БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС, КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА І ПРОБЛЕМИ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ НА ТЕРАПЕВТИЧНІЙ КАФЕДРІ

Катеренчук І.П., Циганенко І.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Визначені проблеми підготовки студентів із внутрішньої медицини в умовах упровадження Болонського процесу і кредитно-модульної системи навчання. Визначені напрями поліпшення практичної підготовки студентів та конкретні кроки щодо їх реалізації.

Ключові слова: кредитно-модульна система, навчальний процес, внутрішня медицина.

Чого чекає сучасне суспільство від випускника вищого навчального закладу? Випускник медичного вишу має встановити діагноз захворювання, використавши для цього вивчення скарг хворого, анамнез захворювання та життя, результати огляду, пальпації, перкусії, аускультації, проведених лабораторних та інструментальних обстежень, провівши диференційований діагноз із синдромоподібними захворюваннями.

Після встановлення діагнозу лікар має призначити лікування, включаючи визначення режиму, дієти, призначення немедикаментозних і медикаментозних засобів, а також виписати рецепти на призначені лікарські засоби. Усе це має відобразитися в навчальному процесі.

Студент, вивчивши окрему нозологічну форму, мусить сформулювати діагноз відповідно до клінічної класифікації, скласти план обстеження і лікування, вміти надати допомогу при невідкладних станах.

Як повинен відбуватися процес засвоєння навчального матеріалу?

1. Студент повинен мати базовий рівень знань, необхідний для вивчення конкретної нозологічної форми, він має знати механізми регуляції в нормі і при хворобливих станах, володіти методами обстеження хворого, знати механізм дії ліків, показання і протипоказання до їх призначення.

2. Заздалегідь студент має вивчити теоретичні положення щодо конкретної нозологічної форми, використовуючи для цього навчальний підручник, посібники та іншу методичну літературу, а також тести для самоконтролю знань.

3. На практичному занятті студент під контролем викладача має обстежити хворого з діагнозом тієї патології, яка наразі вивчається, сформулювати діагноз, провести диференційований діагноз, скласти план необхідних обстежень і призначити лікування.

4. Викладач зобов’язаний провести клінічний розбір хворих, одночасно надаючи студентам результати лабораторних та інструментальних обстежень. На занятті мають бути творча дискусія, моделювання різноманітних ситуацій. При цьому викладач оцінює ступінь підготовки студентів, результатом чого стає оцінка навчальної діяльності студента на даному практичному занятті.

Що передбачало впровадження Болонського процесу і кредитно-модульної системи? Метою впровадження кредитно-модульної системи були [1-5]:

• досягнення відповідності стандартам європейської системи освіти, яка відштовхується від знань, умінь і навичок, що є надбанням випускника;

• запит українських освітянських кваліфікацій європейським ринком праці;

• затвердження загальноприйнятої та порівняльної системи освітньо-кваліфікаційних ступенів;

• упровадження стандартизованого додатка до диплома, модель якого розроблено Європейською системою і який містить докладну інформацію про результати навчання випускника;

• стимулювання викладачів і студентів вищих навчальних закладів до вдосконалення системи об'єктивної оцінки якості знань;

• забезпечення прозорості системи вищої освіти та академічного професійного визнання кваліфікацій (дипломів, ступенів, посвідчень та ін.).

Кредитно-модульна система як невід'ємний атрибут Болонської декларації має дві основні функції:

- перша – сприяння мобільності студентів і викладачів та спрощення переходу з одного університету до іншого;

- друга – акумулюючи - чітке визначення обсягів проведеної студентом роботи з урахуванням усіх видів навчальної та наукової діяльності. Сума кредитів засвідчує, на що здатний студент, який навчається за тією чи іншою програмою.

А ще викладачі очікували зменшення педагогічного навантаження, кількості студентів у академічних групах, збільшення годин на самостійну й індивідуальну роботу студентів, появу університетських клінік та інші переваги, які мають викладачі вищих навчальних закладів у Європі.

Що маємо насправді? Жодне із задекларованих положень не реалізоване на практиці. Не навчаються наші студенти за кордоном і не знають іноземних мов, Європа не визнає наших дипломів, тому їх потрібно підтверджувати, не зменшилося педагогічне навантаження, не створені справжні університетські клініки.

Кредитно-модульна система підготовки перетворила лікаря і викладача в бухгалтера, який замість фонендоскопа постійно ходить із калькулятором. Стало обов’язковою умовою дотримання календарного плану занять, незалежно від того, чи наявний тематичний хворий у клініці, чи ні. Часто студентам замість обстеження тематичного хворого пропонується ситуаційна задача, яка ніяк не може замінити живого спілкування з пацієнтом.

Раніше в клініці виділяли 15% ліжкового фонду для госпіталізації тематичних хворих, які додатково фінансувались, виділялись кошти на ліки.

У сучасних умовах неможливо госпіталізувати поза планом тематичних хворих, та й хворі відмовляються від їх обстеження студентами.

Гонитва за рейтингом студентів і рейтингом ВНЗ перетворила систему контролю знань у систему підготовки не до практичної діяльності, а до успішного складання тестового ліцензійного іспиту «Крок-2». Розв’язування

тестових ситуаційних задач «Крок-2» стало невід'ємною, а часто переважаючою складовою навчального процесу. Студенти розв'язують задачі під час навчальних занять, працюють у комп'ютерному класі, а розв'язування тестових задач стало складовою модульного контролю.

Усі ці складові з одночасним зниженням мотивації до засвоєння знань призводять до поступового зниження рівня практичної підготовки, непідготовленості випускника до самостійної практичної діяльності, невміння надати необхідну невідкладну допомогу.

Які шляхи виходу з ситуації?

1. *Підготовка викладача.* Сучасний викладач має відповідати трьом складовим – бути професіоналом зі своєї спеціальності, вільно володіти іноземною (переважно англійською) мовою, вміти працювати на персональному комп'ютері.

Кожен викладач не повинен писати підручники, посібники й іншу методичну документацію, яку треба видати централізовано, з використанням кращих європейських зразків і досвіду найавторитетніших вітчизняних фахівців. Щорічне видання навчально-методичної літератури на кожній кафедрі лише забирає час викладача і кошти на видання.

Безумовно, викладач кожні 5 років повинен підтверджувати свою професійну кваліфікацію, а реальна конкурсна система має забезпечувати формування кадрового потенціалу найбільш успішними молодими спеціалістами.

Доцільно перебудувати структуру практичного заняття з внутрішньої медицини, як і одночасно було б доцільно змінити назву дисципліни. Колись назви «Факультетська терапія» і «Госпітальна терапія» замінили назвою «Внутрішня медицина». Термін «терапія» походить від грецького слова *θεραπεία,* що означає «лікування або догляд, виходжування». Що автори змін вклали у назву «внутрішня медицина», залишається незрозумілим, оскільки «зовнішньої медицини» просто не існує.

Студент, перебуваючи на занятті, протягом усього навчального часу мусить займатися лікуванням, веденням терапевтичних хворих, і цьому його зобов'язаний навчити викладач.

Оцінка на кожному занятті не є необхідністю. Викладач не завжди може з'ясувати рівень знань кожного студента з теми, а тест-контроль не є об'єктивним мірилом знань на практичному занятті. Саме тому часто оцінки не відображають реальний стан успішності кожного студента.

2. *Мотивація студента до якісної підготовки до професійної діяльності.* Реальна ситуація на сьогодні виглядає так, що студенти бюджетної форми навчання, незалежно від їхнього бажання отримати вузьку спеціальність, високого рейтингу успішності, згідно з персональним розподілом отримують направлення переважно на посади сімейних лікарів. Натомість студенти контрактної форми навчання за власні кошти навчаються в інтернатурі з вузьких спеціальностей і згодом займають відповідні посади в бюджетних закладах охорони здоров'я. Отже, не високий рейтинг і відмінне навчання, а наявність коштів для оплати вартості навчання визначають можливість вибору випускником медичного ВНЗ відповідної спеціальності. Це негативно позначається на мотивації студента до навчання.

3. *Перебудова організаційних засад навчального процесу.* Необхідно відмовитися від недосконалих форм організації навчального процесу, незалежно від того, якими інституціями вони декларуються.

Студент мусить мати один якісний підручник із навчальної дисципліни і один посібник (практикум) із тим, щоб у відведений ліміт часу він міг прочитати необхідну літературу, засвоїти основні положення і підготуватися до роботи на практичному занятті. Якісний підручник не повинен містити європейські та національні стандарти. Студент неспроможний вивчити і засвоїти стандарти з усіх тем і навчальних дисциплін, а стандарти не розвивають творчого мислення, лікарської інтуїції. Здебільшого стандарти написані для третинного рівня медичної допомоги, тоді як студент розпочне професійну діяльність на первинному рівні.

На кожному практичному занятті студенти мають удосконалювати свої професійні навички з обстеження хворих, а не з розв'язування ситуаційних задач, у тому числі ситуаційних задач «Крок-2».

Слід збільшити кількість часу на проведення диференційованого діагнозу й обґрунтування лікування, виписування рецептів.

Не повинно бути жорстко регламентованого календарного плану, студенти мають обстежувати хворих із конкретним захворюванням, а тематика занять значною мірою має визначатися наявністю тематичних хворих, однак протягом року тематичний план і програма мають бути виконані.

Мірилом якості знань мають бути іспити з навчальної дисципліни, на яких студент повинен продемонструвати теоретичні знання згідно з програмою і вміння сформулювати й обґрунтувати діагноз, призначити план обстеження та лікування, надати невідкладну допомогу.

Екзаменаційна оцінка з базових медичних дисциплін повинна впливати на призначення стипендії та бути пріоритетною при виборі майбутньої спеціальності.

Обов'язковою складовою навчального процесу має бути вечірнє і нічне чергування студентів у відділеннях клінічної бази. Саме на таких чергуваннях студенти мають можливість самостійно працювати в клініці, разом із черговим лікарем надавати невідкладну медичну допомогу та чіткіше уявляти результати професійної діяльності.

Висновок. Сучасна організація навчального процесу має бути спрямована лише на її розвиток і набуття нових якісних ознак, а не на втрату кращих традицій, зниження національних стандартів її якості. Орієнтація на Болонський процес, з одного боку, не повинна мати декларативний характер, а з іншого, не повинна руйнувати кращі надбання організації навчального процесу в українських вищих навчальних закладах у попередні кілька десятиріч, вона не повинна постійно перебудовувати національну систему освіти, регулярно змінювати навчальні плани і програми. Вона має

розвиватися в гармонійному взаємозв'язку з суспільством у цілому і відповідати сучасному розвитку медичної науки і практики.

Список використаної літератури

1. Болонський процес: перспективи розвитку вищої освіти України / Модернізація вищої освіти України в умовах Болонського процесу: аналіз вітчизняного досвіду і перспективи розвитку : матеріали VII міжнар. наук. конф. — К. : ДП Видавничий дім «Персонал», 2008. — 368 с.

2. Корсак К. В. В XXI век с новой парадигмой национального образования / К. В. Корсак // Персонал. — 2000. — № 1. — С. 66 — 72.

3. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес: матеріали до першої лекції / Уклад. М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, К. М. Левківський, Ю.В. Сухарніков ; відп. ред. М.Ф. Степко. — К., 2004. — 24 с.

4. Пидаев А. В. Болонский процесс в Европе. Что такое и нужен ли он Украине? Возможна ли интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? / А. В. Пидаев, В. Г. Передерий. — Одесса, 2004. — 192 с.

5. Система управління якістю медичної освіти в Україні: монографія / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко [та ін.]. – Донецьк : АРТ-ПРЕС, 2003. — 212 с.