаментальної та фахової підготовки майбутніх лікарів у процесі вивчення фізико-математичних дисциплін : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.02 / Ін-т педагогіки АПН України. Київ, 2008. 483 с.
170. Сулим-Карлір І. Ф. Організація самостійного позааудиторної роботи студентів педагогічних коледжів США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Вінницький держ. педагогічний ун-т ім. Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2008. 20 с.
171. Сухомлинська О. В. Історико-педагогічний процес: нові підходи до загальних проблем. Київ : АПН, 2003. 268 с.
172. Сухомлинська О. В. Розвиток особистості і освіта: історичний вимір. *Шлях освіти.* 2008. № 2. С. 41–47.
173. Тарасова О. В. Вища освіта в США: сучасний стан та пріоритети розвитку. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України.* Хмельницький, 2011. Вип. 3. С. 1–12.
174. Тартарашвили Т. А. США. Инструменты регулирования качества образования. Москва : Новые печатные технологии, 2015. 448 с.
175. Теренко О. С. Вища жіноча освіта у США : монографія / Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. Суми : Мрія, 2011. 125 с.
176. Терещук Г. В. Навчальний процес у вищому закладі педагогічної освіти в контексті інноваційних змін. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Педагогіка.* Тернопіль, 2010. № 3. С. 115–120.
177. Терьохіна Н. О. Особливості функціонування системи неформальної освіти дорослих у розвинених країнах Європи і США. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи.* 2014. Вип. 2. С. 161–169.
178. Тименко В. М. Педагогічні засади соціальної роботи зі студентською молоддю у вищих навчальних закладах США : автореф. дис. ... канд.



- пед. наук : 13.00.05 / Ін-т пробл. виховання АПН України. Київ, 2005. 19 с.
179. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / АПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2008. 21 с.
180. Ткаченко Л. М. Розвиток інтелектуально-творчих здібностей обдарованої молоді в університетах США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Черкаський нац. ун-т ім. Б. Хмельницького. Черкаси, 2012. 20 с.
181. Тлумачний словник української мови : близько 10 тисяч слів / укл.: Л. О. Ващенко та ін. Київ : Довіра, 2012. 488 с.
182. Толстанов О. К. Пріоритетні завдання педіатричної освіти та науки в контексті реформування галузі охорони здоров'я. *Здоровье ребенка*. 2013. № 5. С. 11–17.
183. Треумова С. І., Казаков Ю. М., Петров Є. Є. Додипломна і післядипломна підготовка сімейних лікарів в Україні. Застосування сучасних дистанційних технологій у навчальному процесі. *Семейная медицина*. 2015. № 5. С. 40–42.
184. Тютенова Ж. А. Анализ современных условий внедрения наставничества в медицине. *Новые задачи современной медицины* : материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2016 г.). Санкт-Петербург : Свое издательство, 2016. С. 83–85.
185. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психоло-педагогічних дисциплін : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / АПН України, Ін-т вищої освіти. К., 2003. 22 с.
186. Українська радянська енциклопедія : [в 17-ти т.] / голов. ред. М. П. Бажан ; редкол.: І. К. Білодід та ін. Київ : Голов. ред. УРЕ, 1962. Т. 9: Маяк – Нахічевань. 568 с.
187. Фаласеніді Т. М. Педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Національний університет «Львівська політехніка». Львів, 2016. 289 с.
188. Федоренко С. В. Теорія і методика формування гуманітарної культури студентів вищих навчальних закладів США : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.07 / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т проблем виховання. Київ, 2017. 42 с.

189. Федчишин Н. О. Гербартіанська педагогіка в німецькомовних країнах: теорія і практика : монографія / наук. ред. Анатолій Вихрущ ; Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. Івана Франка. Тернопіль : Підручники і посібники, 2015. Ч. 1. 625 с.
190. Філософський словник / за ред. В. І. Шинкарука. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ : УРЕ, 1986. 800 с.
191. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2006. 352 с.
192. Фіцула М. М. Педагогіка : навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти. Київ : Академія, 2002. 528 с.
193. Фромм Э. Душа человека. Москва : Республика, 2002. 429 с.
194. Хворостов А. Социология образования в Великобритании и США: традиции и основные направления. *Социология образования*. Москва, 1994. Т. 2, вып. 3. С. 134–141.
195. Царенко А. В., Губський Ю. І., Царенко В. А. Мультидисциплінарна професійна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку. *Здоров'я суспільства*. 2013. Т. 2, № 1. С. 61–65.
196. Цехмістер Я. В. Відбір учнів на професії медичного профілю: аналіз зарубіжного досвіду. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2001. Вип. 2. С. 163–171.
197. Циганенко А. Я., Кривоносов М. В., Більченко О. С. Стандартизація та систематизація контролю знань актуальна методична проблема підвищення якості підготовки лікарів. *Український радіологічний журнал*. 1998. Т. 6, № 3. С. 370–372.
198. Чаграк Н. І. Вплив демографічних і соціально-економічних факторів на розвиток освіти людей похилого віку у США. *Педагогіка*. 2016. № 2 (4). С. 77–83.
199. Чайковський Ю. Б., Хламанова Л. І. Додипломна вища медична освіта в Україні: що можна змінити вже сьогодні? *Медична освіта*. 2015. № 1. С. 125–128.
200. Чепіль М. М. Порівняльна педагогіка : навч. посібник. Київ : Академвидав, 2014. 216 с.
201. Черноус В. Творчі здібності особистості: визначення, сутність, структура. *Проблеми підготовки сучасного вчителя*. 2012. № 5, ч. 1. С. 82–87.
202. Шамсутдинов Р. И., Баранова Н. А. Менеджмент в образовательной деятельности. URL: [http://www.rusnauka.com/1\\_NIO\\_2013/Economics/6\\_123780.doc.htm](http://www.rusnauka.com/1_NIO_2013/Economics/6_123780.doc.htm) (дата звернення 18.02.2017).

203. Шаран Р. В. Розвиток дистанційної освіти у США. *Педагогічна освіта: теорія і практика*. 2012. Вип. 11. С. 118–122.
204. Шевченко С. О. Розвиток творчої особистості в регіональній системі освіти. *Нива знань* : науково-методичний альманах. Дніпропетровськ, 1999. № 3. С. 5–11.
205. Шегедин М. Б. Медсестринство у світі / Львів. держ. мед. ун-т ім. Д. Галицького. Львів : Край, 1999. 364 с.
206. Шихненко К. І. Класифікації освітніх змін у педагогічних дослідженнях США. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2014. № 10. С. 223–233.
207. Шуневич Б. І. Розвиток дистанційного навчання у вищій школі країн Європи та Північної Америки : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Ін-т вищ. освіти АПН України. Київ, 2008. 36 с.
208. Шутова М. О. Проблеми реформування загальної середньої освіти в США (1950-ті – 1990-ті рр.) : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2005. 20 с.
209. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2004. 20 с.
210. Ягупов В. В. Педагогіка : навч. посібник. Київ : Либідь, 2002. 560 с.
211. Якиманская И. С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. Москва : Наука, 1996. 95 с.
212. Яковлева А. М., Афонська Т. М. Сучасний тлумачний словник української мови. Харків : Торсінг, 2017. 670 с.
213. Янкович О. І. Праксеологічна підготовка майбутніх учителів у вищих навчальних закладах України та Польщі. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Педагогіка*. Тернопіль, 2017. № 3. С. 28–35.
214. Яшан О. І. Система вищої медичної освіти у США. *Ринологія*. 2013. № 4. С. 79–86.
215. A Nation At Risk: The Imperative For Educational Reform / Prepared by D. Gardner. Washington D.C. : The Commission on Excellence in Education, 1983. 65 p.
216. A Test of Leadership. Charting the Future of U.S. Higher Education : A Report of the Commission Appointed by Secretary of Education Margaret Spellings / U.S. Department of Education. 2006. 55 p. URL: <https://www2>.

- ed.gov/about/bdscomm/list/hiedfuture/reports/final-report.pdf (дата звернення 6.10.2016).
217. Adams J. The works of John Adams, second president of the United States (Letters and State Papers 1799-1811). Vol. 9 / ed. by Ch. Adams. Boston : Little, Brown and Company, 1854. URL: <http://oll.libertyfund.org/titles/adams-the-works-of-john-adams-vol-9-letters-and-state-papers-1799-1811> (дата звернення 11.09.2017).
218. Advanced Teaching Skills / Harvard Medical School. 2019. URL: <https://cmeregistration.hms.harvard.edu/events/advanced-teaching-skills/event-summary-61975b435857420d9a815b86129ce1c9.aspx?RefID=cmecatalog> (дата звернення 2.02.2019).
219. Agasisti T. Management of Higher Education Institutions and the Evaluation of their Efficiency and Performance. *Tertiary Education and Management*. 2017. Vol. 23, № 3. P. 187–190.
220. Altbach P. G., Berdahl R. O., Gumport P. J. American Higher Education in the 21st Century. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2011. 520 p.
221. Altbach P. G., Gumport P. J., Johnstone D. B. In Defense of American Higher Education. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2001. 376 p.
222. AMEE Guide No. 14. Outcome-based education, part 5. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes / R. M. Harden, J. R. Crosby, M. H. Davis, M. Friedman. *Medical Teacher*. 1999. № 21 (6). P. 546–552.
223. Amendments to the Constitution of the United States of America : Discover U.S. Government Information. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/GPO-CONAN-1992/pdf/GPO-CONAN-1992-7.pdf> (дата звернення 15.03.2017).
224. America's College Promise Act of 2015 : Tracking the United States Congress. 2015. URL: <https://www.govtrack.us/congress/bills/114/s1716/text> (дата звернення 8.11.2016).
225. American Educational History : A Hypertext Timeline : Educational Resources and Lesson Plans. URL: <http://www.eds-resources.com/educationhistorytimeline.html> (дата звернення 17.03.2017).
226. American Medical Association. URL: <https://www.ama-assn.org/> (дата звернення 24.05.2017).
227. An institutional approach to quality audit / J. Brennan, R. Williams, R. Harris, D. McNamara. *Studies in Higher Education*. 1997. № 22 (2). P. 173–186.

228. Anatomy of a Medical School Application. *The Princeton Review*. URL: <https://www.princetonreview.com/med-school-advice/medical-school-applications> (дата звернення 11.10.2016).
229. Anderson J. D. *The Education of Blacks in the South, 1860–1935* /. Chapel Hill, NC : The University of North Carolina Press, 1988. 381 p.
230. Argyris C. *Personality and organization; the conflict between system and the individual*. New York : Harper Torchbooks, 1970. 300 p.
231. Arnold M. *Culture and anarchy: landmarks in the history of education*. Cambridge : Cambridge University Press, 1932. 284 p.
232. Association of American Medical Colleges : C-Span Networks. URL: <https://www.c-span.org/organization/?32584/Association-American-Medical-Colleges> (дата звернення 15.10.2017).
233. Bachelor's Degrees / Southern New Hampshire University. URL: <https://www.snhu.edu/online-degrees/bachelors> (дата звернення 11.07.2017).
234. Bailey J. A. *The Effects of a Dual Degree Program on Diversity in Medical School : A thesis ... for the degree Master of Arts in Education*. Los-Angeles : University of California, 2013. 69 p.
235. Bailyn B. *Education in the forming of American society*. New York : W. W. Norton and Company, 1972. 160 p.
236. Baker M. C. *A descriptive study of the view from the top: Perspectives of experts in continuing medical education : a dissertation ... for the degree of Doctor of Education*. University of South Florida, 2010. 253 p.
237. Balli S. J., Demo D. H., Wedman J. F. Family involvement with children's homework: An intervention in the middle grades. *Family Relations*. 1998. № 47 (2). P. 149–157.
238. Bancs J. A., Bancs Ch. McGee. *Multicultural education: issues and perspectives*. NY : Wiley, 2001. 480 p.
239. Barnett R. *Improving higher education: total quality care*. Maidenhead, United Kingdom : SRHE and Open University Press, 1992. 224 p.
240. Barr M. J., McClellan G. S. *Budgets and Financial Management in Higher Education*. Hoboken, New Jersey : Jossey-Bass, 2018. 240 p.
241. Beard C. A., Beard M. R. *A basic history of the United States*. New York : The New Home Library, 1944. 554 p.
242. Bender W. N., Waller L. B. *The Teaching Revolution: RTI, Technology, and Differentiation Transform Teaching for the 21st Century* javascript:void(0). Thousand Oaks, CA : Corwin, 2011. 192 p.
243. Berguist W. H., Pawlak K. *Engaging the Six Cultures of the Academy*. San Francisco : Jossey-Bass, 2007. 304 p.

244. Bernie Sanders on Education URL: <https://feelthebern.org/bernie-sanders-on-education/> (дата звернення 11.12.2018)
245. Bhatti N. I., Cummings C. W. Competency in surgical residency training: defining and raising the bar. *Academic Medicine*. 2007. № 82 (6). P. 569–573.
246. Biology / University of Kentucky. URL: <https://www.ukentucky-international.com/programs/biology> (дата звернення 24.06.2018).
247. Black H. C. A Law Dictionary: Definitions of the Terms and Phrases of American and English Jurisprudence, Ancient and Modern. Eagan, Minnesota : West Group, 1991. 1136 p.
248. Blake A. Trump's full inauguration speech transcript, annotated. *The Washington Post*. 2017. URL: [https://www.washingtonpost.com/news/the-fix/wp/2017/01/20/donald-trumps-full-inauguration-speech-transcript-annotated/?utm\\_term=.c614b6fb6783](https://www.washingtonpost.com/news/the-fix/wp/2017/01/20/donald-trumps-full-inauguration-speech-transcript-annotated/?utm_term=.c614b6fb6783) (дата звернення 3.05.2018).
249. Board of Overseers / Harvard University. URL: <https://www.harvard.edu/about-harvard/harvards-leadership/board-overseers> (дата звернення 2.02.2019).
250. Board of Trustees / Yale School of Medicine. URL: <https://www.yale.edu/board-trustees> (дата звернення 2.02.2019).
251. Boden M. A. Creativity and artificial intelligence. *Artificial Intelligence*. 1998. Vol. 103. P. 347–356.
252. Boers D. History of American Education Primer. New York : Peter Lang Inc, 2007. 152 p.
253. Bontrager B., Ingersoll D. Strategic Enrollment Management Transforming Higher Education. Washington : AACRAO, 2012. 284 p.
254. Boorstin D. J. The Americans: The National Experience. New York : Vintage, 1967. 528 p.
255. Bordage G., Harris I. Making a difference in curriculum reform and decision-making processes. *Medical Education*. 2011. № 45 (1). P. 87–94.
256. Briggs A., Coleman M. Research Methods in Educational Leadership and Management. New York : SAGE Publications Ltd, 2007. 400 p.
257. Briley D. A., Tucker-Drob E. M. Genetic and environmental continuity in personality development: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2014. № 140 (5). P. 1303–1331.
258. Brint S. G., Karabel J. The diverted dream: Community colleges and the promise of educational opportunity in America, 1900–1985. New York : Oxford University Press, 1989. 312 p.
259. Bruce C. The seven faces of information literacy. Adelaide : Auslib Press, 1997. P. 110–116.

260. Buenker J. D., Burnham J. C., Crunden R. M. *Progressivism*. Piscataway, NJ : Transaction Publishers, 1977. 152 p.
261. Bush T. *Theories of Educational Leadership and Management*. New York : SAGE Publications Ltd, 2010. 232 p.
262. *Cambridge Advanced Learner's Dictionary*. Cambridge : Cambridge University Press, 2008. 1814 p.
263. CARS overview / Khan Academy. URL: <https://www.khanacademy.org/test-prep/mcat/critical-analysis-and-reasoning-skills-practice-questions/critical-analysis-and-reasoning-skills-tutorial/v/cars-overview> (дата звернення 12.01.2019).
264. Chamberlin G. J. *Parents and religion: a preface to Christian education*. Philadelphia : Westminster Press, 1961. 111 p.
265. Chang E. Shadow a Physician to Gain Insight for Medical School. *U.S. News. Education*. 2014. URL: <https://www.usnews.com/education/blogs/medical-school-admissions-doctor/2014/01/28/shadow-a-physician-to-gain-insight-for-medical-school> (дата звернення 27.09.2016).
266. Chest C. C., Flickinger T. E., Chisolm M. S. Social Media Use in Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*. 2013. Vol. 88, is. 6. P. 893–901.
267. Cicourel A. V. Language and medicine. *Language in the USA* / C. A. Ferguson, B. Heath (eds.). Cambridge : Cambridge University, 1981. P. 407–429.
268. Civil Rights Act. Public law 88-352. Washington, U.S. : Government Printing Office, 1964. S. 241–268.
269. Class Prep. An idea leads to an evolution in post-graduate education in the basic sciences / Harvard Medical School. URL: <https://hms.harvard.edu/magazine/cost-conflict/class-prep> (дата звернення 19.04.2017).
270. College of Education / NC State University. URL: <https://ced.ncsu.edu/> (дата звернення 7.08.2018).
271. College of Education Graduate Programs / Graduate School The University of Texas At El Paso. URL: [https://www.utep.edu/graduate/\\_Files/docs/admission-and-enrollment/contact-sheets/Education8.pdf](https://www.utep.edu/graduate/_Files/docs/admission-and-enrollment/contact-sheets/Education8.pdf) (дата звернення 7.08.2018).
272. Columbia University Medical Center : Programs. URL: <http://www.cumc.columbia.edu/mdphd/programs#MD1> (дата звернення 3.04.2018).
273. Combes J. R., Arespacochaga E. Physician Competencies for a 21<sup>st</sup> Century Health Care System. *Journal of Graduate Medical Education*. 2012. № 4 (3). P. 401–405.

274. Combined Degrees / Harvard Medical School. URL: <https://meded.hms.harvard.edu/combined-degrees> (дата звернення 12.08.2018).
275. Connolly M., James Ch., Fertig M. The difference between educational management and educational leadership and the importance of educational responsibility. *Educational Management Administration & Leadership*. 2017. P. 1–16.
276. Constitution of the United States: Primary Documents in American History. URL: <https://guides.loc.gov/constitution> (дата звернення 28.10.2017).
277. Cooke J. E. Encyclopedia of the North American colonies. 1<sup>st</sup> Edition. Charles Scribners Sons, 1993. 2397 p.
278. Core Competencies for Medical Teachers (KLM) A Position Paper of the GMA Committee on Personal and Organizational Development in Teaching / A. Görlitz, T. Ebert, D. Bauer et al. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. 2015. № 32 (2). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446654/> (дата звернення 9.06.2018).
279. Cornel M. Hamm Philosophical Issues In Education : An Introduction. London : Routledge, 1989. 196 p.
280. Corr Ph. J., Matthews G. The Cambridge handbook of personality psychology. Cambridge, U.K. : Cambridge University Press, 2009. 906 p.
281. Council for Higher Education Accreditation. Recognition of Accrediting Organizations. Policy and Procedures. 1998. 27 p.
282. Cremin L. American education : The colonial experience, 1607–1783. New York : Harper & Row, 1970. 688 p.
283. Cremin L. A. American education : The metropolitan experience, 1876–1980. New York : Harper Collins, 1988. 781 p.
284. Cremin L. A. The transformation of the school: progressivism in American Education, 1876–1957. New York : Alfred A. Knopf, 1961. 353 p.
285. Cremin L. A. Traditions of American education. New York : Basic Books, 1977. 172 p.
286. Critical Analysis and Reasoning Skills Section : Overview / AAMC. URL: <https://students-residents.aamc.org/applying-medical-school/article/mcat-2015-cars-overview/> (дата звернення 3.07.2018).
287. Cubberley E. The History of Education. London : Forgotten Books, 2018. 920 p.
288. Cubberley E. P. Changing conceptions of education. Boston : Houghton Mifflin, 1909. 70 p.
289. Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach / Thomas P. A., Kern D. E., Hughes M. T. et al. Baltimore : The John Hopkins University Press, 2011. 312 p.



290. D’Innocenzo M., Sirefman J. P. Immigration and Ethnicity: American Society, “Melting Pot” or “Salad Bowl?”. Westport, CT : Greenwood, 1992. 360 p.
291. Defining a framework for medical teachers’ competencies to teach ethnic and cultural diversity : Results of a European Delphi study / R. Hordijk, K. Hendrickx, K. Lanting et al. *Medical Teacher*. 2019. N 41 (1). P. 68–74.
292. Defining characteristics of educational competencies / M. A. Albanese, G. Mejicano, P. Mullan, P. Kokotailo, L. Gruppen. *Medical Education*. 2008. № 42 (3). P. 248–255.
293. Defining fitness to practise in Australian radiation therapy: a focus group study / C. A. Wright, B. Jolly, M. E. Schneider-Kolsky, M. A. Baird. *Radiography*. 2011. № 17 (1). P. 6–13.
294. Densen P. Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2011. № 122. P. 48–58.
295. Dermatology. Overview of the Specialty / Washington University School of Medicine in St. Louis. URL: <https://web.archive.org/web/20161018230120/http://residency.wustl.edu/Choosing/SpecDesc/Pages/Dermatology.aspx> (дата звернення 5.06.2018).
296. Dewey J. Experience and Education. New York : Free Press, 1997. 96 p.
297. Djigic G., Stojiljkovic S. Classroom management styles, classroom climate and school achievement. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2011. № 29. P. 819–828.
298. Doctor of Education in Health Professions Education Program / AllenCollege. UnityPoint Health. URL: <http://www.allencollege.edu/doctor-of-education.aspx> (дата звернення 20.11.2018).
299. Doctor of Philosophy (Ph.D.) Health Sciences / Seton Hall University. URL: <http://www.shu.edu/academics/phd-health-sciences.cfm> (дата звернення 20.11.2018).
300. Doctoral Programs / Abraham S. Fischler College of Education Nova Southeastern University. URL: <https://education.nova.edu/doctoral/index-education.html> (дата звернення 20.11.2018).
301. Douglas-Gabriel D. Trump administration rolls back protections for people in default on student loans. *The Washington Post*. 2017. March. URL: [https://www.washingtonpost.com/news/grade-point/wp/2017/03/17/trump-administration-rolls-back-protections-for-people-in-default-on-student-loans/?noredirect=on&utm\\_term=.21122a8fae11](https://www.washingtonpost.com/news/grade-point/wp/2017/03/17/trump-administration-rolls-back-protections-for-people-in-default-on-student-loans/?noredirect=on&utm_term=.21122a8fae11) (дата звернення 15.11.2108).

302. Duffy F., Gordon G., Whelan G. Assessing competence in communication and interpersonal skills : the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004. N 79 (6). P. 495–507.
303. Dye T. R. Understanding Public Policy. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2007. 368 p.
304. Dyrbye L., Thomas M., Shanafelt T. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clinic Proceedings*. 2005. Vol. 80, is. 12. P. 1613–1622.
305. Education. *Business Dictionary*. URL: <http://www.businessdictionary.com/definition/education.html> (дата звернення 19.09.2017).
306. Education. *Collins English Dictionary*. URL: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/education> (дата звернення 19.09.2017).
307. Education. *Duhaime's Law Dictionary*. URL: <http://www.duhaime.org/LegalDictionary/E/Education.aspx> (дата звернення 19.09.2017)
308. Education. *Glossary of education terms*. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Glossary\\_of\\_education-related\\_terms\\_\(D-F\)#E](https://en.wikipedia.org/wiki/Glossary_of_education-related_terms_(D-F)#E) (дата звернення 19.09.2017).
309. Educational Administration / RAND Corporation. Objective analysis. Effective Solutions. 2019. URL: <https://www.rand.org/topics/educational-administration.html> (дата звернення 19.09.2017).
310. Educational Administration Today / D. E. Orlosky, L. F. McCleary, A. Shapiro, L. D. Webb. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill. 368 p.
311. ElectronicCodeofFederalRegulations.Title34Education.URL:[https://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=a8c6d29336a78365abcea9ba1c8e845c&mc=true&tpl=/ecfrbrowse/Title34/34tab\\_02.tpl](https://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=a8c6d29336a78365abcea9ba1c8e845c&mc=true&tpl=/ecfrbrowse/Title34/34tab_02.tpl) (дата звернення 1.02.2019).
312. Elius I. M. Re-engineering graduate medical education: An analysis of the contribution of residents to teaching hospitals utilizing a model of an internal medicine residency program : a thesis ... for the degree of Master of Science in Industrial Engineering / University of South Florida. Tampa, 2005. 65 p.
313. El-Khawas E. Accreditation's role in quality assurance in the United States / E. El. Khawas Higher Education Management. 1998. Vol. 10. № 3. P. 43-56.
314. Ellaway R eMedical Teacher. *Medical Teacher*. 2010. Vol. 32. P. 705–707.
315. Epstein R. M., Hundert E. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002. № 287 (2). P. 226–235.
316. Espinas A. Les origines de la technologie : étude sociologique. Impression à l'identique de l'édition d'origine. Paris : F.Alcan, 1897. 300 p.

317. Essentials of Approved Residencies and Fellowships. AMA, 1933. 20 p.
318. Every Student Succeeds Act. Tracking the United States Congress. 2015. URL: <https://www.govtrack.us/congress/bills/114/s1177/text/es> (дата звернення 28.11.2017).
319. Facts Applicants, Matriculants and Graduates / AAMC Archived 2006-01-12. URL: <https://www.aamc.org/data/facts/2005/mcatgpbaymaj1.htm> (дата звернення 7.06.2018).
320. Faculty Development / Academy of medical educators. University of Colorado School of Medicine. 2019. URL: <http://www.ucdenver.edu/ACADEMICS/COLLEGES/MEDICALSCHOOL/EDUCATION/ACADEMY/FACULTYDEVELOPMENT/Pages/default.aspx> (дата звернення ).
321. Faulz D. The Social Determinants of Health as part of the Medical School Curriculum: An Exploratory Analysis of Domestic and International Medical Schools : a thesis ... for the degree of Master of Public Health. / University of Washington. Washington, 2012. 34 p.
322. Fee E. The first American medical school: the formative years. *The Lancet*. 2015. Vol. 385, is. 9981. P. 1940–1941.
323. Financial Aid for MD Students / Harvard Medical School. URL: <https://meded.hms.harvard.edu/md-financial-aid> (дата звернення 10.07.2018).
324. Fitch P., Van Brunt B. A Guide to Leadership and Management in Higher Education. Abingdon-on-Thames : Routledge, 2016. 216 p.
325. Flawn P. T. A primer for university presidents. Managing the modern university. Austin : University of Texas Press, 1990. p. 18–27.
326. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada : a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (Classic reprint). London : Forgotten Books, 2018. 370 p.
327. Franco K. How Volunteer Work Can Offer Lessons to Prospective Medical Student. *US News & World Report*. 2014. URL: <https://www.usnews.com/education/blogs/medical-school-admissions-doctor/2014/04/22/how-volunteer-work-can-offer-lessons-to-prospective-medical-students> (дата звернення 29.11.2017).
328. Fraser J. W. The School in the United States : a Documentary History. 2nd Edition. London : Routledge, 2009. 432 p.
329. Freemon B. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatric Research*. 1971. Vol. 7, № 5. P. 298–312.
330. Gardiner L. F. Anderson C., Cambridge B. C. Learning through Assessment : a Resource Guide for Higher Education. Washington : American Association of Higher Education, 1997. 108 p.

331. Geiger R. L. The American college in the nineteenth century. Nashville, TN : Vanderbilt University Press, 2000. 368 p.
332. Geis G. L. Student Participation in Instruction: Student Choice. *The Journal of Higher Education*. 1976. Vol. 47, № 3. P. 249–273.
333. Geisel School of Medicine : The MD Program Courses. URL: [http://geiselmed.dartmouth.edu/ed\\_programs/mdprog/#3](http://geiselmed.dartmouth.edu/ed_programs/mdprog/#3) (дата звернення 11.03.2018).
334. General Teaching / UCSF Continual Professional Learning. 2019. URL: <https://wiki.library.ucsf.edu/display/UCPLS/General+Teaching> (дата звернення 29.01.2019).
335. Glas C. Scheerens J., Thomas S. M. Educational Evaluation, Assessment and Monitoring (Contexts of Learning). Abingdon-on-Thames : Routledge, 2010. 460 p.
336. Glazer N. We are all multiculturalists now. Cambridge : Harvard University Press, 1997. 179 p.
337. Goldin C., Katz L. F. Why the United States Led in Education: Lessons from Secondary School Expansion, 1910 to 1940. *Human Capital and Institutions: A Long-Run View* / Eltis D, Lewis F, Sokoloff K. (eds.) New York : Cambridge University Press, 2009. P. 143–178.
338. Goldin C., Katz L. F. Human Capital and Social Capital: The Rise of Secondary Schooling in America, 1910–1940. *Journal of Interdisciplinary History*. 1999. N 29 (4). P. 683–723.
339. Graduate Admission / Simmons University. Boston, Massachusetts. URL : <http://www.simmons.edu/events/graduate-admissions/2019/february/28/info-session-health-professions-education> (дата зщвернення 18.02.2019).
340. Graduate medical education; report of the Commission on Graduate Medical Education. Chicago : University of Chicago Press, 1940. 256 p.
341. Graduate Studies / History of Medicine Yale School of Medicine. URL: <https://medicine.yale.edu/histmed/education/gradstudies.aspx> (дата звернення 24.01.2019).
342. Grant G. G., Murray Ch. E. Teaching in America. The Slow Revolution. Cambridge : Harvard University Press, 1999. 280 p.
343. Gray W. S. The Teaching of Reading and Writing. Scott, Foresman and Company, 1961. 21 p.
344. Gutek G. L. Historical and Philosophical Foundations of Education : a Biographical Introduction. New York : Pearson, 2010. 496 p.

345. Hacker A., Dreifus C. Higher education. How colleges are wasting our money and failing our kids and what we can do about it. NY : St. Martin's Griffin, 2011. 304 p.
346. Handbook of Accreditation Revised / D. Adams (ed.). Western Association of Colleges and Schools, 2001. 52 p.
347. Hartocollis A. Getting Into Medical School Without Hard Sciences. *The New York Times*. 2010. URL: <https://www.nytimes.com/2010/07/30/nyregion/30medschools.html> (дата звернення 14.10.2017).
348. Harvard Careers / Harvard University. URL: <https://sjobs.brassring.com/TGnewUI/Search/Home/HomeWithPreLoad?partnerid=25240&siteid=5341&PageType=searchResults&SearchType=linkquery&LinkID=1998846#keywordSearch=&locationSearch> (дата звернення 16.10.2018).
349. Hewitt N. A. A companion to American women's history. Oxford : Wiley-Blackwell, 2005. 512 p.
350. Higher Education Act. Public law 89-329. Washington : Government Printing Office, 1965. S. 1219–1270.
351. Higher education. Oxford Dictionaries. Oxford : Oxford University Press, 2010. 2112 p. URL: [https://en.oxforddictionaries.com/definition/higher\\_education](https://en.oxforddictionaries.com/definition/higher_education) (дата звернення 5.06.2018).
352. Historical statistics of the United States. Colonial Times to 1970. Part 1. U.S. Department of Commerce Bureau of the Census. Washington : U.S. Government Printing Office, 1976. 659 p.
353. History of the U.S. Healthcare System. URL: [http://samples.jbpub.com/9781284108163/Chapter\\_1.pdf](http://samples.jbpub.com/9781284108163/Chapter_1.pdf) (дата звернення 27.10.2018).
354. HMS by the Numbers 2017 – 2018 : About HMS Harvard Medical School. URL: <https://hms.harvard.edu/about-hms/facts-figures> (дата звернення 27.11.2018).
355. HMS CME Catalog / Harvard Medical School. URL: <https://cmecatalog.hms.harvard.edu/> (дата звернення 27.11.2018).
356. Hofstadter R., Smith W. American higher education: A documentary history. Chicago : University of Chicago Press, 1961. 1039 p.
357. Hollis D. W. University of South Carolina. Columbia: University of South Carolina Press, 1956. Vol. 2. 431 p.
358. Holmes P. A Nation at Risk and Education Reform: a Frame Analysis : a Thesis ... for the Degree of Master of Education / University of Washington. Seattle, 2012. 47 p.
359. Hungerford T. L., Wassmer R. W. K-12 education in the U.S. economy. Washington : National Education Association, 2004.

360. Hunter B. Computer-Mediated Communications Support for Teacher Collaborations: Researching New Contexts for Both Teaching and Learning. *Educational Technology*. 1990. Vol. 30, № 10. P. 46–49.
361. Iatrogenesis. Medical Dictionary at the Free Dictionary. URL: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/iatrogenesis> (дата звернення 18.08.2018).
362. Illich I. Medical Nemesis the expropriation of health. New York : Pantheon, 1982. 294 p.
363. Jacobsson P. A plea for more consistent definition of quality in education and research. *Quality and communication for improvement : proceedings 12th European AIR Forum, University Claude Bernard, September 9–12, 1990. Utrecht : Lemma, 11990. P. 59–84.*
364. James W. Talks to teachers on psychology and to students on some of life's ideals. Rockville : Arc Manor, 2008. 155 p.
365. Jeynes W. American Educational History: School, Society, and the Common Good. Newbury Park : SAGE Publications, 2007. 496 p.
366. Johnson P. A history of the American people. New York : Harper Collins, 1997. 1088 p.
367. Johnstone J. N. Indicators of Education Systems. London : Kogan Page; Paris : UNESCO, 1984. 317 p.
368. Kaestle C. F., Vinovskis M. Education & social change in nineteenth-century. New York : Cambridge University, 1980. 352 p.
369. Kavic M. S. Competency and the Six Core Competencies. *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons*. 2002. N 6 (2). P. 95–97.
370. Kliff S. Well-Rounded Docs. *Newsweek*. 2007. URL: <https://www.newsweek.com/id/40747> (дата звернення 13.04.2018).
371. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington : National Academy Press; 1999. 34 p.
372. Korsch B., Gozzi E, Francis V. Gaps in doctor-patient communication I: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968. N 42. P. 855–871.
373. Kotarbiński T. Traktat o dobrej robocie. Łódź : Ossolineum, 1955. 360 s.
374. Kraditor A. S. The Ideas of the Woman Suffrage Movement: 1890–1920. New York : Columbia University Press, 1967. 313 p.
375. Lagemann E. C. An Elusive Science: the Troubling History of Education Research. Chicago : University of Chicago Press, 2002. 320 p.
376. Lapan R. T. College and Career Readiness Counseling Support Scales. *Journal of Counseling & Development*. 2017. Vol. 95. P. 77–86.

377. Lawrence R. E., Curlin F. A. Physicians' Beliefs About Conscience in Medicine: A National Survey. *Academic Medicine* : Journal of Association of American Medical Colleges. 2009. № 84 (9). P. 1276–1282.
378. LeBoterf G. Ingeniería de las competencias. Barcelona : Gestión, 2000.
379. Lee-Poy M. F. The Role of Religion and Spirituality in the Care of Patients in Family Medicine : a thesis ... for the degree in Master of Clinical Science / The University of Western Ontario. Western Ontario, 2012. 165 p.
380. Lerner M. America as a Civilization. Sagwan Press, 2018. 546 p.
381. Leung W. C. Competency based medical training : review. *The BMJ*. 2002. № 325 (7366). P. 693–696.
382. Liaison Committee on Medical Education. *Wikipedia* : the free encyclopedia. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Liaison\\_Committee\\_on\\_Medical\\_Education](https://en.wikipedia.org/wiki/Liaison_Committee_on_Medical_Education) (дата звернення 17.12.2017).
383. Library Administration in the United States International visitor program. The Institute of International Education, 1998. 44 p.
384. List of Nobel laureates by country. *Wikipedia* : the free encyclopedia. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_Nobel\\_laureates\\_by\\_country](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_Nobel_laureates_by_country) (дата звернення 15.11.2018).
385. Ludke D. VA Surgical Residents' Perceptions regarding the Implementation of ACGME Duty Hour Restrictions : a project report ... for the Degree Master of Science in Health Care Administration / California State University. Long Beach, 2009. 41 p.
386. Malak M. M. Understanding Transition into Practice after Post Graduate Medical Education in Surgical Specialties : a thesis ... for the degree in Master of Science / The University of Western Ontario. London, Canada, 2017. 45 p.
387. Mallinson V. The Western European idea in education. Oxford : Pergamon, 1980. 406 p.
388. Management. *Business Dictionary*. URL: <http://www.businessdictionary.com/definition/management.html> (дата звернення 27.10.2018).
389. Management. *Collins English Dictionary*. URL: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/management> (дата звернення 27.10.2018).
390. Management. *Dictionary*. URL: <https://www.dictionary.com/browse/management> (дата звернення 27.10.2018).
391. Mandell R. D. The Professor Game. What Really Goes on in the Multi Billion Dollar Education Industry. New York : Doubleday, 1977. 275 p.

392. Martin G. H. The evolution of the Massachusetts public school system. Bristol : Thoemmes Press, 2001.
393. Master of Arts (Educational Management) / National Institute of Education (NIE), Singapore. 2019. URL: <https://www.nie.edu.sg/higher-degrees/masters-by-coursework/master-of-arts-educational-management> (дата звернення 30.10.2018).
394. Masters and Doctorate Programs / College of Medicine Chicago Peoria Rockford Urbana The University of Illinois. URL: <https://chicago.medicine.uic.edu/education/masters-and-doctorate-programs/> (дата звернення 18.11.2018).
395. Mayberry B. D. A Century of Agriculture in the 1890 Land Grant Institutions and Tuskegee University, 1890–1990. New York : Vantage Press, 1991. 271 p.
396. McCaffery P. The Higher Education Manager's Handbook. Abingdon-on-Thames : Routledge, 2018. 524 p.
397. McCarty R. L. The Reform of Medical Education in the United States, 1900-1932 : A thesis ... for the degree of Master of Arts. Denton : North Texas State University, 1971. 144 p.
398. McClellan E. B., Reese W. J. The social history of American education. Urbana : University of Illinois Press, 1988. 370 p.
399. McGowen J. J. The role of health science librarians in the teaching and retention of the knowledge, skills, and attitudes of lifelong learning. *Bulletin of the Medical Library Association*. 1995. № 83 (2). P. 184–189.
400. MD Program / Harvard Medical School. URL: <https://meded.hms.harvard.edu/md-program> (дата звернення 11.09.2018).
401. MD Program Overview / Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania. URL: <https://www.med.upenn.edu/student/md-program-overview.html> (дата звернення 11.09.2018).
402. Medical education in difficult circumstances / T. Gibbs, M. M. McLean, E. Pawlowicz, J. McKimm. *MedEdPublish*. 2017. URL: <https://www.mededpublish.org/manuscripts/671> (дата звернення 30.02.2018).
403. Medical education. *Encyclopaedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/science/medical-education> (дата звернення 30.02.2018).
404. Medical students: professional values and fitness to practise / J. D. Gonzalo, M. Dekhtyar, R. E. Hawkins, D. R. Wolpaw. *Academic Medicine*. 2017. Vol. 92, is. 9. P. 1294–1301.



405. Meeting the challenge of family practice : the report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. Chicago : American Medical Association, 1966.
406. Melton R. F. Individualized Learning Methods in Perspective. *Higher Education*. 1981. Vol. 10, № 4. P. 403–423.
407. Mentoring Clinical-Year Medical Students: Factors Contributing to Effective Mentoring / H. I. Fallatah, Y. S. Park, J. Farsi, A. Tekian. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2018. Vol. 5. P. 1–6.
408. Miller G. A Physician in 1776. *Clio Medica*. 1976. Vol. 11, is. 3. P. 135–146.
409. Minchow R. Changes in information-seeking patterns of medical students: second-year students' perceptions of information management instruction as a component of a problem-based learning curriculum. *Medical Reference Services Quarterly*. 1995. N 15 (1). P. 15–40.
410. Mises L. von. Human Action: A Treatise on Economics. 4<sup>th</sup> edition. Indianapolis : Liberty Fund Inc, 2010. 1128 p.
411. Monroe P. Founding of the American public school system. New York : Macmillan, 1940. Vol. 1. 520 p.
412. Montgomery J. R., Folmsbee S. J., Greene L. S. To foster knowledge : a history of the University of Tennessee, 1794–1970. Knoxville : University of Tennessee Press, 1982. 482 p.
413. Morgan J. A Discourse upon the Institution of Medical Schools in America : Delivered at a Public Anniversary Commencement, held in the College of Philadelphia May 30 and 31, 1765. Charleston : Nabu Press, 2011. 94 p.
414. Motivation, medical school admissions, and student performance / J. Rhoads, J. Gallemore, D. Gianturco, S. Osterhout. *Journal of Medical Education*. 1974. Vol. 49, is. 12. P. 1119–1127.
415. Mutual Reinforcement Between Neuroticism and Life Experiences: A Five-Wave, 16-Year Study to Test Reciprocal Causation / B. F. Jeronimus, H. Riese, R. Sanderman, J. Ormel. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014. № 107 (4). P. 751–64.
416. National Defense Education Act of 1958. *Federal Education Policy History*: A nonpartisan educational resource. URL: <https://fedealeducationpolicy.wordpress.com/2011/06/03/national-defense-education-act-of-1958-2/> (дата звернення 2.12.2018).

417. NEA Survey of Higher Education Members and Leaders / National Education Association. Research Center Update. Vol. 4. № 5. Washington, DC, 1998. 6 p.
418. Nguyen D. Q., Blais J. G. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Revue Internationale Francophone D'Éducation médicale*. 2007. Vol. 8, № 4. P. 232–251.
419. O'Shea J. Reforming Graduate Medical Education in the U.S. / The Heritage Foundation. 2014. URL: <https://www.heritage.org/health-care-reform/report/reforming-graduate-medical-education-the-us> (дата звернення 30.01.2019).
420. Online Doctorate of Health Professions Education Degree / Logan University. URL: <https://www.logan.edu/academics/online-doctorate-of-health-professionals-education> (дата звернення 4.05.2018).
421. Osgood R. L. The History of Inclusion in the United States. Washington : Gallaudet University Press, 2005. 232 p.
422. Overview of Medical Education in Europe / S. Curtoni, S. Willemstein, F. Smolders, J. De Koning. *Medical Education in Europe : An Anthology of Med-Net conference presentations Lille, 1998*. Maastricht, 1999. 256 p.
423. Peña Dolhun E., Muñoz C., Grumbach K. Cross-cultural education in U.S. medical schools: development of an assessment tool. *Academic Medicine*. 2003. Vol. 78. is. 6. P. 615–622.
424. Perrenoud P. Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe. Paris : ESF, 1996. 198 p.
425. Plan of Instruction for the London Society of the Harvard-MIT Division of Health Sciences and Technology (HST) / Harvard Medical School. URL: <https://medstudenthandbook.hms.harvard.edu/102-plan-instruction-london-society-harvard-mit-division-health-sciences-and> (дата звернення 2.03.2018).
426. Poncelet A., Hirsh D. Longitudinal Integrated Clerkships: Principles, Outcomes, Practical Tools, and Future Directions. New York : Gegensatz Press, 2016. 326 p.
427. Prepare for the MCAT Exam : Applying to a Medical School AAMC. URL: <https://students-residents.aamc.org/applying-medical-school/taking-mcat-exam/prepare-mcat-exam> (дата звернення 3.02.2019).

428. Pre-professional Programs / College of Agriculture and Life Sciences, Cornell University. URL: <https://admissions.cals.cornell.edu/academics/pre-professional-programs> (дата звернення 8.02.2019).
429. Ransom R. L. Conflict and compromise: the political economy of slavery, emancipation and the American Civil War. Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1989. 336 p.
430. Ravitch D. The troubled crusade: American education 1945–1980. New York : Basic Books, 1983. 400 p.
431. Ravitch D., Vinovskis M. Learning from the past: What history teaches us about school reform. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1995. 400 p.
432. Razik T. A. Fundamental Concepts of Educational Leadership and Management. London : Pearson, 2009. 432 p.
433. Recommended Institutional Regulations on Academic Freedom and Tenure / American Association of University Professors. URL: <https://www.aaup.org/report/recommended-institutional-regulations-academic-freedom-and-tenure> (дата звернення 16.11.2018).
434. Relationship Between Medical Student Service and Empathy / Ch. Brazeau, R. Schroeder, S. Rovi, L. Boyd. *Academic Medicine. Section Editors*. 2011. Vol. 86, is. 10. P. 42–45.
435. Research / Yale School of Medicine. URL: <https://medicine.yale.edu/research> (дата звернення 15.01.2019).
436. Research Assistant II / Harvard Careers Harvard University. URL: [https://sjobs.brassring.com/TGnewUI/Search/home/HomeWithPreLoad?partnerid=25240&siteid=5341&PageType=JobDetails&jobid=1427152#jobDetails=1427152\\_5341](https://sjobs.brassring.com/TGnewUI/Search/home/HomeWithPreLoad?partnerid=25240&siteid=5341&PageType=JobDetails&jobid=1427152#jobDetails=1427152_5341) (дата звернення 15.01.2019).
437. Residents and Fellows as Medical Educators Elective / Academy of medical educators, University of Colorado School of Medicine. 2019. URL: <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschooleducation/academy/edelective/Pages/edelective.aspx> (дата звернення 24.01.2019).
438. Responsibilities of the Chair / The University of Tennessee Chattanooga. URL: <https://www.utc.edu/doctorate-learning-leadership/doctoralguide/dissertationprocess/committeerespons.php> (дата звернення 18.01.2019).
439. Rey B. Les compétences transversales en question. Paris : ESF, 1996. 216 p.
440. Reynolds A. Patient-Centered Care. *Radiologic Technology*. 2009. № 81 (2). P. 133–147.

441. Riley-Tillman T. Ch., Burns M. K. *Evaluating Educational Interventions: Single-Case Design for Measuring Response to Intervention (The Guilford Practical Intervention in the Schools Series)*. New York : The Guilford Press, 2009. 214 p.
442. Ritz S. *A Critical Discourse Analysis of Medical Students' Reflective Writing: Social Accountability, the Hidden Curriculum, and Critical Reflexivity : a thesis ... for the degree in Master of Education / The University of Western Ontario*. London, Canada., 2015. 117 p.
443. Rokeach M. *The nature of human values*. New York : Free Press, 1973. 438 p.
444. Sadock B., Sadock V., Ruiz P. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia : LWW, 2009. 4884 p.
445. Saxena A. *Leadership in medical education: competencies, challenges and strategies for effectiveness : a thesis ... for the Degree of Master of Medical Education / Saskatoon : University of Saskatchewan*, 2010. 177 p.
446. School of Medicine M.D. Admissions / Johns Hopkins Medicine. URL: <https://www.hopkinsmedicine.org/som/admissions/md/index.html> (дата звернення 4.02.2019).
447. Selection Factors / Harvard Medical School. URL: <https://meded.hms.harvard.edu/admissions-selection-factors> (дата звернення 4.02.2019).
448. *Servicemen's readjustment act of 1944*. Public law 346. Chapter 268. Washington : Government Printing Office, 1944. S. 1767.
449. *Shifting paradigms: from Flexner to competencies / C. Carraccio, S. D. Wolfsthal, R. Englander et al. Academic Medicine*. 2002. № 77 (5). P. 361–367.
450. Smith B. *Proposed US budget threatens educational exchange programs. The Pie News*. News and business analysis for Professionals in International Education. 2017. URL: <https://thepienews.com/news/proposed-us-budget-threatens-educational-exchange-programs/> (дата звернення 27.03.2018).
451. Smith-Barrow D. *Bolster a Medical School Application With Volunteer Work. US News & World Report*. 2013. URL: <https://www.usnews.com/education/best-graduate-schools/top-medical-schools/articles/2013/09/04/bolster-a-medical-school-application-with-volunteer-work> (дата звернення 7.12.2017).
452. Spring J. *The American school 1642–2000*. Boston : McGraw-Hill, 2000. 464 p.

453. Stedman's Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing. Stedman's, 2011. 2439 p.
454. Stephens A. H. History of the United States. New York : Hale & Son, 1872.
455. Stephens K. G. Guide to Medical Education in the Teaching Hospital. Irwin: Association for Hospital Medical Education, 2016. 668 p.
456. Stephens K. G. Leadership orientations of designated institutional officials at institutions that sponsor graduate medical education programs and institutional effectiveness : a dissertation ... for the Degree of Doctor of Philosophy in Educational Administration Higher Education / University of South Carolina. Columbia, 2011. 129 p.
457. Student Advising: Personal, Academic and Career Advising / Harvard Medical School. URL: <https://meded.hms.harvard.edu/student-advising> (дата звернення 29.10.2019).
458. Student Council and Government / University of Minnesota Medical School. URL: <https://www.med.umn.edu/md-students/policies-governance/governing-committees/student-council-government> (дата звернення 7.11.2018).
459. Student Demographics / University of California San Francisco. URL: <https://meded.ucsf.edu/about-us/program-statistics/student-demographics> (дата звернення 7.11.2018).
460. Student Loan Refinancing and Recalculation Act. Countable. URL: <https://www.countable.us/bills/hr4001-115-student-loan-refinancing-and-recalculation-act> (дата звернення 9.11.2018).
461. Sullivan C. C. Punctuated Equilibrium: A Qualitative Case Study of the Influence of American Medical Education's Structure, Governance, and Function on Curriculum Reform : a dissertation ... for the degree of Doctor of Philosophy / University of Washington. Washington, 2018. 211 p.
462. Sussman L. R. The culture of freedom. The small world of Fulbright scholars. Boston : Rowman & Littlefield Publishers, 1992. 198 p.
463. Swanwick T. Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013. 526 p.
464. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière Education, 2006. 363 p.
465. Terkla D. G. Competencies, Regional Accreditation, and Distance Education: An Evolving Role? URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ir.12/full> (дата звернення 16.09.2018).
466. Tewksbury S. The founding of American colleges and universities before the civil war: with particular reference to the religious influences bearing

- upon the college movement. New York : Teachers College Press, 1932. 254 p.
467. The Bologna Declaration of 19 June 1999 : Joint declaration of the European Ministers of Education. URL: [https://www.eurashe.eu/library/modernising-phe/Bologna\\_1999\\_Bologna-Declaration.pdf](https://www.eurashe.eu/library/modernising-phe/Bologna_1999_Bologna-Declaration.pdf) (дата звернення 14.09.2018).
468. The Evolution of the Medical School Deanship: From Patriarch to CEO to System Dean / D. A. Schieffler, Ph. M. Farrell, M. J. Kahn et al. *The Permanente Journal*. 2017. № 21 (1). P. 32-38.
469. The MCAT Essentials for Testing Year 2018 / AAMC. URL: <https://ru.scribd.com/document/364998907/Essentials-2018-Final> (дата звернення 21.01.2019).
470. The Merriam-Webster Dictionary. Springfield : Merriam-Webster Incorporation, 2016. 960 p.
471. Thelin J. R. Essential Documents in the History of American Higher Education. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2014. 384 p.
472. Thelin J. R. The Shaping of Higher Education: The Formative Years in the United States, 1890 to 1940. *The Journal of Economic Perspectives*. 1999. Vol. 13, № 1. P. 37–62.
473. Thrupp M., Willmott R. Educational Management In Managerialist Times. London : Open University Press, 2003. 256 p.
474. Thwing Ch. F. A History of Higher Education in America / Ch. F. Thwing. HardPress Publishing. 2012. 530 p.
475. Timberlake J. H. Prohibition and the progressive movement, 1900–1920. New York : Atheneum, 1970. 238 p.
476. Torrance E. P. The Torrance Tests of Creative Thinking:-Norms-technical manual. Princeton : Personnel Press, 1974. 58 p.
477. Torrance E. P. Guidelines for administration and scoring/comments on using the Torrance Tests of Creative Thinking. Bensenville : Scholastic Testing Service, Inc., 1987.
478. Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management / J. G. Calhoun, P. L. Davidson, M. E. Siniotis et al. *Quality Management in Health Care*. 2002. № 11 (1). P. 14–38.
479. Transcript of Morrill Act, 1862. URL: <http://www.ourdocuments.gov/doc.php?flash=true&doc=33&page=transcript> (дата звернення 12.12.2017).
480. Tyack D. B. The One Best System: A History of American Urban Education. Cambridge : Harvard University Press, 1974. 368 p.

481. Tyack D., Lowe R., Hansot E. Public schools in hard times. Cambridge : Harvard University Press, 1984. 288 p.
482. Types of accreditation / WASC Senior College and University Commission. URL: <https://www.wascsenior.org/about/regionalaccreditation> (дата звернення 5.04.2018).
483. Urban W. J., Wagoner J. L. jr. American Education: a History. Abingdon-on-Thames : Routledge, 2008. 496 p.
484. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence / N. Fernandez, V. Dory, L. G. Ste-Marie et al. *Medical Education*. 2012. № 46. P. 357–365.
485. Veterans Readjustment Benefits Act of 1966. Public law 89-358. Washington : Government Printing Office, 1966. S. 12–28.
486. Veterans' readjustment assistance act of 1952. Public law 550. Chapter 875. Washington : Government Printing Office, 1952. S. 663–691.
487. Vinson A. H. Teaching the Work of Doctoring: how the Medical Profession Adapts to Change : a dissertation ... for the degree Doctor of Philosophy / University of California. San Diego, 2015. 187 p.
488. Wallace S. A Dictionary of Education. Oxford : Oxford University Press, 2015. 368 p.
489. Walsh K. Oxford Textbook of Medical Education. Oxford: Oxford University Press, 2016. 784 p.
490. Webb L. D., Metha A., Jordan K. F. Foundations of American Education. London : Pearson, 2010. 444 p.
491. Webster N. Education of youth in the United States. URL: <http://www.earstohear.net/heritage/On-The-Education-of-Youth-In-America.pdf> (дата звернення 14.02.2018).
492. Weinberger S. The Medical Educator in the 21<sup>st</sup> Century: a Personal Perspective. *Transactions of American Clinical and Climatological Association*. 2009. № 120. P. 239–248.
493. Weiss B. J. American education and the European immigrant, 1840–1940. Urbana : University of Illinois Press, 1982. 217 p.
494. Wertheimer M. Productive thinking. New York : Harper, 1945. 204 p.
495. Westerheijden D. F. Peers, performance and power: quality assessment in the Netherlands. *Peer review and performance indicators: quality assessment in British and Dutch higher education* / L. C. J. Goedegebuure, P. A. M. Maassen, D. F. Westerheijden (eds.). Utrecht : Lemma. P. 183–207.
496. What Is Educational Management? URL: [https://learn.org/articles/What\\_is\\_Educational\\_Management.html](https://learn.org/articles/What_is_Educational_Management.html) (дата звернення 28.01.2019).

497. What is USMLE? URL: <http://www.usmle.org/> (дата звернення 24.01.2019).
498. What's on the MCAT Exam? URL: <https://students-residents.aamc.org/applying-medical-school/article/whats-mcat-exam/> (дата звернення 24.01.2019).
499. Whitcomb M. Competency-based graduate medical education? Of course! But how should competency be assessed? *Academic Medicine*. 2002.№ 77 (5). P. 359–60.
500. Willison G. F. Saints and strangers. New York : Reynal & Hitchcock, 1945. 513 p.
501. Yanez L. C. Active Engagement in Medical Education Yanez : a Dissertation ... for the Degree Doctor of Education / Arizona State University. Tempe, 2017. 126 p.
502. YSM Leadership and Administration / Yale School of Medicine. URL: <https://medicine.yale.edu/about/administration.aspx> (дата звернення 16.01.2019).
503. Zhang X. Values, expectations, ad hoc rules, and culture emergence in international cross-cultural management contexts. New York : Nova Science Publishers, 2009. 212 p.

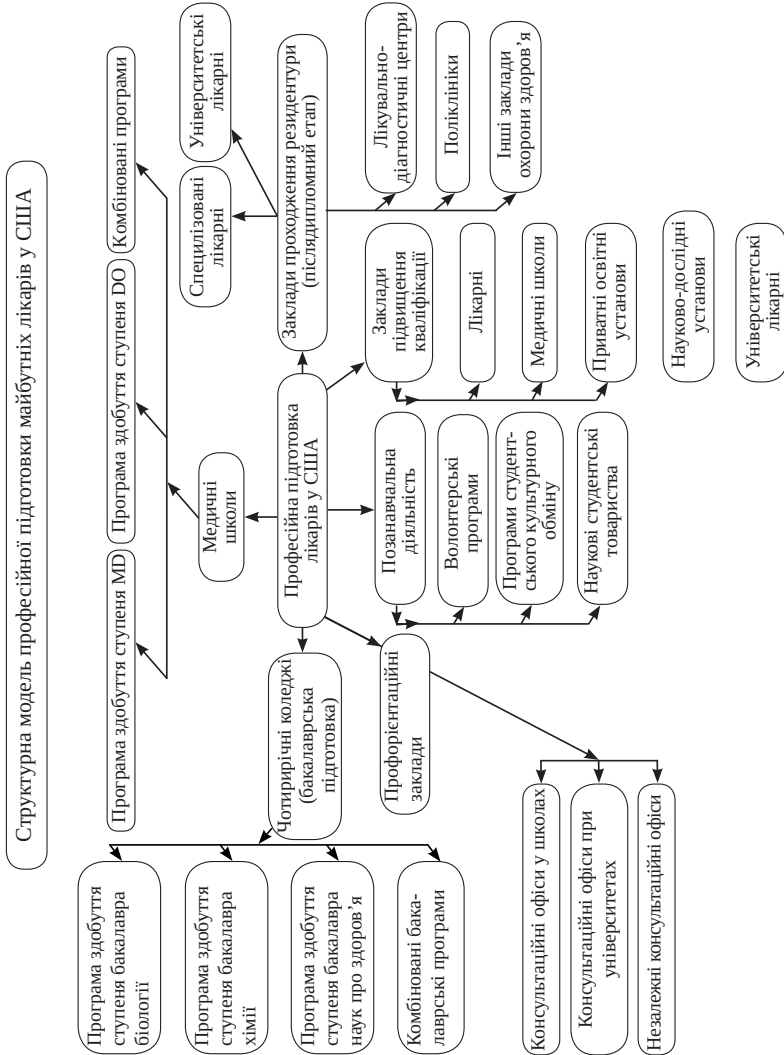


# ДОДАТКИ

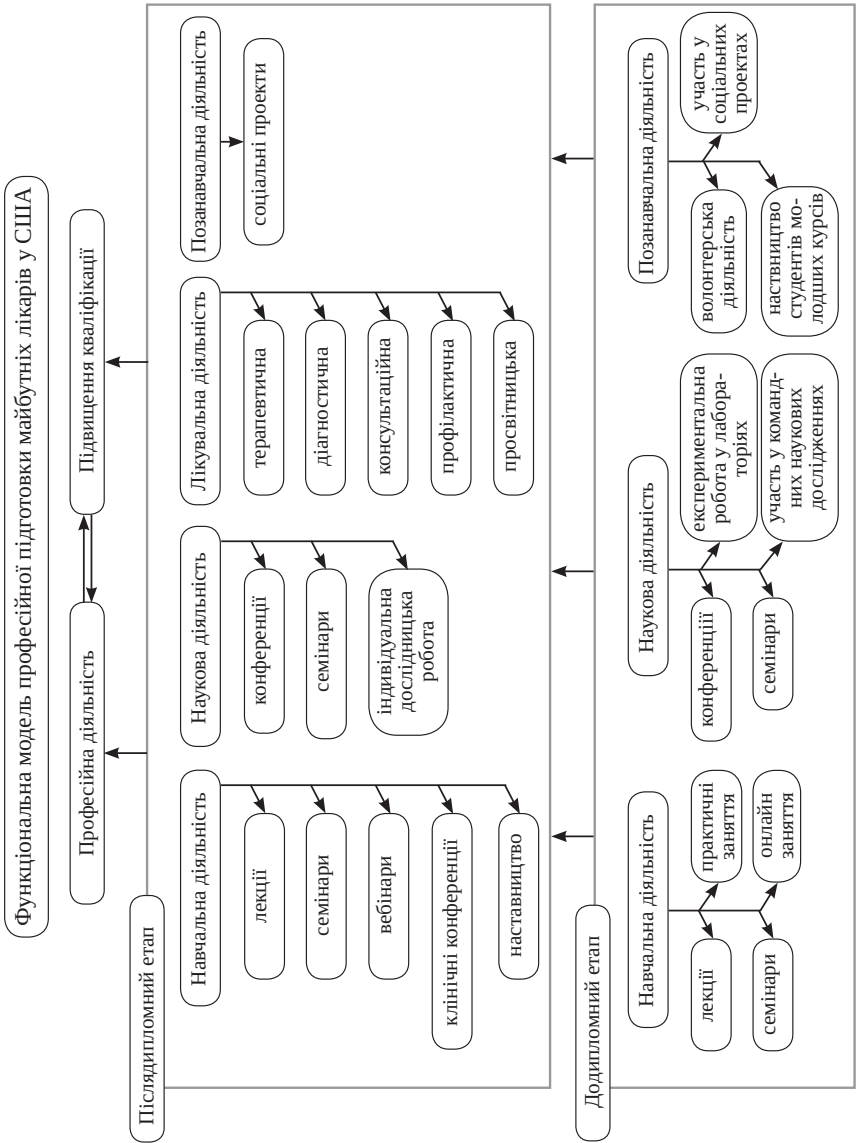
## Додаток А

### Модель професійної підготовки майбутніх лікарів у США

#### Додаток А1

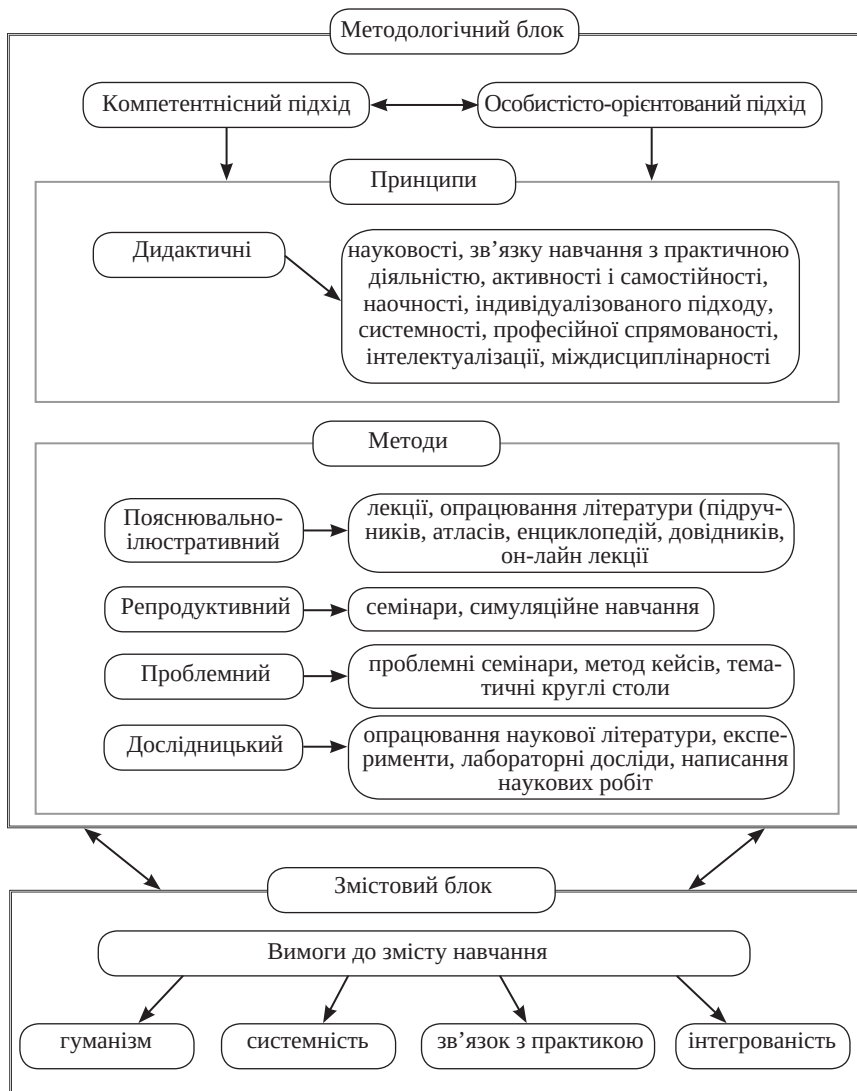


## Додаток А2



## Додаток А3

### Теоретична модель професійної підготовки майбутніх лікарів у США



**Додаток Б**  
**Результати порівняльного дослідження професійних цінностей та установок американських та українських студентів медичного профілю**

<b>1. Що спонукало Вас вступити у вищий медичний навчальний заклад?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Це було бажанням батьків.	39	14	6	3
2. Я завжди хотів/-ла стати лікарем (фармацевтом), тому що ця професія благородна, гуманна і спрямована на допомогу людям.	99	36	82	36
3. Я завжди хотів/-ла стати лікарем (фармацевтом), тому що ця професія високооплачувана.	35	13	84	37
4. Я завжди хотів/-ла стати лікарем (фармацевтом), тому що ця професія престижна і модна.	56	21	56	24
5. В школі любив/-ла хімію, біологію і завжди мав/-ла схильність до природничих наук.	45	16	-	-
<b>2. Яким є Ваше ставлення до списування?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Списування припустиме лише в тих ситуаціях, коли вирішується важлива оцінка, а часу підготуватися не було.	103	38	7	3
2. Списувати є неприпустимим, оскільки оцінювання знань студентів повинне бути справедливим і всі повинні бути у рівних умовах.	61	22	103	45
3. Списувати можна і навіть потрібно, оскільки під час списування хоч якась частина матеріалу все одно запам'ятовується.	81	30	17	7
4. Я вкрай негативно ставлюся до списування, оскільки це – несправедливо, і при потребі я сповіщу викладача про того, хто списує.	9	3	90	40
5. Списування – негативне явище, яке викладачам варто викоринювати.	20	7	11	5
<b>3. Як Ви ставитеся до прогулів?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Прогули – негативне явище, з яким слід суворо боротися викладачам та деканатам.	50	18	8	4

*Продовження додатку Б*

2. Не всі предмети є необхідними для студента, тому деякі можна і пропустити.	56	20	99	32
3. Студент повинен мати право вирішувати, які заняття йому відвідувати, а які – ні.	49	18	76	44
4. Навчальна програма складена таким чином, що всі предмети є важливими і доповнюють один одного, і пропускати заняття – неприпустимо.	83	30	35	16
5. Не всі викладачі однаково цікаво проводять заняття, тому відвідувати варто лише ті заняття, які дійсно цікаві.	36	14	10	4
<b>4. Як Ви сприймаєте студентські роки?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Це найкращий безтурботний період мого життя, коли я зустріну нових друзів і проводитиму багато часу із ними.	42	15	22	10
2. Це проміжний період між дитинством і самостійністю, дорослістю.	31	11	-	-
3. Це важкий період, під час якого мені доведеться важко працювати, щоб стати хорошим фахівцем.	77	28	142	62
4. Це буде даремно потрачений час, оскільки основи своєї професії я міг би/могла б здобути за короткий період часу, ніж це можливо в Україні.	22	9	-	-
5. В ці роки я здобути нову професію, а також цікаві знайомства і новий досвід.	102	37	64	28
<b>5. Яким Ви бачите кінцевий результат навчання у медичному університеті?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Я вважаю, що навчання в університеті дасть мені глибокі теоретичні знання, а набуття практичного досвіду розпочнеться із виходом на роботу.	113	41	118	52
2. Я думаю, що за ці роки я отримаю достатньо знань та вмінь, щоб з легкістю приступити до професійної діяльності після завершення університету.	118	43	110	48
3. Університетська освіта не дає достатньо знань для подальшої роботи і при влаштуванні на роботу всього доведеться вчитися самому.	43	16	-	-

Продовження додатку Б

<b>6. Що Ви думаєте про здобуття вищої освіти?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Це є вимогою часу та запорукою успішного майбутнього.	143	52	173	76
2. Це є формальністю та даниною моді.	89	32	55	24
3. Час на здобуття вищої освіти є потracеним даремно.	42	16	-	-
<b>7. Після закінчення університету я:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. легко знайду роботу за спеціальністю за умови володіння достатньою компетентністю.	157	57	194	85
2. легко знайду роботу за спеціальністю за умови володіння достатньою сумою грошей, щоб «купити» робоче місце.	54	20	-	-
3. сподіваюся знайти роботу за спеціальністю, проте не виключаю необхідність перекваліфікації.	63	23	34	15
<b>8. Чому, на Вашу думку, необхідно отримувати високі оцінки під час вивчення навчальних дисциплін?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. На мою думку, важлива не оцінка, а глибокі знання.	103	38	102	45
2. Оцінка впливає на стипендію.	52	19	22	10
3. Оцінка для мене не має значення.	62	23	30	13
4. Оцінка показує мою загальну успішність, а отже, - місце в рейтингу, що важливо для працевлаштування.	57	20	74	32
<b>9. Чи доводилося Вам раніше стикатися з корупцією в рідній країні?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Так.	78	28	14	6
2. Ні.	196	72	214	94
<b>10. Яким є Ваше ставлення до вимагання чи пропонування хабара?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Моє ставлення є вкрай негативним, ці явища повинні суворо каратися законом, а адміністрація університету повинна жорстко відслідковувати їх.	178	65	217	95

Продовження додатку Б

2. Якщо це відбувається за згодою сторін, то це не є чимось протизаконним.	96	35	11	5
<b>11. На Вашу думку, чи варто вивчати і впроваджувати в Україні досвід інших країн щодо вищої медичної освіти?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Так, запозичення досвіду країн-лідерів – єдиний ефективний шлях розвитку української медичної освіти.	120	44	56	25
2. Вважаю, що інші країни повинні запозичувати досвід України, а не навпаки.	25	9	78	34
3. Досвід запозичувати варто, однак його слід адаптувати до українських реалій та менталітету українського студента.	129	47	94	41
<b>12. Яка країна є для Вас взірцевою з точки зору здобуття вищої медичної освіти?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Німеччина	108	39	45	20
2. США	70	26	175	77
3. Україна	36	13	1	
4. Велика Британія	20	7	3	1
5. Польща	8			
6. Ізраїль	7			
7. ОАЕ	4			
8. Японія	4			
9. Австрія	2		1	
10. Канада	2		3	
11. Швеція	2			
12. Італія	2			
13. Інше	9			

1 – Українські студенти

2 – Співвідношення українських студентів у відсотках

3 – Американські студенти

4 – Співвідношення американських студентів у відсотках

**Додаток В**  
**Успішність складання кваліфікаційних іспитів у США**

**Додаток В1**  
**Результати іспиту випускників медичних шкіл США при**  
**Державній екзаменаційній раді, 1900–1904 рр.**

Назва навчального закладу	Склав	Не склав	% не складених
Медичний коледж ім. Е. Купера	43	4	8.5 %
Медичний факультет Каліфорнійського університету	33	2	5.7 %
Медичний коледж Дартмутського університету	11	1	8.3 %
Медична школа Гарвардського університету	155	1	0.6 % *
Медичний факультет Єльського університету	34	2	5.6 %
Коледж лікарів і хірургів, Нью-Йорк	214	7	3.2 %
Медичний факультет Університету Пенсильванії	111	7	5.9 %
Медичний коледж ім. Б. Раша	216	5	2.3 %

Примітка: \* лише 1904 р.

(за даними сайту <https://lane.stanford.edu/med-history/wilson/chap27.html>)



**Додаток В2**  
**Результати складання іспиту Крок 1, 2016–2017 рр.**

	2016		2017	
	Кількість студентів	Частка успішного складання	Кількість студентів	Частка успішного складання
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини MD</b>	21,122	94%	21,382	94%
Складено з першої спроби	20,122	96%	20,353	96%
Складено з другої спроби	1000	64%	1,029	67%
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини DO</b>	3,454	93%	3,835	95%
Складено з першої спроби	3,398	94%	3,786	95%
Складено з другої спроби	56	75%	49	76%
<b>Всього</b>	24,576	94%	25,217	94%

**Додаток В3**  
**Результати складання іспиту Крок 2 СК, 2016–2017 рр.**

	2016		2017	
	Кількість студентів	Частка успішного складання	Кількість студентів	Частка успішного складання
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини MD</b>	21,515	96%	21,071	95%
Складено з першої спроби	20,535	97%	20,140	96%
Складено з другої спроби	980	71%	931	66%
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини DO</b>	2,272	94%	2,581	94%
Складено з першої спроби	2,228	94%	2,547	95%
Складено з другої спроби	44	84%	34	68%
<b>Всього</b>	23,787	95%	23,652	95%

**Додаток В4**  
**Результати складання іспиту Крок 2 CS, 2016–2017 рр.**

	2016		2017	
	Кількість студентів	Частка успішного складання	Кількість студентів	Частка успішного складання
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини MD</b>	20,622	97%	21,064	96%
Складено з першої спроби	19,906	97%	20,285	96%
Складено з другої спроби	716	85%	779	90%
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини DO</b>	46	91%	46	96%
Складено з першої спроби	46	91%	45	96%
Складено з другої спроби	0	0	1	‡
<b>Всього</b>	20,668	97%	21,110	96%

**Додаток В5**  
**Результати складання іспиту Крок 3, 2016–2017 рр.**

	2016		2017	
	Кількість студентів	Частка успішного складання	Кількість студентів	Частка успішного складання
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини MD</b>	19,574	96%	20,094	97%
Складено з першої спроби	18,977	97%	19,405	98%
Складено з другої спроби	597	70%	689	73%
<b>Здобувачі ступеня доктора медицини DO</b>	21	95%	13	100%
Складено з першої спроби	20	95%	13	100%
Складено з другої спроби	1	†	0	0
<b>Всього</b>	19,595	96%	20,107	97%

(за даними сайту [https://www.usmle.org/performance-data/default.aspx#2017\\_overview](https://www.usmle.org/performance-data/default.aspx#2017_overview))



## Зразок 2.

Student name:

Evaluator name:

**UTMB CLERKSHIP STUDENT EVALUATION FORM**  
2012-2013 TERM \_\_\_\_ INTERNAL MEDICINE

Student Name		Rotation / location	
--------------	--	---------------------	--

Faculty / Resident name		Dates of rotation (include # of contact days)	
-------------------------	--	---	--

Instructions: Please provide a numerical rating and comments for each section. Summative comments at the end of the evaluation will be used in the Dean's letter.

### 1. History Taking Skills

Performance rating (please mark one rating)

Inconsistent performance of skills: history incomplete or inaccurate; misses key information or chronology unclear.	Unsatisfactory	Needs improvement	Competent / Satisfactory	Outstanding	Asks questions in a logical sequence; develops chief complaint fully; explores sensitive information professionally; data is accurate/correct
	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	

#### COMMENTS on history taking skills

--

### 2. Physical Examination and Mental Status Exam Skills

Performance rating (please mark one rating)

Inconsistent performance of skills: cannot perform PE or MSE maneuvers correctly; does not perform complete exam; or misses important abnormal findings	Unsatisfactory	Needs improvement	Competent / Satisfactory	Outstanding	Performs PE or MSE maneuvers appropriately; able to perform complete exam for relevant area; and able to distinguish normal from abnormal findings
	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	

#### COMMENTS on physical examination skills

--

## Додаток Е

### Взірець анкети для оцінювання діяльності молодого викладача

*Університет центральної Флориди*

Оцінка діяльності викладача-початківця

*Цю форму оцінювання рівня викладання заповнює завідувач кафедри, керівник підрозділу чи керівник викладача-початківця наприкінці кожного семестру*

Ім'я викладача \_\_\_\_\_

Назва коледжу \_\_\_\_\_ Назва кафедри \_\_\_\_\_ Період, за який виставляється оцінка \_\_\_\_\_

Дисципліни, які викладаються

Код дисципліни	Номер дисципліни	Назва дисципліни

Анкета успішності

Категорія	Оцінка («Відмінно», «Добре», «Задовільно», «Умовно задовільно», «Незадовільно»)	Оцінка діяльності Окрім коментарів до діяльності викладача загалом, обов'язковими є детальні і змістовні коментарі до виставленої оцінки
А. Викладацька діяльність		Коментар:
Середнє навантаження		
В. Інші університетські обов'язки		Коментар:
Середнє навантаження		

**Додаток Ж**  
**Розмір плати за навчання у Медичному коледжі**  
**ім. Е. Купера**  
**(сьогодні – Стенфордський університет), 1901–1902 рр.**

Надана послуга	Сума
Оплата за вступний іспит	\$ 5
Оплата за заняття в анатомічній залі, перший курс	\$ 10
Оплата за заняття в анатомічній залі, другий курс	\$ 10
Оплата за лекції, перший курс	\$ 100
Оплата за лекції, другий курс	\$ 100
Оплата за лекції, третій курс	\$ 100
Оплата за лекції, четвертий курс	\$ 100
Оплата за церемонію випускного	\$ 25
Всього:	\$ 450

(за даними сайту <https://lane.stanford.edu/med-history/wilson/chap27.html>)



**Додаток 3**  
**Середня оплата праці лікаря у США (за спеціальністю),**  
**2019**

Спеціальність	Сума за рік
1	2
Алергологія та імунологія	\$296,705
Анестезіологія	\$357,116
Кардіологія	\$436,849
Колоректальна хірургія	\$343,277
Дерматологія	\$400,898
Невідкладна медицина	\$320,419
Ендокринологія	\$217,610
Сімейна медицина	\$227,541
Гастроентерологія	\$379,460
Загальна хірургія	\$360,933
Гематологія	\$376,660
Інфектологія	\$205,570
Терапія	\$223,175
Медична генетика	\$158,597
Педіатрія	\$205,610
Неонатологія	\$290,853
Нефрологія	\$306,302
Неврологія	\$243,105
Нейрохірургія	\$609,639
Ядерна медицина	\$290,639
Акушерство та гінекологія	\$315,295
Медицина праці	\$229,450
Онкологія	\$341,701
Офтальмологія	\$343,144
Ортопедична хірургія	\$535,668

Продовження додатку 3

1	2
Оториноларингологія	\$369,790
Патологія	\$302,610
Дитяча кардіологія	\$303,917
Дитяча медична допомога	\$273,683
Дитяча ендокринологія	\$157,394
Дитяча гастроентерологія	\$196,708
Дитяча гематологія та онкологія	\$192,855
Дитячі інфекційні хвороби	\$163,658
Дитяча нефрологія	\$183,730
Дитяча пульмонологія	\$218,106
Дитяча ревматологія	\$200,027
Педіатрія	\$206,961
Фізична терапія / Реабілітологія	\$278,283
Пластична хірургія	\$407,709
Профілактична медицина	\$270,888
Психіатрія	\$227,478
Пульмонологія	\$317,323
Радіаційна онкологія	\$418,228
Радіологія	\$404,302
Ревматологія	\$244,765
Торакальна хірургія	\$471,137
Урологія	\$381,029
Судинна хірургія	\$428,944

(за даними сайту <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/01/physician-salaries/384846/>)

**Додаток К**  
**Зразки питань для експертної оцінки професійної підготовки лікарів у США українськими вченими**

1. Які головні чинники, на Вашу думку, є запорукою успіху американської системи медичної освіти?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

2. Які аспекти системи медичної освіти США варто впровадити в Україні?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

3. Якими є, на Вашу думку, переваги та недоліки системи медичної освіти в США?

ПЕРЕВАГИ:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

НЕДОЛІКИ:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

4. Праці яких американських фахівців з питань медичної освіти необхідно використовувати в медичних навчальних закладах України?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

5. Що, на Вашу думку, характерне для професійної діяльності викладачів у медичних закладах США?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

6. Чи можна виокремити специфічні особливості, характерні для американських студентів?

- .....
- .....

**Додаток Л**  
**Зразки питань для експертної оцінки професійної підготовки лікарів у США американськими вченими**

1. In your opinion, what are the main factors contributing to the success of American medical education?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

2. What aspects of the USA medical education system should be implemented in other countries?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

3. In your opinion, what are the advantages and disadvantages of the USA medical education system?

ADVANTAGES:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

DISADVANTAGES:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

4. What research papers of American specialists in the field of medical education present interest for educationalists in other countries?

- 1 ..... 2 .....
- 3 ..... 4 .....

5. In your opinion, what are the peculiarities of teachers' professional activity at the American medical schools?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

6. Is it possible to single out any specific features that are typical of American students?

.....  
.....  
.....

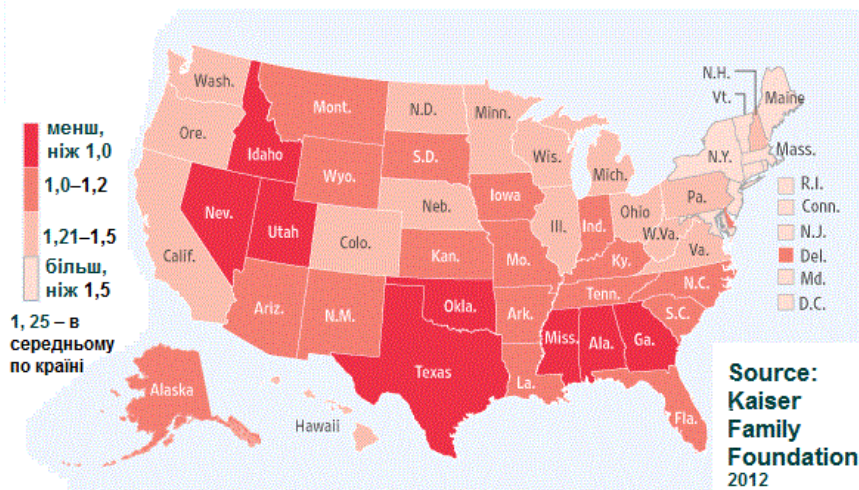
7. What are the major challenges facing today's American medical educational system?

.....  
.....  
.....

## Додаток М

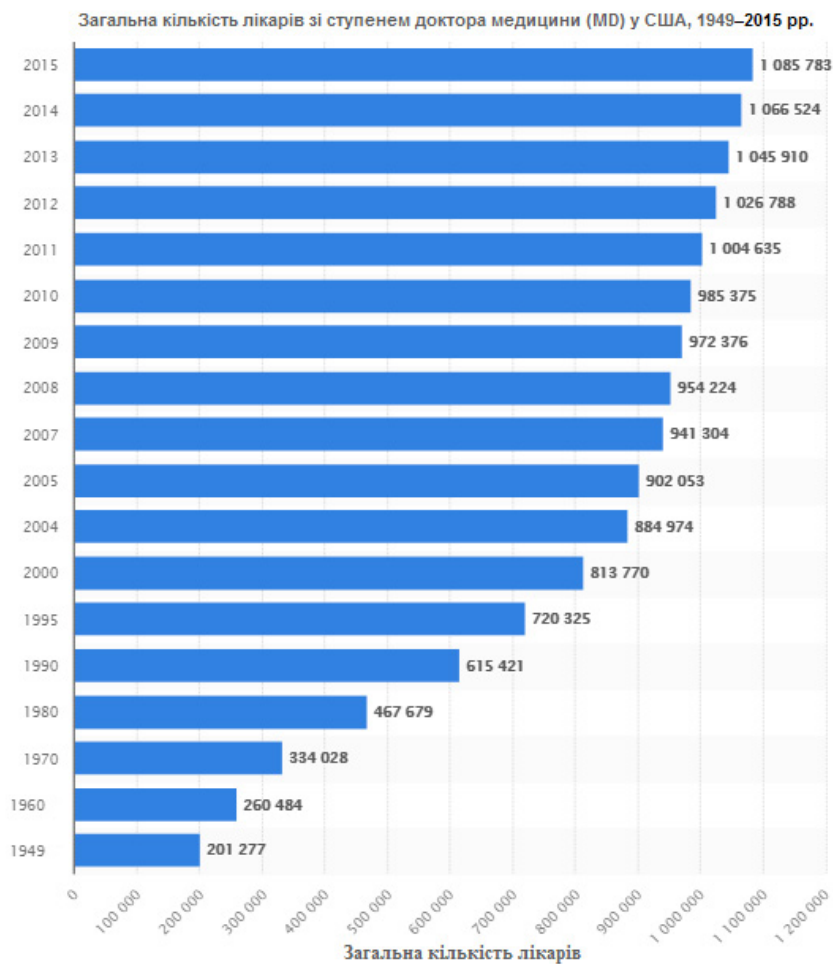
### Розподіл лікарів загальної практики на 1000 населення

#### Кількість лікарів загальної практики на 1000 населення в США



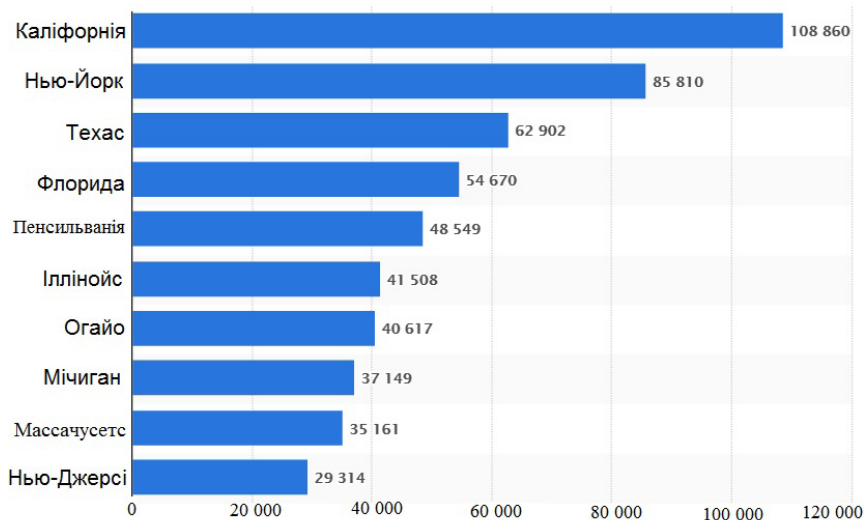
(за даними сайту <https://mcntalk.files.wordpress.com/2012/08/map-doctor.gif>)

## Додаток Н Загальна кількість лікарів у США, 1949–2015 рр.



(за даними сайту <https://www.statista.com/statistics/186260/total-doctors-of-medicine-in-the-us-since-1949/>)

**Додаток О**  
**Перелік штатів із найбільшою кількістю лікарів-практиків**  
**(дані на 2018 р.)**



(за даними сайту <https://www.statista.com/statistics/250141/us-states-with-highest-total-number-of-active-physicians/>)



**Додаток П**  
**Перелік типових запитань співбесіди для вступу до**  
**медичної школи в США**

1. Why did you choose your undergraduate major?
2. How have you tried to achieve breadth in your undergraduate curriculum?
3. How has your undergraduate research experience, if any, better prepared you for a medical career?
4. How have the jobs, volunteer opportunities, or extracurricular experiences that you have had better prepared you for the responsibilities of being a physician?
5. How do you envision using your medical education?
6. What are your greatest strengths and weaknesses?
7. What travels have you taken and what exposure to other cultures have you had?
8. Thinking of examples from your recent past, how would you assess your empathy and compassion?
9. As a pre-med, what skills have you learned to help manage your time and relieve stress?
10. If you could be granted three wishes for making the world/society/ your community a better place, what would they be and why (or, If you were given a million dollars to achieve three goals, what would you work on and why)?
11. What do you do for fun?
12. What is “success” in your opinion? After 20 years as a physician, what kind of “success” would you hope to have achieved? Please explain
13. What qualities do you look for in a physician? Can you provide an example of a physician who embodies any of these ideals? How do they do this?
14. What kind of experiences have you had working with sick people? Have these experiences taught you anything that you didn’t know beforehand?
15. Do you have any family members or role models who are physicians?
16. What family members, friends, or other individuals have been influential in your decision to pursue a medical career?
17. If you could invite four people from the past to dinner, who would they be, and why would you invite them? What would you talk about?
18. Does your academic record reflect any major challenges? If so, what are they and why did they occur?
19. What excites you about medicine in general?

20. What do you know about the current trends in our nation's healthcare system?
21. What do you believe to be some of the most pressing health issues today? Why?
22. What do you feel are the negative or restrictive aspects of medicine from a professional standpoint?
23. If you had to choose between clinical and academic medicine as a profession, which would you pick? What do you feel you might lose by being forced to choose?
24. What do you feel are the social responsibilities of a physician?
25. What do you consider an important/the most important social problem facing the United States today and why?
26. How do you think national health insurance affects physicians, patients, and society?
27. In what manner and to what degree do you stay in touch with current events?
28. What books, films, or other media come to mind as having been particularly important to your sciences/non-sciences education?
29. Can you think of any examples in our society when healthcare is a right? When is it a privilege? When is it not clear?
30. Are you aware of any current controversies in the area of medical ethics? List and discuss some of these.
31. Have you personally encountered any moral dilemmas to date? Of what nature?
32. How do you feel about euthanasia or medically assisted suicide?
33. What different feelings and issues might you experience with a terminally ill patient, as opposed to other patients?
34. How would you feel about treating a patient who has tested positive for HIV?
35. What are some of the ethical issues that our society considers in regard to teenage pregnancy?
36. Assume there are limited resources available and you must make decisions in a major emergency with a wide assortment of patients from all ages, backgrounds, and degree of injury. Assume also that there is no "right answer" to this question, only considered and unconsidered responses. Who would you direct to receive the treatment first and why?
37. If you are a minority candidate, how do you feel your background uniquely prepares you to be, and will influence your role as, a physician?
38. If you are a woman, how has your gender impacted your decision to pursue a medical career?

39. If you are not a minority, how might you best meet the needs of a multiethnic, multicultural patient population?
40. If you are economically disadvantaged or have limited financial means, how has this adversity shaped you?
41. To what extent do you feel that you owe a debt to your fellow man? To what extent do you owe a debt to those less fortunate than yourself? Please explain.
42. What special qualities do you feel you possess that set you apart from other medical school candidates? What makes you unique or different as a medical school candidate?
43. What kind of medical schools are you applying to, and why?
44. Pick any specific medical school to which you are applying, and tell the interviewer about it. What makes this school particularly desirable to you?
45. What general and specific skills would you hope an ideal medical school experience would give you? How might your ideal school achieve that result?
46. Discuss your decision to pursue medicine. When did you decide to become an MD, and why?
47. Why did you decide to choose medicine and not some other field where you can help others, such as nursing, physical therapy, pharmacology, psychology, education, or social work?
48. How have you tested your motivation to become an MD? Please explain.
49. What will you do if you are not accepted to medical school this year? Have you an alternative career plan?
50. Is there anything else we have not covered that you feel the interviewer should know about you or your interest in becoming a doctor?

(за даними сайту <https://www.princetonreview.com/med-school-advice/medical-school-interview-questions>)

## Додаток Р Очікування лікарів США щодо майбутнього медичної професії, 2012–2018 рр.



(за даними сайту <https://www.statista.com/statistics/415985/us-physicians-view-on-the-future-of-medical-profession/>)

**Додаток С**  
**Перелік медичних навчальних закладів США, у яких можна отримати ступінь доктора медицини (MD)**

№	Штат	Навчальний заклад	Місто	Рік заснування	Рік зарахування перших вступників
1	2	3	4	5	6
1	Алабама	Медична школа Університету штату Алабама	Бірінгем	1859	1860
2	Алабама	Медичний коледж Університету Південної Алабами	Мобіл	1972	1972
3	Аризона	Медична школа клініки Майо	Скоттсдейл	2017	2017
4	Аризона	Медичний коледж Університету штату Арізона, м. Тусон	Тусон	1967	1967
5	Аризона	Медичний коледж Університету штату Арізона, м. Фінікс	Фінікс	2012	2012
6	Арканзас	Медичний коледж Університету медичних наук штату Арканзас	Літл-Рок, Фаствіль	1879	1880
7	Каліфорнія	Медичний коледж Каліфорнійського університету Норсстейт	Елк-Гроув	2015	2015

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
8	Каліфорнія	Каліфорнійський університет науки і медицини	Сан-Бернардіно	2015	2018
9	Каліфорнія	Університет медицини і науки імені Чарльза Р. Дрю	Уіллоубрук	1966	1966
10	Каліфорнія	Медична школа Кек Університету Південної Каліфорнії	Лос-Аджелес	1885	1888
11	Каліфорнія	Медична школа Університету м. Лома-Лінда	Лома-Лінда	1909	1914
12	Каліфорнія	Медична школа Стенфордського університету	Пало-Альто	1908	1913
13	Каліфорнія	Медична школа імені Девіса Університету штату Каліфорнія	Сакраменто	1966	1966
14	Каліфорнія	Медична школа м. Ірвайн Університету штату Каліфорнія	Ірвайн	1896 as a private school	1896
15	Каліфорнія	Медична школа імені Девіда Ґеффена Університету штату Каліфорнія у Лос-Анджелесі	Лос-Анджелес	1951	1951

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
16	Каліфорнія	Медична школа м. Ріверсайд Університету штату Каліфорнія	Ріверсайд	2008	2013
17	Каліфорнія	Медична школа м. Сан-Дієго Університету штату Каліфорнія	Сан-Дієго	1968	1968
18	Каліфорнія	Медична школа м. Сан-Франциско Університету штату Каліфорнія	Сан-Франциско	1864	1864
19	Колорадо	Медична школа Університету штату Колорадо	Орора	1883	1885
20	Коннектикут	Медична школа імені Френка Неттера Університету Квінніпеку	Норт-Гейвен	2010	2013
21	Коннектикут	Медична школа Університету штату Коннектикут	Фармінгтон	1961	1961
22	Коннектикут	Медична школа Ельського університету	Нью-Гейвен	1810	1814
23	Округ Колумбія	Медична школа Університету імені Дж. Вашингтона	Вашингтон	1824	1826
24	Округ Колумбія	Медична школа Університету Джорджтауна	Вашингтон	1851	1852

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
25	Округ Колумбія	Медична школа Говардського Університету	Вашингтон	1867	1871
26	Флорида	Медична школа імені Ч. Шмідта Атлантичного університету штату Флорида	Бока-Ратон	2010	2011
27	Флорида	Медична школа імені Г. Вергайма Міжнародного університету штату Флорида	Маямі	2006	2009
28	Флорида	Медична школа Університету штату Флорида	Таллахассі	2000	2001
29	Флорида	Медична школа Університету Центральної Флориди	Орlando	2006	2009
30	Флорида	Медична школа Університету штату Флорида	Гейнсвілл, Джксонвілл	1956	1956
31	Флорида	Медична школа імені Л. М. Міллера Університету Маямі	Маямі	1952	1952
32	Флорида	Медична школа Університету Південної Флориди	Тампа	1971	1971



Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
33	Джорджія	Медична школа Університету Еморі	Атланта	1915	1915
34	Джорджія	Медична школа Джорджії Університету Огасти	Огаста, Атенс, Олбані, Саванна	1828	1833
35	Джорджія	Медична школа Університету Мерсер	Мейкон	1982	1982
36	Джорджія	Медична школа Мергаус	Атланта	1975	1975
37	Гавайї	Медична школа імені Дж. А. Маноа Університету штату Гавайї	Гонолулу	1965	1965
38	Іллінойс	Медична школа Університету штату Іллінойс в м. Урбана- Шампейн	Урбана- Шампейн	2015	2018
39	Іллінойс	Медична школа Чикаго Стрітч Унівеситету Лойоли	Мейвуд	1915	1915
40	Іллінойс	Медична школа імені Файнберга Північно- Західного університету	Чикаго	1859	1860

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
41	Іллінойс	Чиказька медична школа Університету медицини і науки імені Розалінди Франклін	Норт-Чикаго	1912	1915
42	Іллінойс	Медичний коледж імені Раша	Чикаго	1837	1844
43	Іллінойс	Медична школа Університету Південного Іллінойсу	Спрингфілд	1970	1973
44	Іллінойс	Медична школа імені Прітцкера Університету Чикаго	Чикаго	1927	1927
45	Іллінойс	Медична школа Університету штату Іллінойс	Чикаго <a href="https://en.wikipedia.org/wiki/Chicago">https://en.wikipedia.org/wiki/Chicago</a> , Піорія, Рокфорд	1882	1883
46	Індіана	Медична школа Університету штату Індіана м. Евансвіл	Евансвіл	2017	2017
47	Індіана	Медична школа Університету штату Індіана	Індіанаполіс	1903	1908
48	Айова	Медичний коледж імені Роя і Лусіль Карвер Університету штату Айова	Айова-Сіті	1869	1871

*Продовження додатку С*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
49	Канзас	Медична школа Університету штату Канзас	Канзас-Сіті, Вічита, Салайна	1880	1906
50	Кентуккі	Медична школа Університету штату Кентукі	Лексінгтон	1960	1960
51	Кентуккі	Медична школа Університету Луїсвілля	Луїсвілл	1837	1838
52	Луїзіана	Медична школа Державного університету штату Луїзіана в Новому Орлеані	Новий Орлеан	1931	1931
53	Луїзіана	Медична шко- ла Державного університету штату Луїзіана в Шривпорті	Шривпорт	1969	1969
54	Луїзіана	Медична школа Університету Тулейн	Новий Орлеан	1834	1835
55	Меріленд	Медична школа Університету Джона Гопкінса	Балтимор	1887	1897
56	Меріленд	Медична школа імені Ф. Е. Геберта Військово- медичного університету	Бетесда	1972	1972
57	Меріленд	Медична школа Університету штату Меріленд	Балтимор	1807	1810

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
58	Массачусетс	Медична школа Бостонського університету	Бостон	1848	1848
59	Массачусетс	Медична школа Гарвардського університету	Бостон	1782	1788
60	Массачусетс	Медична школа Університету Тафтса	Бостон	1893	1894
61	Массачусетс	Медична школа Університету штату Массачусетс	Вустер	1962	1962
62	Мічиган	Медична школа Університету Центрального Мічигану	Маунт-Плезант	2013	2013
63	Мічиган	Коледж медицини Мічиганського державного університету	Іст-Лансінг, Гренд-Репідс, Флінт	1964	1964
64	Мічиган	Медична школа Університету штату Мічиган	Енн-Арбор	1850	1851
65	Мічиган	Медична школа імені У. Бомонта Університету Окленда	Рочестер	2008	2011
66	Мічиган	Медична школа Державного університету Уейна	Детройт	1868	1869

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
67	Мічиган	Медична школа імені Гомера Страйкера Університету Західного Мічигану	Каламазу	2012	2014
68	Міннесота	Медичний коледж клініки Майо	Рочестер	1972	1972
69	Міннесота	Медична школа Університету штату Міннесота	Міннеаполіс, Дулут	1888	1889
70	Міссісіпі	Медична школа Університету штату Міссісіпі	Джесон	1903	1903
71	Міссурі	Медична школа Університету Сент-Луїса	Сент-Луїс	1901	1902
72	Міссурі	Медична школа Університету штату Міссурі м. Коламбія	Коламбія	1845	1846
73	Міссурі	Медична школа м. Канзас-Сіті Університету штату Міссурі	Канзас-Сіті	1971	1971
74	Міссурі	Медична школа Університету Вашингтона	Сент-Луїс	1891	1891
75	Небраска	Медична школа Університету імені Е. Крайтона	Омаха	1892	1893
76	Небраска	Медична школа Університету штату Небраска	Омаха	1881	1882

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
77	Невада	Медична школа м. Лас-Вегас Університету штату Невада	Лас-Вегас	2014	2017
78	Невада	Медична школа м. Ріно Університету штату Невада	Ріно	1969	1971
79	Нью-Гемпшир	Медична школа Гейзеля Дартмутського університету	Гановер	1797	1798
80	Нью-Джерсі	Медична школа Купера Університету Роуена	Камден	2009	2012
81	Нью-Джерсі	Медична школа Гекензак-Мерідіан Університету Сітон-Голл	Натлі	2015	2015
82	Нью-Джерсі	Медична школа Ратгерс Нью-Джерсі	Ньюарк	1954	1954
83	Нью-Джерсі	Медична школа Ратгерс імені Роберта Вуда Джонсона	Піскетевей	1961	1961
84	Нью-Мексико	Медична школа Університету Нью-Мексико	Альбукерке	1961	1961
85	Нью-Йорк	Медичний коледж Олбані	Олбані	1838	1839

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
86	Нью-Йорк	Медичний коледж імені А. Ейнштейна	Нью-Йорк	1955	1955
87	Нью-Йорк	Коледж лікарів і хірургів Колумбійського університету імені Роя і Діани Вагелос	Нью-Йорк	1767	1769
88	Нью-Йорк	Медична школа Муніципального університету Нью-Йорка	Нью-Йорк	2016	2016
89	Нью-Йорк	Медична школа імені Дональда і Барбари Цукер Університету Гофстра	Нью-Йорк	2008	2011
90	Нью-Йорк	Медична школа імені Ікан Університету Маунт Сінай	Нью-Йорк	1963	1968
91	Нью-Йорк	Медичний коледж Нью-Йорка	Нью-Йорк	1858	1861
92	Нью-Йорк	Медична школа Нью-Йоркського університету	Нью-Йорк	1841	1842
93	Нью-Йорк	Медична школа Університету Стоуні Брук	Стоуні-Брук	1971	1971
94	Нью-Йорк	Університет Апстейт Медікал Державного університету Нью-Йорка	Сірак'юс	1834	1835

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
95	Нью-Йорк	Медичний коледж при Медичному центрі Даунстейт Університету Нью-Йорка	Нью-Йорк	1858	1860
96	Нью-Йорк	Школа медицини і біомедичних наук імені Джейкобса Університету Баффало	Баффало	1846	1847
97	Нью-Йорк	Школа медицини і стоматології Університету Рочестера	Рочестер	1925	1925
98	Нью-Йорк	Медичний коледж імені Уайла Корнелла	Нью-Йорк	1898	1899
99	Північна Кароліна	Медична школа Бруді Університету Східної Кароліни	Грінвілл	1977	1977
100	Північна Кароліна	Медична школа Університету Дьюка	Дарем	1930	1930
101	Північна Кароліна	Медична школа Університету штату Північна Кароліна	Чапел-Гілл	1879	1879
102	Північна Кароліна	Медична школа Уейк Форест	Вінстон-Сейлем	1902	1902
103	Північна Дакота	Школа медицини і наук про здоров'я Університету штату Північна Дакота	Гранд-Форкс	1905	1905



Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
104	Огайо	Медична школа Буншофт Держав- ного університету Райта	Дейтон	1973	1973
105	Огайо	Школа медицини Західного резервного університету Кейза	Клівленд	1843	1844
106	Огайо	Медичний коледж Лернер Клініки Клівленда	Клівленд	2002	2008
107	Огайо	Медичний коледж Північно-Східного медичного університету Огайо	Рутстаун	1973	1981
108	Огайо	Медичний коледж Державного університету штату Огайо	Колумбус	1914	1914
109	Огайо	Медичний коледж Університету Цинциннаті	Цинциннаті	1819	1821
110	Огайо	Медичний коледж Університету Толідо	Толідо	1964	1964
111	Оклахома	Медичний коледж Університету Оклахоми	Оклахома- Сіті	1900	1900
112	Оклахома	Школа громадської медицини Університету штату Оклахома	Талса	1974	2015

## Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
113	Орегон	Медична школа Університету наук про здоров'я штату Орегон	Портленд	1887	1888
114	Пенсиль- ванія	Медична школа Газінгер Коммонвелс	Скрентон	2008	2013
115	Пенсиль- ванія	Медичний коледж Університету Дрекслея	Філадельфія	1848	1848
116	Пенсиль- ванія	Медичний коледж Державного університету Пенсильванії	Герші	1963	1963
117	Пенсиль- ванія	Медична школа Перельмана Університету Пенсильванії	Філадельфія	1765	1768
118	Пенсиль- ванія	Медичний коледж імені Сіднея Кіммеля Університету Томаса Джеферсона	Філадельфія	1824	1826
119	Пенсиль- ванія	Медичний коледж Університету Темпла	Філадельфія	1901	1904
120	Пенсиль- ванія	Медичний коледж Університету Піттсбурга	Піттсбург	1883	1887
121	Пуерто- Рико	Медичний коледж Університету Сен- траль дель Карібе	Баямон	1976	1976

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
122	Пуерто-Рико	Медична школа Понсе	Понсе	1977	1977
123	Пуерто-Рико	Медична школа Сан-Хуана Батіста	Кагуас	1978	1978
124	Пуерто-Рико	Медична школа Університету Пуерто-Рико	Сан-Хуан	1950	1950
125	Род-Айленд	Медична школа імені У. Альперта Університету Брауна	Провіденс	1811	1814
126	Південна Кароліна	Медичний коледж Медичного університету Південної Кароліни	Чарлстон	1823	1825
127	Південна Кароліна	Медична школа Університету Південної Кароліни	Колумбія	1977	1977
128	Південна Кароліна	Медична школа Університету Південної Кароліни м. Грінвілл	Грінвілл	2012	2012
129	Південна Дакота	Медична школа Сенфорд Університету Південної Кароліни	Вермілліон	1907	1907

## Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
130	Теннессі	Медичний коледж імені Джеймса Квіллена Державного університету Східного Теннессі	Джонсон-Сіті	1978	1978
131	Теннессі	Медична школа Медичного коледжу Мегаррі	Нашвілл	1876	1877
132	Теннессі	Медичний коледж Університету штату Теннессі	Мемфіс, Чаттануга, Ноксвілл	1850	1850
133	Теннессі	Медична школа Університету Вандербільта	Нашвілл	1874	1875
134	Техас	Медичний коледж Бейлора	Г'юстон	1900	1901
135	Техас	Медичний коледж Техаського центру наук про здоров'я А&М	Коледж-Стейшен	1977	1981
136	Техас	Медичний коледж імені Пола Фостера Центру наук про здоров'я при Технічному університету Техасу	Ель-Пасо	2007	2009
137	Техас	Університет Центру наук про здоров'я Північного Техасу –Техаський християнський університет	Форт-Верг	2018	2018

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
138	Техас	Медична школа Центру наук про здоров'я при Технічному університету Техасу	Лаббок	1969	1969
139	Техас	Медична школа Університету штату Техас Медікал Бранч	Галвестон	1891	1892
140	Техас	Медична школа Г'юстона Університету штату Техас	Г'юстон	1972	1972
141	Техас	Медична школа Сан-Антоніо Університету штату Техас	Сан-Антоніо	1959	1959
142	Техас	Медична школа Ріо-Гранд-Уеллі Університету штату Техас	Единбург	2013	2016
143	Техас	Південно-західна медична школа у м. Даллас Університету штату Техас	Даллас	1943	1943
144	Техас	Медична школа Делла Університету штату Техас в м. Остін	Остін	2013	2016

Продовження додатку С

1	2	3	4	5	6
145	Юта	Медична школа Університету штату Юта	Солт-Лейк- Сіті	1906	1906
146	Вермонт	Медичний коледж Університету штату Вермонт	Берлінгтон	1822	1823
147	Вірджинія	Медична школа Східної Вірджинії	Норфолк	1973	1973
148	Вірджинія	Медична школа Університету штату Вірджинія	Шарлот- свілл	1827	1828
149	Вірджинія	Медична школа Університету співдружності і Вірджинії	Ричмонд	1838	1839
150	Вірджинія	Медична школа і дослідницький інститут Вірджинія Тек Карліон	Роанок	2008	2010
151	Вашингтон	Медична школа Університету штату Вашингтон	Сіетл	1946	1946
152	Вашингтон	Медичний коледж імені Е. С. Флойда Державного університету штату Вашингтон	Спокен	2015	2017
153	Західна Вірджинія	Медична школа Джоан С. Едвардс Університету Маршалла	Гантінгтон	1977	1977

*Продовження додатку С*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
154	Західна Вірджинія	Медична школа Університету Західної Вірджинії	Моргантаун, Чарлстон, Мартінсбург	1902	1902
155	Вісконсин	Медичний коледж штату Вісконсин	Мілвокі, Грін-Бей, Восо	1912	1913
156	Вісконсин	Школа медицини і громадського здоров'я Університету штату Вісконсин	Медісон	1907	1907

Наукове видання

**Горпініч Тетяна Ігорівна**

**ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ  
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УНІВЕРСИТЕТАХ США**

*Монографія*

Технічний редактор *С. Т. Демчишин*  
Дизайн обкладинки *П. С. Кушик*  
Комп'ютерне верстання *І. Т. Петрикович*

Підп. до друку 27.12.2018. Формат 60×84/16.  
Папір офсет. № 1. Гарн. «Тінос». Друк офсет.  
Ум. друк. арк. 23,72. Обл.-вид. арк. 21,69.  
Тираж 300 пр. Зам. № 128.

Видавець і виготівник  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».  
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів  
видавничої справи ДК № 2215 від 16.06.2005 р.