

вання про переваги й недоліки різноманітних форм методичної роботи, злагодженості у роботі її учасників, високої відповідальності за результати.

Рівень реалізації критеріїв дає змогу визначити ефективність науково-методичної роботи.

**Висновки.** Запропоновані критерії слід розглядати як цілісну систему, елементи якої доповнюють один одного. Проте кожен із виокремлених критеріїв відрізняється своїми специфічними характеристиками та своєю функціональною природою. Від рівня прояву кожного критерію залежить рівень організації науково-методичної роботи у навчальному закладі в цілому.

#### Література

1. Бабанский Ю.К. Избранные педагогические труды / Ю.К. Бабанский. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.
2. Блинов В.М. Эффективность обучения: Метод. анализ определения этой категории в дидактике / В.М. Блинов. – М. : Педагогика, 1976. – 192 с.
3. Бондар В. Дидактичне забезпечення управління процесом навчання / В. Бондар // Освіта і управління. – 1997. – Т. 1. – № 2. – С. 85–101.
4. Жерносек І.П. Удосконалення науково-методичної роботи в сучасних загальноосвітніх школах, ліцеях і гімназіях : монографія / І.П. Жерносек. – К., 2001. – 204 с.
5. Кузьмина Н.В. Очерки психологии труда учителя: Психол. структура деятельности учителя и формирования его личности / Н.В. Кузьмина. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1967. – 182 с.
6. Лозовая В.И. Активность личности в обучении и пути ее формирования // Джерело педагогічної майстерності : методичний бюлетень / В.И. Лозовая ; під ред. Г.В. Єльнікової. – Х., 1995. – С. 5–8.
7. Маркова А.К. Психология труда учителя : книга для учителя / А.К. Маркова. – М. : Просвещение, 1993. – 193 с.
8. Орлов А.А. Современный учитель: социальный престиж и профессиональный статус / А.А. Орлов // Педагогика. – 1999. – № 7. – С. 60–68.
9. Пилиповский В.Я. Требования к личности учителя в условиях высокотехнологического общества / В.Я. Пилиповский // Педагогика. – 1997. – № 5. – С. 97–103.
10. Поташник М.М. Педагогическое творчество: проблемы развития и опыт : пособие для учителя / М.М. Поташник. – К. : Рад. шк., 1988. – 187 с.
11. Сидоренко О.Л. Організація науково-методичної роботи з учителями загальноосвітніх шкіл : навч. посіб. / О.Л. Сидоренко. – Х. : ХДПУ ім. Г.С. Сковороди. – Майдан, 1997. – 136 с.
12. Шиян О.М. Аутопедагогическая компетентность учителя / О.М. Шиян // Педагогика. – 1999. – № 1. – С. 63–68.

ПАЛАМАРЕНКО І.О.

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ У ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ

Проблема підготовки медичних кадрів постійно перебуває в центрі уваги вищої медичної освіти. Це пояснюється зростанням впливу охорони здоров'я на сучасне суспільство, значенням первинної медичної допомоги та необхідністю управління трудовими ресурсами [5]. Розвиток науки, досягнення у галузі медицини, поява нових фундаментальних досліджень, сприяють зростанню потреби у висококваліфікованих медичних кадрах, впровадженню сімейної медицини, зміні концепції вищої медичної освіти.

Підтвердженням цього є освітні реформи, які охопили всі розвинуті країни світу, у тому числі Західної Європи. Модернізація вищої медичної освіти в контексті процесів європейської інтеграції спостерігається і в Україні. Проте виникає запитання: наскільки вища медична освіта України відповідає високим міжнародним стандартам, а також глибоким традиціям вітчизняної освіти? Адже лікар завжди був ета-

лоном добропорядності, милосердя, взірцем служіння суспільним інтересам. Тому зараз у зв'язку з цими освітніми інноваціями особливо цінним та актуальним є вивчення і застосування передового досвіду інших країн, зокрема Великої Британії.

Вивченню системи освіти та виховання Великої Британії присвятили наукові дослідження такі українські вчені, як: М.П. Лещенко (підготовка вчителів до естетичного виховання), Л.П. Пуховська (професійна підготовка вчителів), Н.М. Авшенюк (стандартизація професійної підготовки вчителів у Англії й Уельсі), Г.С. Воронка (післядипломна економічна освіта в університетах Англії), І.П. Задорожна (підготовка вчителів англійської мови у Великобританії), Ю.В. Кіщенко (формування професійної майстерності вчителя у системі педагогічної освіти Англії та Уельсу), С.М. Коваленко (тенденції розвитку освіти дорослих в Англії), Г.В. Марченко (екологічна освіта в середніх школах Великобританії) та інші.

Проблемам історії становлення, теорії та практики медичної освіти в Україні на різних етапах її розвитку приділяли увагу українські вчені: Я.В. Цехмістер, О.М. Гуменюк, Я.М. Кміт, Л.Є. Клос та інші.

Однак проблема стану медичної освіти у Великій Британії залишилася поза увагою вітчизняних дослідників. Тому виникає необхідність ліквідувати цю прогалину.

**Мета статті** – проаналізувати структуру медичної освіти Великої Британії з метою вивчення передових досягнень британських педагогів і медичних працівників.

Розглянемо детальніше особливості підготовки лікарів однієї з найрозвинутіших країн світу.

Медицина завжди була й є дуже популярною у Великій Британії, тому існує великий конкурс під час прийому абітурієнтів до медичних шкіл. У Великій Британії оцінці “відмінно” відповідає А-рівень (A-level), “дуже добре” – В-рівень (B-level). Більшість медичних шкіл вимагають обов’язковий А-level з хімії, деякі, крім хімії, вимагають також з фізики, біології чи математики (принаймні результати мають бути не гіршими, ніж ААВ або АААВ). Хоча щороку збільшується кількість місць для вступу, конкурс, однак, не знижується, оскільки зростає кількість кандидатів, що відповідають необхідним вимогам [8, с. 4].

Абітурієнти мають право подавати заяви на вступ не більше ніж до чотирьох медичних шкіл не пізніше середини жовтня, щоб бути зарахованими наступного року. За цим уважно стежить Служба з прийому до університетів та коледжів (UCAS). Вона обмежує кількість медичних шкіл, які можуть вибрати абітурієнти, до чотирьох. Крім того, у більшості медичних шкіл Великої Британії необхідною умовою для абітурієнта є складання Британського тесту для перевірки клінічних здібностей (UK Clinical Aptitude Test – UKCAT), який також проходить приблизно за 7–9 місяців до ймовірного зарахування. Метою цього тесту є перевірка абітурієнтів щодо їх розумових можливостей, здібностей вирішувати проблеми та критично мислити. UKCAT є обов’язковим у таких школах, як: Абердин, Брайтон та Сассекс, Кардіфф, Данді, Іст Англія, Единбург, Глазго, Халл Йорк, Кіл, Лідс, Ньюкасл, Ноттінгем, у деяких Лондонських школах (Queen Mary, St. George’s) та інших. У ряді шкіл, таких як Кембридж, Манчестер, Оксфорд, Лондон (Imperial) та Лондон (UCL) крім А-level-іспитів та інтерв’ю, було впроваджено додатковий Біомедичний вступний тест (Biomedical Admission Test – BMAT), метою якого є отримання додаткової інформації про кандидата [8, с. 22–23].

Отже, структура медичної освіти у Великій Британії складається з таких циклів: додипломного (undergraduate), що включає загальну (доклінічну) вищу освіту та медичну (клінічну). Цей цикл закінчується присвоєнням степені “бакалавра медицини або хірургії (M. B., B. S.)”. Цикл післядипломної освіти включає магістерські про-

грами (тривалістю від одного до двох років) з присвоєнням ступеня “магістра” (Master Degree) або курс, який відповідає нашій аспірантурі (postgraduate), що веде до отримання вченого ступеня доктора (Doctoral чи PhD Degree) [2].

Завдання першого циклу – дати загальну підготовку у галузі природничих та доклінічних наук. Цей цикл навчання триває два роки. Спочатку читаються курси, пов’язані з будовою людського тіла: анатомія, гістологія й ембріологія. Одночасно або після них – курси, пов’язані з функціями людського тіла: фізіологія, біохімія, фармакологія, іноді біофізика. У ході лабораторних занять студенти спочатку займаються мікроскопічним дослідженням нормальних тканин (гістологія), а потім починаються заняття з патологічної анатомії, бактеріології, імунології, паразитології, у ході яких досліджуються всі фактори, які призводять до патологічних змін в організмі. Все частіше на перших курсах читаються також курси з психології, біостатистики, організації охорони здоров’я, профілактики алкоголізму, з екстреної медицини, медичної етики тощо [2].

Клінічний період можна умовно розділити на початковий клінічний та кінцевий [3, с. 10]. Клінічні дисципліни вивчають протягом наступних трьох років. У цей період навчальний рік ділиться на три семестри по три місяці, причому в кожному семестрі студент має різних викладачів. Зазвичай це досвідчені лікарі (асистенти професора), за якими закріплюють по 6–7 студентів, які утворюють академічну групу. Основний акцент переноситься на роботу студентів у клініці, а кількість лекційних годин зменшується. Лікар-куратор веде в стаціонарі 4–5 хворих, які є об’єктом навчання студентів. Більшу частину часу в клініці студент самостійно працює біля ліжка хворого, за необхідності консультуючись зі своїми кураторами, один раз на тиждень бере участь в обході професора або завідувача відділення. Для цього періоду характерна менша регламентація навчального процесу [6, с. 55].

У цей період студенти все частіше контактують з пацієнтами, обстежують їх і в невеличких групах обговорюють їх діагнози та лікування. Студенти починають з вивчення загальної терапії і хірургії, а потім переходять до вивчення основних спеціальностей, включаючи акушерство і гінекологію, педіатрію, ларингологію, офтальмологію, шкірні захворювання і психіатрію. Студенти повинні ознайомитися з лікуванням амбулаторних хворих, роботою відділення швидкої допомоги, рентгенографією і променевою терапією, а також спостерігати за хірургічними операціями. При цьому продовжуються заняття з патології, мікробіології, гематології, імунології, епідеміології, фармакохімії та інших дисциплін, деякі дисципліни обирає сам студент.

До основних форм навчального процесу належать лекції, семінари, практикуми (лабораторні роботи) та практичні заняття в лікарнях, підчас яких також відбувається прийом та лікування хворих. Від курсу до курсу зменшується кількість лекцій, збільшується важливість практикумів, дискусій, науково-дослідних робіт лікувальної роботи в стаціонарі та в амбулаторному відділенні. Останніми роками навчальні програми переглянуті у бік скорочення кількості лекцій і підвищення (збільшення) часу на самостійну роботу студентів. Таким чином, “класична” структура медичного курсу, поділеного на два роки доклінічного та три роки клінічного навчання, у багатьох медичних закладах замінюється. Це означає, що з самого початку навчання студенти набувають клінічного досвіду у галузі загальної хірургії чи терапії. Більше уваги приділяється професійним навичкам, таким як спілкування з пацієнтами та з колегами – медичним персоналом [8, с. 9].

Взагалі медичні навчальні заклади тісно пов’язані з великими лікарняними комплексами. Лікарні знаходяться під наглядом Національної служби охорони здоров’я; до

складу управління лікарень входять представники місцевої спільноти, більшість з яких не мають професійної медичної освіти, а також представники університетів та працівники лікарень. Окрім надання медичної допомоги населенню, лікарні повинні надавати навчальним закладам можливості й умови для викладання та дослідних робіт. У країні діє 32 навчальних заклади, понад 90% випускників після закінчення стають лікарями. Спеціально організовані ради, що займаються питаннями фінансування вищої освіти, встановлюють квоти з прийому студентів до кожного університету; студентів вибирають за допомогою централізованої системи даних про абітурієнтів [3, с. 43].

Випускний іспит проводиться Єдиною національною комісією (United Hospital Committee) два рази на рік (у жовтні та червні). Він складається з трьох частин: письмової, усної і клінічної, і приймається в спеціальній екзаменаційній залі (театрі) за встановленим ритуалом. Кожний випускник отримує іменний екзаменаційний номер, щоб залишатися анонімним для екзаменатора [6, с. 56].

Оскільки клінічна частина іспиту проходить в екзаменаційній залі, куди запрошують тематичних хворих, студент зобов'язаний впродовж 30 хв обстежити хворого, поставити діагноз та обґрунтувати його. Потім випускник отримує другого хворого і доповідає про результати обстеження іншому екзаменатору.

Результати випускних іспитів оголошують лише через декілька днів. Ті, що успішно склали іспит, отримують диплом лікаря і перший вчений ступінь – бакалавра медицини і бакалавра хірургії [6, с. 56].

Професія медика пропонує різноманіття спеціальностей: від хірурга до психіатра, від лікаря загальної практики (сімейного лікаря) до дослідника, від анестезіолога до рентгенолога, що приваблює абітурієнтів. Для випускників медичних закладів безробіття є досить рідкісним випадком. Більшість студентів на початку своєї кар'єри продовжують навчання, щоб здобути кваліфікацію спеціаліста у тій чи іншій галузі медицини, навчаючись ще чотири-шість років, залежно від спеціалізації.

Близько половини всіх випускників зрештою стають лікарями загальної практики, тобто сімейними лікарями. Щоб стати лікарем загальної практики необхідне трирічне навчання після отримання диплому. Близько 90% контактів пацієнтів з національною Службою охорони здоров'я відбувається у галузі загальної практики. Загальна практика користується попитом серед лікарів-жінок, близько третини сімейних лікарів є жінками, і ця тенденція зростає. Інтуїтивний підхід у галузі охорони здоров'я набуває все більшого значення. Багато лікарів загальної практики суміщають спеціальності чотирьох або п'яти спеціальностей, сестринські обов'язки, обов'язки патронажної медсестри, акушерки та адміністратора [8, с. 5].

Після того, як лікар вирішить, на якій спеціалізації йому зупинитися, він обирає термін загального навчання після одержання вищої освіти в обраній галузі, який зазвичай триває від чотирьох до шести років. Такими спеціалізаціями можуть бути кардіологія, патологія, педіатрія, медицина катастроф та швидкої допомоги, акушерство та гінекологія, хірургія, онкологія, анестезія та геронтологія.

Деякі лікарі обирають професійну медицину, пропонуючи послуги працівникам тієї чи іншої організації. Збройні сили запрошують до праці лікарів та стають спонсорами студентів-медиків щодо клінічного навчання з подальшою перспективою для таких студентів працювати після закінчення навчання у своїх медичних центрах [8, с. 5].

Деякі лікарі спеціалізуються у галузі соціальної медицини. До відповідальності таких лікарів входить охорона здоров'я дітей, планування сім'ї, здоров'я навколишнього оточення та догляд за людьми похилого віку. Лікарі можуть займатися соціальною медициною після закінчення курсу загальної практики або навчання за відповідними клінічними спеціальностями. Деякі стають посадовцями у галузі

охорони здоров'я і несуть відповідальність за стан здоров'я всієї громади, а також контролюють поширення небезпечних хвороб, що підлягають реєстрації. Інші стають керівниками лікарень та обіймають керівні посади в Службі охорони здоров'я. Незначна кількість випускників займається теоретичною клінічною медициною та стають медичними журналістами.

Деякі лікарі вирішують зробити кар'єру у галузі досліджень. Це набагато легше зробити тим, хто під час навчання пройшов додатковий курс таких наук, як біохімія або фізіологія. Дехто з лікарів влаштовується в лабораторії Служби медичних досліджень. Деякі з таких лабораторій працюють на базі медичних навчальних закладів та університетських факультетів. Інші працівники беруть участь у компаніях з дослідження раку, працюють у фармацевтичній промисловості, токсикологічних лабораторіях хімічних фірм та в асоціаціях біологічних досліджень, що займаються контактними дослідженнями тощо [8, с. 5].

Кожний рік дехто з випускників медичних факультетів вирішує зовсім не ставати лікарями, проте слід зазначити, що таких дуже мало (менше ніж 10%). Медична спеціальність може допомогти їм здобути іншу кваліфікацію. Зокрема багато фармацевтів, що працюють у фармацевтичній промисловості, мають медичну освіту [8, с. 6].

Після закінчення медичної школи молодий лікар зазвичай прагне потрапити в програму підготовки лікарів у якому-небудь шпиталі. У Великій Британії робота ординатором протягом року – обов'язкова умова отримання дозволу на самостійну практику.

Навіть успішне завершення третього циклу медичної освіти не завжди автоматично дає право займатися медичною практикою. У Великій Британії ліцензуванням медичної практики займаються спеціальні комісії.

Цікава система лікарських градацій. Діапазон медичних постів від найстаршого до наймолодшого такий: консультант (Consultant), медичний асистент (Medical Assistant), старший реєстратор (Senior Registrar), реєстратор (Registrar), старший медичний пост з повною реєстрацією, що проходить спеціалізовану підготовку (Senior House Officer), медичний пост з повною реєстрацією, що проходить спеціалізовану підготовку (House Officer), пост лікаря, що закінчив базову медичну освіту і працює протягом першого року з умовною реєстрацією до отримання повної реєстрації (Pre-registration House Officer) [7].

Консультант – найвища посада серед лікарів. Аби її зайняти, потрібна висока професійна кваліфікація. Консультанти можуть працювати як повний, так і неповний робочий день (причому в декількох лікарнях), що дає їм змогу займатися приватною практикою та вдосконалювати свою майстерність [1]. Навіть багаторічний практичний досвід медичного асистента не завжди дає йому можливість бути обраним на посаду консультанта, оскільки головним критерієм є відповідна кваліфікація.

Старший реєстратор повинен працювати протягом двох років за обраною спеціальністю і мати найвищий ступінь у своїй спеціальності.

Реєстратор також повинен мати високу кваліфікацію. Хірургічний реєстратор може виконувати нескладні операції самостійно, але об'ємні хірургічні втручання він виконуватиме лише у присутності старшого за званням хірурга.

Три молодші пости займаються послідовно, після проходження відповідного кваліфікаційного періоду (кожен розрахований на один рік). На цих етапах до обов'язків лікарів входить багато рутинної медичної роботи: оформлення документації, асистування при операціях тощо [1].

**Висновки.** Отже, система медичної освіти у Великобританії багатоетапна і має таку структуру: додипломний період (ділиться на доклінічний та клінічний),

який триває п'ять років, та дореєстраційний період (субординатура з загальної практики та хірургії), який триває рік. Після складання іспитів і проходження всіх “інстанцій мануальних навичок” стажист отримує звання “зареєстрованого лікаря загальної практики (сімейного лікаря)”. Але для того, щоб мати право практикувати, треба пройти трирічну підготовку і стати лікарем загальної практики чи сімейним лікарем, оскільки все населення Великої Британії перебуває на реєстрації у сімейних лікарів. Для здобуття спеціалізації треба вчитися ще від 4 до 6 років [4]. Така складна структура медичної освіти у Великій Британії сприяє підготовці висококваліфікованих фахівців. Вважаємо за доцільне врахувати досвід Великої Британії у підготовці фахівців медичної галузі в Україні.

#### Література

1. Акимова С.Л. Стажировка в Шотландии [Электронный ресурс] / С.Л. Акимова. – Режим доступа: <<http://www.mmm.spb.ru/russian/МАРО/10/9.php-28k>>.
2. Арапов М.В. Медицина и медицинское образование [Электронный ресурс] / М.В. Арапов. – Режим доступа: <<http://www.informika.ru/text/magaz/newpaper/messedu/2003/cour0312/1900.htm-59k>>.
3. Вартамян Ф. Медицинское образование в некоторых странах Европы / Ф. Вартамян, С. Рожецкая // Врач. – 2002. – № 5. – С. 43–44.
4. Кузнецова О.Ю. О системе последиplomного образования в Великобритании и перспективах сотрудничества академии с британскими партнерами [Электронный ресурс] / О.Ю. Кузнецова. – Режим доступа: <<http://www.mmm.spb.ru/russian/МАРО/10/9.php-28k>>.
5. Пантюк И.В. Подготовка врачебных кадров за рубежом [Электронный ресурс] / И.В. Пантюк. – Режим доступа: <[http://minzdrav.by/med/docs/journal/St13\\_1996\\_4.doc](http://minzdrav.by/med/docs/journal/St13_1996_4.doc)>.
6. Сохин А.А. Система подготовки врачебных кадров в Великобритании / А.А. Сохин // Советское здравоохранение. – 1989. – № 12. – С. 54–58.
7. Украинский Медицинский Совет. Работа для врачей в Британии, врачебная практика, обмен [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <<http://www.medicalcouncilukraine.org/work/index.htm>>.
8. CRAC Degree Course Guides Series 2: Medical & related professions 2006/2007. Trotman Publishing. – 2006. – 59 p.

ПАЩЕНКО Д.

## ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ ДО ГУМАНІСТИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ

*Мета статті* – розглянути передумови формування готовності майбутніх учителів початкових класів до гуманістичного виховання учнів.

Досліджуючи цю проблему, ми звернули увагу на те, що саме поняття “формування” в педагогічній літературі останніх років все частіше вживається із зневажливим відтінком. Дехто вважає, що це поняття взагалі не може бути педагогічною категорією [1], бо “формування” означає надання якоїсь певної, наперед заданої форми, що несумісне із творчим процесом виховання неповторної особистості.

Втім, подібний “аргумент” легко можна спростувати тим беззаперечним твердженням, що робота геніального скульптора також є творчим процесом, хоч і зводиться до формування із глини чи іншого матеріалу певного образу. Здійснюючи цей процес, скульптор не має наперед заданої форми, він її творить. Отже, не слід штучно уподібнювати лише на етимологічній підставі творчий педагогічний процес “формування” з виробничими процесами виготовлення однакових шаблонних виробів, що навіть у технічній термінології визначається дещо іншим поняттям – “штампування”.