

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»**

Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису

**ШУМИЛО МИРОСЛАВА ЮРІЇВНА**

УДК 378:61:005.336.2(043.5)(73)

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**РОЗВИТОК ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У США**  
**(XX–XXI століття)**

011 Освітні, педагогічні науки

01 Освіта / Педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

---

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник

Ісаєва Оксана Степанівна,

доктор педагогічних наук, професор

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь,  
вчене звання)

Львів – 2023

## АНОТАЦІЯ

*Шумило М.Ю.* Розвиток вищої медичної освіти у США (XX–XXI століття). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки. – Національний університет «Львівська політехніка», Львів, 2023.

**Актуальність дослідження.** Зміни, що відбуваються у всіх сферах суспільного життя в Україні, включаючи охорону здоров'я, зумовлюють трансформації та інтенсивний розвиток медичної освіти. Система охорони здоров'я в Україні перебуває в активному пошуку шляхів виходу з кризової ситуації та побудови нової моделі охорони здоров'я, наближеної до всесвітніх стандартів охорони здоров'я. Питання реформування системи медичної освіти постали в умовах стрімкого розвитку інноваційних технологій та доказової медицини, впровадження сучасних методів лікування і діагностики захворювань у практику роботи закладів охорони здоров'я, прогресивних інформаційних і сучасних телемедичних технологій, що дають змогу працювати в єдиному світовому професійному просторі. Потреба в оновленні програм підготовки фахівців закладів вищої освіти зумовлена бурхливим розвитком сучасної медичної науки та передових медичних технологій, протоколів і стандартів лікування тощо. Тому, вивчення позитивного досвіду США може бути корисним в умовах реформування системи вищої медичної освіти в Україні.

Історія розвитку медичної освіти свідчить, що освітня програма – це історично опосередкований результат соціальних, політичних та економічних чинників, що впливають на заклади вищої медичної освіти, їхню діяльність та обґрунтовують доцільність розвитку освітніх програм відповідно до запитів суспільства. У США структура, зміст та забезпечення медичної освіти оновлюються суголосно з інноваціями у медичній галузі та появою проблем в системі охорони здоров'я, що потребують нагально вирішення. Перелічені

фактори відображають динамічний характер розвитку системи охорони здоров'я та відповідні зобов'язання системи вищої медичної освіти щодо підготовки лікарів, здатних адаптуватися та реагувати на постійно мінливе середовище. Акцентується розвиток навичок сучасного клінічного мислення та прийняття рішень, а також професійна компетентність. Навчання на основі реальних кейсів, доказова медицина, проблемне навчання, навчання на основі симуляції, онлайн навчання, колегіальне консультування, змішане та командне навчання – серед сучасних методів навчання. Різні методи навчання враховують індивідуальні відмінності навчання студентів, що дає змогу розширити їхні професійні знання, шляхом удосконалення логічного та критичного мислення, тайм менеджменту тощо. Застосування інтегративних підходів сприяє формуванню професійної компетентності, лідерства, які розглядаються як обов'язкові чинники, необхідні для плавної інтеграції у середовище клінічної практики.

Нині підготовка фахівців сфери охорони здоров'я у нашій країні реалізується у закладах вищої медичної та фармацевтичної освіти. Вища медична освіта регулюється Законом України «Про вищу освіту» (2014), «Положенням про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» (МОЗ України, 2021), положенням «Про клінічну ординатуру» (МОЗ України, 1998). Атестація випускників освітньо-професійної програми другого (магістерського) рівня за спеціальністю 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» проводиться у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), порядок здійснення якого визначений Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» (Кабінет Міністрів України, 2018) та Постановою Кабінету Міністрів України від 19.05.2021 № 497 «Про атестацію здобувачів ступеня фахової передвищої освіти та ступенів вищої освіти на першому (бакалаврському) та другому (магістерському) рівнях у формі єдиного

державного кваліфікаційного іспиту» (Кабінет Міністрів України, 2021). Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» передбачає зміни у зарахуванні та проходженні інтернатури для тих осіб, які вступили у 2022 році.

Отже, вивчення передумов становлення, розвитку та особливостей системи вищої медичної освіти в США є актуальним в умовах України, яка потребує модернізації освітньої системи, зокрема для забезпечення конкурентоздатності фахівців сфери охорони здоров'я на світовому ринку.

Питання розвитку вищої освіти у США є предметом наукових пошуків вітчизняних науковців: Н. Симоненко (2018), І. Сулим-Карлір (2008) вивчали організацію самостійної роботи студентів; В. Корнієнко (2014), Н. Кіяновська (2021), Л. Манюк (2017) досліджували особливості використання інформаційних технологій у закладах вищої освіти США; Н. Андрущенко (2004), Р. Шаран (2011), Б. Шуневич (2005) охарактеризували організацію дистанційного навчання в університетах США; І. Гушлевська (2004) проаналізувала трансформаційні процеси американської освіти; І. Бондарук (2013), Я. Гулецька (2007), Н. Мукан (2009), М. Нагач (2013), О. Садовець (2010) виокремили питання підготовки педагогічних працівників різного профілю в університетах США; О. Бевз (2010), Н. Яковенко (2016) зосередили увагу на досвіді США в організації роботи з обдарованою молоддю; О. Андрюшина (2013), Т. Олендр (2011) схарактеризували питання моніторингу якості освіти в США; І. Зварич (2016) зосередила увагу на оцінюванні знань студентів ЗВО; Н. Кікіна (2019) проаналізувала особливості розвитку кредитно-модульної системи навчання; Т. Кошманова (2002) – розвиток педагогічної освіти; В. Осадчий (2015) – тенденції розвитку інформаційно-комунікаційних технологій навчання; О. Мілова (2011) – тенденції постмодернізму в освіті США. Окремі аспекти підготовки лікарів у системі вищої медичної освіти висвітлювали Н. Мукан та О. Блавт (2019), Ю. Козловський, М. Пайкуш та Л. Дольнікова (2021), М. Гаврилюк, Л. Дудікова, О. Акімова, А. Коломієць,

Ю. Остраус (2020), L. Dudikova, I. Melnychuk, K. Hnatyk, K. Fodor, O. Didenko, P. Luzan (2021). Комплексним системним дослідженням медичної освіти в США займаються науковці Т. Хвалибога (2020) та Ю. Гребеник-Козаченко (2016).

Значна кількість американських вчених вивчала історичні, організаційні, методологічні і методичні аспекти вищої, в тому числі медичної освіти США. Наскрізне дослідження історії американської освіти від доколоніальних часів до сучасності представлено у фундаментальній праці американських істориків освіти В. Урбана та Дж. Вагонера (Urban, & Wagoner, 2008). У тісному взаємозв'язку з історичними подіями розглядають становлення освітньої системи США Л. Вебб, А. Меса та К. Джордан (Webb, Metha, & Jordan, 2010). У дослідженнях В. Джейнса (Jeynes, 2007) проаналізовано специфіку розвитку освіти у контексті американської та світової історії. Науковець Дж. Телін (Thelin, 2014) вивчав історію вищої освіти США, зосередившись на аналізі документаційної бази американської освіти. М. Людмерер (Ludmerer, 1999) відомий напрацюваннями у галузі історії медичної освіти в США, зокрема у XIX та XX ст. Його праці зосереджено на формуванні розуміння медицини в широкому інтелектуальному, соціальному та культурному контекстах (Ludmerer, 1999). Питанням сімейної медицини присвячено дисертаційне дослідження М. Лі-Пой (Lee-Poy, 2012), сфокусоване на взаємодії сімейного лікаря та пацієнта. Окрім того, різні аспекти медичної освіти в США вивчали Дж. Бейлі (Bailey, 2013), С. Рітц (Ritz, 2015), М. Малак (Malak, 2017), Л. Янез (Yanez, 2017), К. Салліван (Sullivan, 2018).

На основі аналізу джерельної бази та вивчення українського досвіду щодо розвитку вищої медичної освіти можна виокремити такі суперечності: між станом практики вищої медичної освіти задля забезпечення конкурентоспроможності фахівців та недостатнім рівнем її розвитку; рівнем вищої медичної освіти в Україні та вимогами глобалізованого суспільства; темпами реформування вищої медичної освіти та проблемами матеріально-технічного і ресурсного забезпечення освітнього процесу.

Отже, актуальність дослідження підтверджено результатами аналізу науково-педагогічної літератури та виявленими суперечностями, що й зумовило вибір теми дисертаційного дослідження **«Розвиток вищої медичної освіти в США (XX–XXI століття)»**.

**Мета дослідження** – дослідити особливості розвитку вищої медичної освіти у США та обґрунтувати можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України.

Мета дослідження зумовила необхідність розв’язання таких **завдань**:

1. Охарактеризувати вищу медичну освіту як науково-педагогічну проблему.
2. Виокремити тенденції розвитку сучасної вищої медичної освіти у США на основі ретроспективного аналізу.
3. Охарактеризувати сучасну систему вищої медичної освіти у США.
4. Обґрунтувати можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України.

**Об’єкт дослідження** – система вищої медичної освіти в США (XX–XXI ст.).

**Предмет дослідження** – передумови становлення, тенденції розвитку та особливості реалізації вищої медичної освіти в США (XX–XXI ст.).

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає у тому, що *вперше досліджено* особливості розвитку вищої медичної освіти у США. Охарактеризовано вищу медичну освіту як науково-педагогічну проблему на основі аналізу історіографії проблеми дослідження (джерела, покладені в основу методології дослідження; джерела, що формують теоретичні засади проблеми дослідження; першоджерела), що відображає її історичний, культурологічний, соціологічний, антропологічний аспекти, та висвітлення проблеми розвитку вищої медичної освіти у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства. Виконано аналіз передумов

становлення вищої медичної освіти у США (особливості соціального, економічного, культурного розвитку країни, рівень освіченості та грамотності населення, специфіка розвитку освітньої галузі, полікультурність (філософська, політична, культурна, соціальна, економічна, релігійна тощо) суспільства США). На основі ретроспективного аналізу становлення і розвитку вищої медичної освіти виокремлено тенденції, що характерні її сучасному стану: удосконалення нормативно-правової бази та стандартизація вищої медичної освіти; удосконалення системи управління вищою медичною освітою, в основу якої покладено поєднання механізмів централізації (стратегічний розвиток) та децентралізації (широка автономність закладів вищої медичної освіти); поєднання інструментів державного фінансування із залученням коштів приватних ініціатив, фондів тощо; високий рівень конкуренції між закладами вищої медичної освіти; диверсифікація освітніх програм з метою забезпечення відповідності вимогам професійного середовища, потреб працедавців; інтеграція останніх наукових досягнень в освітній процес, застосування інноваційних методів навчання, інформаційно-комунікаційних технологій тощо, що відповідає інноваціям у медичній галузі). Охарактеризовано сучасну систему вищої медичної освіти у США (зовнішню: домедичну, додипломну медичну, післядипломну медичну та неперервну медичну освіту; внутрішню: теоретична і практична підготовка з метою формування компетентностей у сфері догляду за пацієнтами, медичних знань, професіоналізму, системної практики, навчання на основі практики, співпраці та комунікації). Обґрунтовано можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України (для керівних кадрів у системі охорони здоров'я України, закладів вищої медичної освіти, професорсько-викладацького складу, здобувачів вищої освіти).

*Уточнено* зміст понять «інтернатура», «резидентура», «додипломна медична освіта» «післядипломна медична освіта», «неперервна медична освіта».

*Удосконалено та розширено наукове розуміння релевантних понять і термінів у медичній освіті, а також організаційних особливостей та підходів до навчання.*

*Подальшого розвитку набули положення про періодизацію розвитку вищої медичної освіти у США на основі парадигмального та цивілізаційного підходів, сучасні параметри університетської освіти, виникнення у вищій освіті нових зразків, норм, орієнтирів та мотивацій, адаптації до нових тенденцій на ринках праці, які потребують постійного оновлення високоспеціалізованих професійних знань у галузі охорони здоров'я, нових форм їх трансляції та використання у навчанні.*

*У науковий обіг введено значний обсяг матеріалів іноземними мовами з досліджуваної проблематики, а також численні факти, ідеї та підходи, актуальні у сфері вищої медичної освіти.*

**Практичне значення дослідження** полягає у тому, що матеріали, положення та висновки дисертаційного дослідження можуть бути використані у роботі закладів вищої освіти України під час вивчення дисциплін «Педагогіка» «Порівняльна педагогіка», «Професійна педагогіка», «Історія медицини», курсах підвищення кваліфікації на факультеті післядипломної освіти для викладачів медичних ЗВО.

Результати дослідження, обґрунтовані поняття, а також зібрані дані можуть використовуватися науковцями для проведення подальших компаративно-педагогічних досліджень.

**Структура та обсяг дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (376 найменувань, з них 255 – іноземними мовами), 9 додатків. Загальний обсяг дисертації складає 292 сторінки, з них 226 сторінок основного тексту, який містить 3 таблиці та 1 рисунок на 5 сторінках.

У вступі обґрунтовано актуальність дослідження; зазначено зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами; визначено об'єкт, предмет, мету, завдання, методи дослідження; подано джерельну базу дослідження;



представлено наукову новизну та практичне значення одержаних результатів; подано інформацію про апробацію та впровадження результатів дослідження; відображено особистий внесок здобувача у публікаціях, підготовлених у співавторстві; презентовано структуру й обсяг дисертаційної роботи.

У першому розділі «**Вища медична освіта як науково-педагогічна проблема**» висвітлено історіографію проблеми дослідження, а також виконано аналіз ролі і значення вищої медичної освіти у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства.

У другому розділі «**Ретроспективний аналіз розвитку вищої медичної освіти у США**» представлено періодизацію розвитку вищої медичної освіти країни дослідження, а також охарактеризовано специфіку розвитку вищої медичної освіти на сучасному етапі.

У третьому розділі «**Система вищої медичної освіти у США**» виконано аналіз особливостей організації вищої медичної освіти, представлено сучасний стан та перспективи розвитку вищої медичної освіти в Україні, а також запропоновано авторське бачення можливостей використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України.

Визначено перспективні напрями подальших науково-педагогічних досліджень.

**Ключові слова:** вища освіта, вища медична освіта, вища медична школа, майбутній лікар, професійна компетентність, освітньо-професійна програма, США.

## ABSTRACT

*Shumylo M.Y.* The Development of Higher Medical Education in the USA (XX–XXI centuries). – Qualificative research paper as a manuscript.

The thesis for the Degree of Doctor of Philosophy in specialty 011 Educational, Pedagogical Sciences. – Lviv Polytechnic National University. – Lviv, 2023.

**Research topicality.** Changes occurring in all aspects of public life in Ukraine, including health care, necessitate transformations and intensive development of medical education. The health care system in Ukraine is actively searching for ways out of the crisis and building a new health care model that is close to global health care standards. The problem of reforming the medical education system arose in the context of the rapid development of innovative technologies and evidence-based medicine, the implementation of modern methods of treatment and diagnosis of diseases into the practice of health care institutions, progressive information and modern telemedicine technologies that make it possible to work in a single global professional space. The need of updating syllabuses at higher education institutions is due to the rapid development of modern medical science and advanced medical technologies, treatment protocols and standards, etc. Therefore, studying the positive experience of the USA can be useful in terms of reforming the system of higher medical education in Ukraine.

The history of the development of medical education shows that the educational program is a historically mediated result of social, political, and economic factors that influence institutions of higher medical education, their activities and justify the feasibility of developing educational programs in accordance with the demands of society. In the USA, the structure, content, and provision of medical education are being updated along with innovations in the medical field and the emergence of problems in the health care system that require urgent solutions. The listed factors reflect a dynamic nature of the development of the health care system and the corresponding duties of the higher medical education system to train doctors who can adapt and respond to a constantly changing environment. Emphasis is placed on the

development of modern clinical thinking and decision-making skills, as well as professional competence. Learning based on real cases, evidence-based medicine, problem-based learning, simulation-based learning, online learning, peer counselling, blended and team learning are among the modern learning methods. Different teaching methods consider the individual differences of students' learning, which enables expanding their professional knowledge by improving logical and critical thinking, time management, etc. The use of integrative approaches contributes to the formation of professional competence and leadership, which are considered mandatory factors necessary for flexible integration into the clinical practice environment.

Currently, the training of specialists in the field of health care in our country is accomplished in institutions of higher medical and pharmaceutical education. Higher medical education is regulated by the Law of Ukraine "On Higher Education" (2014), "Regulations on Internship and Secondary Medical (Pharmaceutical) Specialization" (Ministry of Health of Ukraine, 2021), Regulation "On Clinical Residency" (Ministry of Health of Ukraine, 1998). Attestation of graduates of the educational and professional program of the second (Master's) level by the specialty 222 "Medicine", the field of knowledge 22 "Health care" is conducted in the form of the Unified State Qualification Exam (USQE), the procedure of which is determined by the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 03.28.2018 No. 334 "On the approval of the Procedure for conducting a Unified State Qualification Exam for holders of a Master's degree in the field of knowledge "22 Health Care" (Cabinet of Ministers of Ukraine, 2018) and Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 19.05.2021 No. 497 "On certification of degree holders of professional preliminary higher education and degrees of higher education at the first (Bachelor's) and second (Master's) levels in the form of a Unified State Qualification Exam" (Cabinet of Ministers of Ukraine, 2021). Order of the Ministry of Health of Ukraine dated June 22, 2021 No. 1254 "On the approval of the Regulation on internship and secondary medical (pharmaceutical) specialization" involves changes in enrolment and completion of internship for those who entered in 2022.

Therefore, the study of the preconditions for the formation, development and features of the system of higher medical education in the USA is relevant in the conditions of Ukraine, which needs to modernize the educational system to ensure the competitiveness of health care specialists in the world workforce.

The problem of the development of higher education in the USA has been the subject of scientific research among Ukrainian scientists: N. Symonenko (2018), I. Sulym-Karlir (2008) studied the organization of students' individual work; V. Kornienko (2014), N. Kiyanovska (2021), L. Manyuk (2017) studied the peculiarities of using information technologies in higher educational institutions of the USA; N. Andrushchenko (2004), R. Sharan (2011), B. Shunevych (2005) characterized the organization of distance learning in the US universities; I. Hushlevska (2004) analyzed the transformational processes of American education; I. Bondaruk (2013), Ya. Guletska (2007), N. Mukan (2009), M. Nagach (2013), O. Sadovets (2010) singled out the issue of training pedagogical workers of various profiles in US universities; O. Bevs (2010), N. Yakovenko (2016) focused on the US experience in organizing work with the talented youth; O. Andriushyna (2013), T. Olendr (2011) characterized the issue of monitoring the quality of education in the USA; I. Zvarych (2016) focused on evaluating the knowledge of students at higher educational institutions; N. Kikina (2019) analyzed the features of the development of the credit transfer education system; T. Koshmanova (2002) – development of pedagogical education; V. Osadchiy (2015) – trends in the development of information and communication technologies of education; O. Milova (2011) – trends of postmodernism in US education. Some aspects of training doctors in the system of higher medical education were highlighted by N. Mukan and O. Blavt (2019), Yu. Kozlovskiy, M. Paikush and L. Dolnikova (2021), M. Gavrilyuk, O. Akimova, A. Kolomiets, Yu. Ostraus (2020), L. Dudikova, I. Melnychuk, K. Hnatyk, K. Fodor, O. Didenko, P. Luzan (2021). Scientists T. Khvalyboha (2020) and Yu. Grebenyk-Kozachenko (2016) are engaged in a comprehensive systematic study of medical education in the USA.

A significant number of American scientists studied the historical, organizational, methodological, and methodical aspects of higher, including medical, education in the USA. A comprehensive study of the history of American education from pre-colonial times to the present days is highlighted in a fundamental work of American educational historians V. Urban and J. Wagoner (2008). L. Webb, A. Metha, and K. Jordan (2010) examine the formation of the US educational system in close connection with historical events. In the studies of V. Jeynes (2007) the peculiarities of education development were analysed in the context of American and world history. Scientist J. Thelin (2014) studied the history of higher education in the USA, focusing on the analysis of the documentation base of American education. M. Ludmerer (Ludmerer, 1999) is known for his research in the history of medical education in the USA, particularly in the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> centuries. His work focuses on shaping the understanding of medicine in its broad intellectual, social, and cultural contexts (Ludmerer, 1999). The dissertation research of M. Lee-Poy (Lee-Poy, 2012), focused on the interaction between a family doctor and a patient, is devoted to issues of family medicine. In addition, various aspects of medical education in the USA were studied by J. Bailey (2013), S. Ritz (2015), M. Malak (2017), L. Yanez (2017), K. Sullivan (2018).

Based on the analysis of the literature sources and the study of the Ukrainian experience regarding the development of higher medical education, the following contradictions can be distinguished: between the condition of practising higher medical education to ensure the competitiveness of specialists and the insufficient level of its development; the level of higher medical education in Ukraine and the requirements of a globalized society; the pace of reforming higher medical education and the problems of material, technical and resource supply of the educational process.

Thus, the relevance of the research is confirmed by the results of the analysis of scientific and pedagogical literature and the revealed contradictions, which resulted in choice of the theme of the dissertation research “**Development of higher medical education in the USA (XX-XXI centuries)**”.

**The research aim** is to investigate the peculiarities of the development of higher medical education in the USA and to substantiate the possibilities of using progressive ideas and experience of the development of American higher medical education in the conditions of university education in Ukraine.

**In accordance with the research aim, the following objectives are defined:**

1. To characterize higher medical education as a scientific and pedagogical problem.
2. To single out trends in the development of modern higher medical education in the USA based on a retrospective analysis.
3. To describe the modern system of higher medical education in the USA.
4. To substantiate the possibilities of using progressive ideas and experience of American higher medical education development in the conditions of university education in Ukraine.

The system of higher medical education in the USA (XX-XXI centuries) is the **research object**.

The preconditions for the formation, development trends and peculiarities of the implementation of higher medical education in the USA (XX-XXI centuries) are the **research subject**.

**The scientific novelty of the research obtained lies in the fact** that the peculiarities of the development of higher medical education in the USA were investigated for *the first time*. Higher medical education has been characterized as a scientific and pedagogical problem based on the analysis of the historiography of the research problem (sources that form the basis of the research methodology; sources that form the theoretical foundations of the research problem; primary sources), reflecting its historical, cultural, sociological, anthropological aspects, and highlighting problems of the development of higher medical education in the context of social, cultural, and economic development of the society. An analysis of the prerequisites for the formation of higher medical education in the USA has been performed (specific features of the social, economic, cultural development of the country, the level of education and literacy of the population, the peculiarities of the

development of the educational sector, multiculturalism (philosophical, political, cultural, social, economic, religious, etc.) of the US society). On the basis of a retrospective analysis of higher medical education formation and development, the trends which characterize its current state are singled out: improvement of the regulatory and legal framework and standardization of higher medical education; improvement of the management system of higher medical education, which is based on a combination of mechanisms of centralization (strategic development) and decentralization (broad autonomy of higher medical education institutions); the combination of state financing tools with the involvement of assets of private initiatives, funds, etc.; high level of competition between institutions of higher medical education; diversification of educational programs in order to ensure compliance with the requirements of professional environment and the needs of employers; integration of the latest scientific achievements into the educational process, application of innovative teaching methods, information and communication technologies, etc., which corresponds to innovations in the medical field).

The modern system of higher medical education in the USA has been characterized (external: pre-medical, undergraduate medical, postgraduate medical and continuing medical education; internal: theoretical and practical training to form competencies in the area of patient care, medical knowledge, professionalism, systematic practice, training based on practice, cooperation and communication). The possibility of using progressive ideas and experience in the development of American higher medical education in the conditions of university education in Ukraine has been substantiated (for management personnel in the health care system of Ukraine, institutions of higher medical education, professors and teachers, students of higher education).

The meaning of the terms “internship”, “residency”, “undergraduate medical education”, “postgraduate medical education”, “continuous medical education” has been *clarified*.

Scientific understanding of relevant concepts and terms in medical education, as well as organizational features and approaches to training have been *improved and expanded*.

The theses on the periodization of the development of higher medical education in the USA based on paradigmatic and civilizational approaches, regulations of the modern parameters of university education, the emergence of new models, norms, guidelines and motivations in higher education, adaptation to new trends in labour markets, which require constant updating of highly specialized professional knowledge in the field of health care, new forms of their translation and application in education have acquired *further development*.

A significant volume of materials in foreign languages on the studied issues, as well as numerous facts, ideas and approaches relevant to the field of higher medical education, has been introduced into *scientific circulation*.

**The practical value of the research lies in the fact that** the materials, regulations and conclusions of the dissertation research can be used in the work of higher educational institutions of Ukraine in the study of the disciplines "Pedagogy", "Comparative pedagogy", "Professional pedagogy", "History of medicine", advanced training courses at the faculty of postgraduate education for teachers of medical higher education institutions.

Research results, substantiated concepts, as well as collected data can be used by scientists to conduct further comparative and pedagogical research.

**The structure and volume of the thesis.** The paper consists of an introduction, three chapters, conclusions to each chapter, general conclusions, a list of used references (376 items, 255 of them in foreign languages), 9 appendices. The total volume of the dissertation is 292 pages, of which 226 pages are the main text, which contains 3 tables and 1 figure on 5 pages.

**In the Introduction,** the relevance of the conducted research has been substantiated; the connection of the work with scientific programs, plans, topics has been indicated; the object, subject, goal, task, research methods have been defined; the literature sources of the research have been provided; the scientific novelty and



practical significance of the obtained results has been presented; information on the approval and implementation of research results has been provided; personal contribution of the postgraduate student is reflected in publications prepared in co-authorship; the structure and scope of the dissertation work has been presented.

In the first chapter “**Higher medical education as a scientific and pedagogical problem**” the historiography of the research problem, as well as analysis of the role and significance of higher medical education in the context of social, cultural, and economic development of the society have been highlighted.

In the second chapter “**Retrospective analysis of the development of higher medical education in the USA**” the periodization of the development of higher medical education in the country of study has been presented, as well as the features of the development of higher medical education at the current stage have been described.

In the third chapter “**The system of higher medical education in the USA**” an analysis of the peculiarities of medical education organization has been performed, the current state and perspectives for the development of higher medical education in Ukraine have been presented, and the author’s vision of the possible implementation of progressive ideas and experience in the development of American higher medical education in the conditions of university education in Ukraine has been suggested.

The perspectives of further pedagogical researches have been defined.

**Key words:** higher education, higher medical education, higher medical school, future doctor, professional competence, educational and professional program, USA.

### Список публікацій здобувача

#### *Публікації, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

*Статті у наукових виданнях, включених на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України*

1. Shumylo, M. (2022). Theoretical principles of medical education development in the USA. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені*

М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи, 85, 231–236.

2. Ісаєва, О. С., & Шумило, М. Ю. (2020). Впровадження засобів інформаційно-комунікаційних технологій в освітній процес студентів-медиків. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 76, 76–80.

3. Шумило, М. Ю. (2019а). Сучасний стан медичної освіти. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*, 63(2), 220–224.

4. Шумило, М. Ю. (2019б). Медична освіта у США після II Світової Війни. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 69, 289–292.

*Статті у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та Scopus*

5. <sup>1</sup>Isayeva, O., Shumylo, M., Khmilyar, I., Mylyk, O., & Myskiv, I. (2020). Blended learning in higher medical education: principles and strategies of teaching foreign languages. *Advanced education*, 14, 11–18.

6. Shumylo, M., Isayeva, O., Khmilyar, I., Huziy, I., Yaremko, H. & Drachuk, M. (2022). Creativity as an essential aspect in medical education. *Creativity studies*, 15(1), 182–198.

***Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації***

7. Шумило, М. (2021а). Вступні вимоги у вищих медичних навчальних закладах США та України. *Розвиток порівняльної професійної педагогіки у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів: матеріали тез доповідей X міжнародного науково-методологічного Інтернет-семінару*. (с. 77–79). Хмельницький, Україна: Термінова поліграфія.

---

<sup>1</sup>Видання водночас включене до переліку наукових фахових видань України.

8. Шумило, М. Ю. (2019c). Ретроспективний погляд на розвиток медичної освіти у США. *Сучасний вимір психології та педагогіки: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 103–106). Львів, Україна: ГО «Львівська педагогічна спільнота».
9. Шумило, М. Ю. (2019d). Сучасний стан організації медичної освіти в США. *Influence of scientific achievements in education on the development of modern society: proceedings of the International scientific and practical conference*. (158–160). Vilnius, Lithuania: Izdevnieciba “Baltija Publishings”.
10. Шумило, М. Ю. (2020a). Новий зміст підготовки лікарів в Україні. *Abstracts of XIV International Scientific and Practical Conference. Bilbao, Spain*. (pp. 359–362). Retrieved from: <https://isg-konf.com>
11. Шумило, М. Ю. (2021b). Безперервний професійний розвиток лікарів як компонента реформування системи вищої медичної освіти. *Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 69–71). Львів, Україна: ГО «Львівська педагогічна спільнота».
12. Шумило, М. Ю. (2021c). Навчання принципам академічної доброчесності у медичному університеті. *Академічна доброчесність: виклики сучасності: збірник наукових есе учасників наукового стажування*. (с. 134–138). Варшава, Польща: Польсько-українська фундація «Інститут Міжнародної Академічної та Наукової Співпраці», Духовна Академія Університету Кардинала Стефана Вишинського, Фундація ADD.
13. Шумило, М. Ю. (2021d). Підготовка лікарів-інтернів в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Topical issues of modern science and education: abstracts of XI International Scientific and Practical Conference*. (pp. 167–169). Tallinn, Estonia. Retrieved from: <https://isg-konf.com>
14. Шумило, М. Ю. (2021). Становлення та розвиток резидентури в США. *Актуальні проблеми навчання і виховання в умовах інтеграційних процесів в освітньому та науковому просторі: збірник тез доповідей IV Всеукраїнської*

науково-практичної Інтернет-конференції. (с. 499–501). Мукачєво: Мукачєвський державний університет.

15. Shumylo, M. Yu. (2018). Application of humanities disciplines in medical education. *Modern educational space: the transformation of national models in terms of integration: conference proceedings*. (pp. 40–42). Leipzig, Germany: Baltija Publishing.

16. Shumylo, M. Yu. (2019). Innovations in higher medical education in Ukraine. *Modern educational space: the transformation of national models in terms of integration: conference proceedings*. (pp. 169–171). Leipzig, Germany: Baltija Publishing.

**Публікації, що додатково відображають матеріали дисертації**

17. Шумило, М. Ю., & Ісаєва, О. С. (2018). Оновлені стандарти освіти лікарів – фахівців нової генерації. *Science and education a new dimension. Pedagogy and Psychology*, VI (72)(174), 10–14.

18. Shumylo, M. Y. (2019). The role of elective courses in higher medical education during pre-clinical years. *Science and education a new dimension. Pedagogy and Psychology*, VII(86)(209), 45–48.

19. Шумило, М. Ю. (2020b). Методика організації самостійної роботи студентів-медиків у закладах вищої освіти. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*, VIII (95)(239), 48–51.

20. Shumylo, M. (2020). Challenges and perspectives of higher medical education in Ukraine. *Knowledge, Education, Law, Management*, 7(35)(2), 51–55.

21. Isayeva, O. S., Shumylo, M. Y., Avrahova, L. Ya., Palamarenko, I. O., & Khmilyar, I. R. (2019). *Medical English Competence*. Kyiv, Ukraine: Book-plus.

22. Ісаєва, О. С., Содомора, П. А., Шумило, М. Ю. (2021). *Посібник для практичних занять з іноземної мови для підготовки фахівців третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти – докторів філософії (PhD)*. Львів, Україна: ЛНМУ імені Данила Галицького.

## ЗМІСТ

<b>АНОТАЦІЯ</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b> .....	<b>22</b>
<b>ВСТУП</b> .....	<b>23</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ВИЩА МЕДИЧНА ОСВІТА ЯК НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА</b> .....	<b>34</b>
1.1. Історіографія проблеми дослідження .....	<b>34</b>
1.2. Вища медична освіта у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства .....	<b>65</b>
<b>Висновки до першого розділу</b> .....	<b>84</b>
<b>РОЗДІЛ 2. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У США</b> .....	<b>87</b>
2.1. Періодизація розвитку вищої медичної освіти у США .....	<b>87</b>
2.2. Особливості розвитку вищої медичної освіти у США на сучасному етапі .....	<b>116</b>
<b>Висновки до другого розділу</b> .....	<b>133</b>
<b>РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У США ...</b>	<b>136</b>
3.1. Організація вищої медичної освіти .....	<b>136</b>
3.2. Сучасний стан та перспективи розвитку вищої медичної освіти в Україні .....	<b>167</b>
3.3. Можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України .....	<b>188</b>
<b>Висновки до третього розділу</b> .....	<b>218</b>
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ</b> .....	<b>222</b>
<b>ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	<b>227</b>
<b>ДОДАТКИ</b> .....	<b>265</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ААМК** – Асоціація американських медичних коледжів
- АМА** – Американська медична асоціація
- ВМА** – Всесвітня медична асамблея
- ВМО** – вища медична освіта
- ВНС** – віртуальне навчальне середовище
- ВП** – віртуальні пацієнти
- ВФМО** – Всесвітня федерація медичної освіти
- ЄДКІ** – єдиний державний кваліфікаційний іспит
- ЄКТС** – Європейська кредитно-трансферна система
- ЄПВО** – Європейський простір вищої освіти
- ЗВМО** – заклад вищої медичної освіти
- ЗВО** – заклад вищої освіти
- ІКТ** – інформаційно-комунікаційні технології
- МВОК** – Масові відкриті онлайн курси
- НК** – навчальні курси
- НМО** – неперервна медична освіта
- НПР** – неперервний професійний розвиток
- ОПЯО** – Офіс покращення якості освіти
- ОСП(К)І** – об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит
- СП** – стандартизовані пацієнти
- СРС** – самостійна робота студента-медика

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Зміни, що відбуваються у всіх сферах суспільного життя в Україні, включаючи охорону здоров'я, зумовлюють трансформації та інтенсивний розвиток медичної освіти. Система охорони здоров'я в Україні перебуває в активному пошуку шляхів виходу з кризової ситуації та побудови нової моделі охорони здоров'я, наближеної до всесвітніх стандартів охорони здоров'я. Питання реформування системи медичної освіти постали в умовах стрімкого розвитку інноваційних технологій та доказової медицини, впровадження сучасних методів лікування і діагностики захворювань у практику роботи закладів охорони здоров'я, прогресивних інформаційних і сучасних телемедичних технологій, що дають змогу працювати в єдиному світовому професійному просторі. Потреба в оновленні програм підготовки фахівців закладів вищої освіти зумовлена бурхливим розвитком сучасної медичної науки та передових медичних технологій, протоколів і стандартів лікування тощо. Тому, вивчення позитивного досвіду США може бути корисним в умовах реформування системи вищої медичної освіти в Україні.

Історія розвитку медичної освіти свідчить, що освітня програма – це історично опосередкований результат соціальних, політичних та економічних чинників, що впливають на заклади вищої медичної освіти, їхню діяльність та обґрунтовують доцільність розвитку освітніх програм відповідно до запитів суспільства. У США структура, зміст та забезпечення медичної освіти оновлюються суголосно з інноваціями у медичній галузі та появою проблем в системі охорони здоров'я, що потребують нагально вирішення. Перелічені фактори відображають динамічний характер розвитку системи охорони здоров'я та відповідні зобов'язання системи вищої медичної освіти щодо підготовки лікарів, здатних адаптуватися та реагувати на постійно мінливе середовище. Акцентується розвиток навичок сучасного клінічного мислення та прийняття рішень, а також професійна компетентність. Навчання на основі

реальних кейсів, доказова медицина, проблемне навчання, навчання на основі симуляції, онлайн навчання, колегіальне консультування, змішане та командне навчання – серед сучасних методів навчання. Різні методи навчання враховують індивідуальні відмінності навчання студентів, що дає змогу розширити їхні професійні знання, шляхом удосконалення логічного та критичного мислення, тайм менеджменту тощо. Застосування інтегративних підходів сприяє формуванню професійної компетентності, лідерства, які розглядаються як обов'язкові чинники, необхідні для плавної інтеграції у середовище клінічної практики.

Нині підготовка фахівців сфери охорони здоров'я у нашій країні реалізується у закладах вищої медичної та фармацевтичної освіти. Вища медична освіта регулюється Законом України «Про вищу освіту» (2014), «Положенням про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» (МОЗ України, 2021), положенням «Про клінічну ординатуру» (МОЗ України, 1998). Атестація випускників освітньо-професійної програми другого (магістерського) рівня за спеціальністю 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» проводиться у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), порядок здійснення якого визначений Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» (Кабінет Міністрів України, 2018) та Постановою Кабінету Міністрів України від 19.05.2021 № 497 «Про атестацію здобувачів ступеня фахової передвищої освіти та ступенів вищої освіти на першому (бакалаврському) та другому (магістерському) рівнях у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту» (Кабінет Міністрів України, 2021). Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» передбачає зміни у зарахуванні та проходженні інтернатури для тих осіб, які вступили у 2022 році.



Отже, вивчення передумов становлення, розвитку та особливостей системи вищої медичної освіти в США є актуальним в умовах України, яка потребує модернізації освітньої системи, зокрема для забезпечення конкурентоздатності фахівців сфери охорони здоров'я на світовому ринку.

Питання розвитку вищої освіти у США є предметом наукових пошуків вітчизняних науковців: Н. Симоненко (2018), І. Сулим-Карлір (2008) вивчали організацію самостійної роботи студентів; В. Корнієнко (2014), Н. Кіяновська (2021), Л. Манюк (2017) досліджували особливості використання інформаційних технологій у закладах вищої освіти США; Н. Андрущенко (2004), Р. Шаран (2011), Б. Шуневич (2005) охарактеризували організацію дистанційного навчання в університетах США; І. Гушлевська (2004) проаналізувала трансформаційні процеси американської освіти; І. Бондарук (2013), Я. Гулецька (2007), Н. Мукан (2009), М. Нагач (2013), О. Садовець (2010) виокремили питання підготовки педагогічних працівників різного профілю в університетах США; О. Бевз (2010), Н. Яковенко (2016) зосередили увагу на досвіді США в організації роботи з обдарованою молоддю; О. Андрюшина (2013), Т. Олендр (2011) схарактеризували питання моніторингу якості освіти в США; І. Зварич (2016) зосередила увагу на оцінюванні знань студентів ЗВО; Н. Кікіна (2019) проаналізувала особливості розвитку кредитно-модульної системи навчання; Т. Кошманова (2002) – розвиток педагогічної освіти; В. Осадчий (2015) – тенденції розвитку інформаційно-комунікаційних технологій навчання; О. Мілова (2011) – тенденції постмодернізму в освіті США. Окремі аспекти підготовки лікарів у системі вищої медичної освіти висвітлювали Н. Мукан та О. Блавт (2019), Ю. Козловський, М. Пайкуш та Л. Дольнікова (2021), М. Гаврилюк, Л. Дольнікова та М. Пайкуш (2021), Л. Дудікова В., О. Акімова, А. Коломієць, Ю. Остраус (2020), L. Dudikova, I. Melnychuk, K. Hnatyk, K. Fodor, O. Didenko, P. Luzan (2021). Комплексним системним дослідженням медичної освіти в США займаються науковці Т. Хвалибога (2020) та Ю. Гребеник-Козаченко (2016).

Значна кількість американських вчених вивчала історичні, організаційні, методологічні і методичні аспекти вищої, в тому числі медичної освіти США. Наскрізне дослідження історії американської освіти від доколоніальних часів до сучасності представлено у фундаментальній праці американських істориків освіти В. Урбана та Дж. Вагонер (Urban, & Wagoner, 2008). У тісному взаємозв'язку з історичними подіями розглядають становлення освітньої системи США Л. Вебб, А. Меса та К. Джордан (Webb, Metha, & Jordan, 2010). У дослідженнях В. Джейнса (Jeynes, 2007) проаналізовано специфіку розвитку освіти у контексті американської та світової історії. Науковець Дж. Телін (Thelin, 2014) вивчав історію вищої освіти США, зосередившись на аналізі документаційної бази американської освіти. М. Людмерер (Ludmerer, 1999) відомий напрацюваннями у галузі історії медичної освіти в США, зокрема у XIX та XX ст. Його праці зосереджено на формуванні розуміння медицини в широкому інтелектуальному, соціальному та культурному контекстах (Ludmerer, 1999). Питанням сімейної медицини присвячено дисертаційне дослідження М. Лі-Пой (Lee-Poy, 2012), сфокусоване на взаємодії сімейного лікаря та пацієнта. Окрім того, різні аспекти медичної освіти в США вивчали Дж. Бейлі (Bailey, 2013), С. Рітц (Ritz, 2015), М. Малак (Malak, 2017), Л. Янез (Yanez, 2017), К. Салліван (Sullivan, 2018).

На основі аналізу джерельної бази та вивчення українського досвіду щодо розвитку вищої медичної освіти можна виокремити такі суперечності: між станом практики вищої медичної освіти задля забезпечення конкурентоспроможності фахівців та недостатнім рівнем її розвитку; рівнем вищої медичної освіти в Україні та вимогами глобалізованого суспільства; темпами реформування вищої медичної освіти та проблемами матеріально-технічного і ресурсного забезпечення освітнього процесу.

Отже, актуальність дослідження підтверджено результатами аналізу науково-педагогічної літератури та виявленими суперечностями, що й зумовило вибір теми дисертаційного дослідження **«Розвиток вищої медичної освіти в США (XX–XXI століття)»**.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Тема дисертаційного дослідження відповідає науковому напрямку кафедри педагогіки та інноваційної освіти Національного університету «Львівська політехніка» «Теоретико-методичні засади особистісного і професійного розвитку сучасного фахівця в умовах інтеграції у міжнародний освітній простір». Реєстраційний номер: 0121U113179.

Тему роботи затверджено на засіданні Вченої ради Інституту гуманітарних та соціальних наук Національного університету «Львівська політехніка» (протокол №4 від 24.10.2018 р.).

**Мета дослідження** – дослідити особливості розвитку вищої медичної освіти у США та обґрунтувати можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України.

Мета дослідження зумовила необхідність розв'язання таких **завдань**:

1. Охарактеризувати вищу медичну освіту як науково-педагогічну проблему.
2. Виокремити тенденції розвитку сучасної вищої медичної освіти у США на основі ретроспективного аналізу.
3. Охарактеризувати сучасну систему вищої медичної освіти у США.
4. Обґрунтувати можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України.

**Об'єкт дослідження** – система вищої медичної освіти в США (XX–XXI ст.).

**Предмет дослідження** – передумови становлення, тенденції розвитку та особливості реалізації вищої медичної освіти в США (XX–XXI ст.).

**Методологічною основою дослідження** є обґрунтоване використання хронологічного, системного, антропологічного, соціально-педагогічного, діалектичного, інформаційного, структурно-функціонального підходів, що дозволяє виявити інтегративні системні властивості і якісні характеристики

складових системи, дотримання принципів неупередженості. При цьому, важливо врахувати економічні, соціальні, політичні, культурні чинники, що мають вплив на історичні події; виділення в системі освіти та особистості, що розвивається, перш за все, інтегративних системотвірних відношень і зв'язків, аналізу того, що в системі є стійким, а що змінним, що головним, а що другорядним; особистісно-орієнтованих педагогічних технологій.

**Методи дослідження.** Наукове дослідження здійснене із використанням *теоретичних* методів обробки інформації для досягнення поставлених цілей, що охоплюють різні види аналізу – термінологічний, порівняльно-педагогічний, історико-структурний, системно-структурний, порівняння й узагальнення матеріалу; *аналітичного* – емпірично-аналітичний процес дослідження, що зосереджується на декомпозиції цілого, розбитті його на кілька компонентів для визначення причин, сутності та наслідків певних явищ; методів *індукції* (метод переходу від знання окремих фактів до знання загального (аналіз фактів)) та *дедукції* (метод переходу від знання загальних закономірностей до окремого його прояву (аналіз понять)); *емпіричних* – аналіз даних, опис фактичної інформації; *прогностичного* методу – прогнозування розвитку певної галузі і сфер діяльності в сучасних умовах.

**Джерельна база дослідження** охоплює дослідження вітчизняних та іноземних науковців, які аналізують різні аспекти вищої медичної освіти; документацію закладів вищої освіти США та України; світова медична періодика “Academic Medicine” (Академічна медицина), “American Journal of Medicine” (Американський медичний журнал), “Journal of Graduate Medical Education” (Журнал післядипломної вищої освіти), “Jama” (Джама), “Journal of the American Medical Association” (Журнал американської медичної асоціації), “Medical Education” (Медична освіта), “Journal of Medical Education” (Журнал медичної освіти), “Medical Teacher” (Медичний педагог); періодичні видання, матеріали конференцій, присвячені розвитку та стану медичної освіти в США та в Україні; електронні ресурси (електронні версії українських та американських журналів, сайти Американської Медичної Асоціації, медичних

університетів в США та Україні, ліцензійних та екзаменаційних організацій, електронні бібліотеки).

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає у тому, що *вперше досліджено* особливості розвитку вищої медичної освіти у США. Охарактеризовано вищу медичну освіту як науково-педагогічну проблему на основі аналізу історіографії проблеми дослідження (джерела, покладені в основу методології дослідження; джерела, що формують теоретичні засади проблеми дослідження; першоджерела), що відображає її історичний, культурологічний, соціологічний, антропологічний аспекти, та висвітлення проблеми розвитку вищої медичної освіти у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства. Виконано аналіз передумов становлення вищої медичної освіти у США (особливості соціального, економічного, культурного розвитку країни, рівень освіченості та грамотності населення, специфіка розвитку освітньої галузі, полікультурність (філософська, політична, культурна, соціальна, економічна, релігійна тощо) суспільства США). На основі ретроспективного аналізу становлення і розвитку вищої медичної освіти виокремлено тенденції, що характерні її сучасному стану: удосконалення нормативно-правової бази та стандартизація вищої медичної освіти; удосконалення системи управління вищою медичною освітою, в основу якої покладено поєднання механізмів централізації (стратегічний розвиток) та децентралізації (широка автономність закладів вищої медичної освіти); поєднання інструментів державного фінансування із залученням коштів приватних ініціатив, фондів тощо; високий рівень конкуренції між закладами вищої медичної освіти; диверсифікація освітніх програм з метою забезпечення відповідності вимогам професійного середовища, потреб працедавців; інтеграція останніх наукових досягнень в освітній процес, застосування інноваційних методів навчання, інформаційно-комунікаційних технологій тощо, що відповідає інноваціям у медичній галузі). Охарактеризовано сучасну систему вищої медичної освіти у США (зовнішню: домедичну, додипломну медичну, післядипломну медичну та неперервну медичну освіту; внутрішню:

теоретична і практична підготовка з метою формування компетентностей у сфері догляду за пацієнтами, медичних знань, професіоналізму, системної практики, навчання на основі практики, співпраці та комунікації). Обґрунтовано можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України (для керівних кадрів у системі охорони здоров'я України, закладів вищої медичної освіти, професорсько-викладацького складу, здобувачів вищої освіти).

*Уточнено* зміст понять «інтернатура», «резидентура», «додипломна медична освіта» «післядипломна медична освіта», «неперервна медична освіта».

*Удосконалено та розширено* наукове розуміння релевантних понять і термінів у медичній освіті, а також організаційних особливостей та підходів до навчання.

*Подальшого розвитку* набули положення про сучасні параметри університетської освіти, виникнення у вищій освіті нових зразків, норм, орієнтирів та мотивацій, адаптації до нових тенденцій на ринках праці, які потребують постійного оновлення високоспеціалізованих професійних знань у галузі охорони здоров'я, нових форм їх трансляції та використання у навчанні.

*У науковий обіг введено* значний обсяг матеріалів іноземними мовами з досліджуваної проблематики, а також численні факти, ідеї та підходи, актуальні у сфері вищої медичної освіти.

**Практичне значення дослідження** полягає у тому, що матеріали, положення та висновки дисертаційного дослідження можуть бути використані у роботі закладів вищої освіти України під час вивчення дисциплін «Педагогіка» «Порівняльна педагогіка», «Професійна педагогіка», «Історія медицини», курсах підвищення кваліфікації на факультеті післядипломної освіти для викладачів медичних ЗВО.

Результати дослідження, обґрунтовані поняття, а також зібрані дані можуть використовуватися науковцями для проведення подальших компаративно-педагогічних досліджень.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу кафедри педагогіки та інноваційної освіти Національного університету «Львівська політехніка» (довідка № 67012275 від 23.12.2021), кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (довідка № 03/4279 від 19.11.2021), кафедри освіти та управління навчальним закладом Класичного приватного університету (довідка № 822 від 20.10.2021), кафедри латинської та іноземних мов Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол №4 від 18.11.21), кафедри іноземних мов Запорізького державного медичного університету (протокол №4 від 03.11.2021), кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка (довідка № 1192 від 23.11.2021).

**Особистий внесок здобувача.** У працях опублікованих у співавторстві, автору належать: Ісаєва О.С. & Шумило М.Ю. (2018) – аналіз і синтез науково-педагогічної літератури, інтерпретація наукових результатів; Ісаєва О. С., Шумило М. Ю. (2020) – характеристика класифікації засобів ІКТ відповідно до їх методичного призначення, основних напрямів використання інформаційних технологій для формування ІКТ-компетенції; Isayeva O., Shumylo M., & et.al. (2020) – організація та проведення дослідження серед студентів Львівського національного медичного університету щодо результатів навчання та успішності в умовах комбінованого навчання, аналіз та інтерпретація результатів; Shumylo M., Isayeva O., & et.al. (2022) – проведення експериментального дослідження.

**Апробація результатів дослідницької діяльності.** Матеріали дослідження пройшли апробацію на міжнародно-практичних конференціях «Modern educational space: the transformation of national models in terms of integration» (Лейпциг, Німеччина, 2018), «Сучасний вимір психології та

педагогіки» (Львів, Україна, 2019), «Influence of scientific achievements in education on the development of modern society» (Вільнюс, Литва, 2019), «Modern educational space: the transformation of national models in terms of integration» (Лейпциг, Німеччина, 2019), «Multidisciplinary research» (Більбао, Іспанія, 2020), «Topical issues of modern science and education» (Таллінн, Естонія, 2021), «Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні» (Львів, Україна, 2021), «Актуальні проблеми навчання і виховання в умовах інтеграційних процесів в освітньому та науковому просторі (Мукачево, Україна, 2021), під час участі у міжнародному науково-методологічному інтернет-семінарі «Розвиток порівняльної професійної педагогіки у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів» (Київ – Хмельницький, Україна, 2021), участі у науковому стажуванні «Академічна доброчесність: виклики сучасності» (Варшава, Республіка Польща, 2021).

Основні положення і результати дисертаційного дослідження обговорювалися та отримали схвальну оцінку на засіданнях та наукових семінарах кафедри іноземних мов і кафедри педагогіки та інноваційної освіти Національного університету «Львівська політехніка» (2018–2021).

**Вірогідність результатів дослідження** забезпечено аналізом джерельної бази дослідження, зокрема значного обсягу наукової літератури з досліджуваної проблематики, документації університетів США та України; ефективним застосуванням комплексу підходів та методів наукового дослідження відповідно до його мети і завдань; позитивними результатами впровадження матеріалів дослідження у роботу закладів вищої освіти України.

**Публікації.** Основні положення дисертаційного дослідження висвітлено у 22-ох працях (з них – 16 одноосібні): з них 4 статті у фахових виданнях України, 2 статті у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та Scopus, 4 статті – у періодичних фахових виданнях інших держав, 8 тез доповідей – у збірниках матеріалів міжнародних науково-практичних конференцій, 1 тези доповідей на



міжнародному науково-методологічному інтернет-семінарі, 1 тези доповідей у збірнику наукових есе учасників наукового стажування, 2 навчальні посібники.

**Структура та обсяг дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (376 найменувань, з них 255 – іноземними мовами), 9 додатків. Загальний обсяг дисертації складає 292 сторінки, з них 226 сторінок основного тексту, який містить 3 таблиці та 1 рисунок на 5 сторінках.

# РОЗДІЛ 1

## ВИЩА МЕДИЧНА ОСВІТА

### ЯК НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

У першому розділі «Вища медична освіта як науково-педагогічна проблема» висвітлено історіографію проблеми дослідження, а також виконано аналіз ролі і значення вищої медичної освіти у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства.

#### 1.1. Історіографія проблеми дослідження

Загальновідомо, що лікарі належать до однієї з найбільш шанованих професій в усьому світі. Для лікаря важливою є наявність знань, компетентностей, навичок, емпатії, професіоналізму, асертивності, довіри та поваги до пацієнтів. Отже, освіта та досвід – невід’ємні складові для подальшої роботи медика. Попри спільні вимоги до професії, підготовці майбутніх медиків характерна певна специфіка у кожній країні. Здоров’я та благополуччя нації, здебільшого, залежать від лікарських знань, навичок, компетентностей та професіоналізму. Пацієнти покладаються на фаховість та досвід лікарів і надають цим факторам визначальної ваги. Незважаючи на колосальну відповідальність представників цієї професії, стандарти форм та методів навчання і принципи здобування права займатися лікарською діяльністю в різних країнах світу широко варіюють (Шумило, 2019).

Вивчення історичного досвіду розвитку освіти мотивує до використання класичних моделей проведення історико-педагогічних досліджень, представлених у напрацюваннях О. Адаменко (2003; 2013), А. Вихрущ (2011), С. Гончаренка (2008), О. Сухомлинської (2003). Аналіз статистичних джерел і численних архівних матеріалів, наукових досліджень дозволяє стверджувати про необхідність переосмислення сформованих поглядів щодо шляхів розвитку американської системи освіти з метою оцінювання соціальних наслідків освітнього й культурного процесу.

Основою історико-педагогічного дослідження, на думку О. Сухомлинської (2003), 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 посилаються на популярні енциклопедії, антології, хрестоматії, навчальні посібники, підручники, науково-популярну літературу, які не можуть розглядатися як основні наукові джерела. У межах історико-педагогічного дослідження першочерговими є писемні й архівні джерела, розлога система посилянь, критичний аналіз свідчень, наративна форма репрезентації досвіду (Сухомлинська, 2003).

Як зазначає Г. Лесик (2017), 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 (Лесик, 2017). У праці Е. Панасенко (2016) зазначається, що основою історико-педагогічного дослідження та наукового апарату є його концепція. Разом з Е. Панасенко, Т. Хвалибога (2020) розглядає концепцію історико-педагогічного дослідження як систематизовану конструктивну ідею, що сформована в результаті певного способу розуміння та трактування історико-педагогічного явища, феномену, процесу.

У структурі джерельної бази історико-педагогічного дослідження О. Адаменко (2013) виділяє три групи джерел: джерела, що дозволяють розробити методологію дослідження; джерела, що складають теоретичну основу дослідження; першоджерела (Адаменко, 2013). На основі класифікації О. Адаменко, Хвалибога (2020) до першої групи відносить праці вітчизняних та зарубіжних учених, присвячені висвітленню проблем методології історико-педагогічного та порівняльно-педагогічного дослідження. До другої групи – аналітичні статті та міждисциплінарні дослідження вітчизняних і 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 ЗВО, протоколи

засідань координаційно-контролюючих організацій, звіти керівних органів освіти, стенограми нарад, статистичні дані, тексти промов діячів освіти, науки, політики (Хвалибога, 2020).

Як зазначає Е. Лагеманн (Lagemann, 2017), 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, доцільно проаналізувати її теорію та методологію. У цьому контексті наявне історико-педагогічне знання концептуалізується та відображає причинно-наслідкові зв'язки, логічний поступ педагогічної думки, її становлення і розвитку як галузі наукового знання й соціальної практики, що представляє відповідну систему детермінант і закономірностей. Усе різноманіття виховних та освітніх явищ повинно бути синтезовано та об'єднано в цілісність під певним кутом зору (Lagemann, 2017).

У праці М. Арнольд (Arnold, 1932) висвітлено, що при уважному розгляді історико-педагогічне дослідження охоплює кілька аспектів, а саме: історичний – розгляд педагогічного феномену минулого в процесі його генезису й еволюції; культурологічний – у контексті функціонування й розвитку людської культури; соціологічний – як педагогічні явища в контексті історичної динаміки громадських інститутів, соціальних структур і відносин; антропологічний – у контексті дорослішання й розвитку людини в різних історичних умовах, що дає можливість використовувати науковий та дослідницький потенціал цих наук (Arnold, 1932).

Перша медична школа США (нині – приватний Університет Філадельфії) заснована 1765 року на основі об'єднання Коледжу, Академії та Благодійної школи Філадельфії (College, Academy, and Charity School of Philadelphia) (Stevenson, 1997). Цей заклад вважається одним із найстаріших закладів вищої освіти США. Варто зауважити, що підготовка викладачів цього закладу освіти

здійснювалася у Європі, зокрема в Оксфордському університеті, історія діяльності якого сягає XIII ст.

З часом підготовка фахівців для сфери охорони здоров'я у США досягла рівня, що був характерним тогочасному досвіду європейських країн. На початку XXI ст. системи вищої медичної освіти досліджуваної країни охоплює більше 150 закладів медичної освіти, які традиційно називають медичними школами, які реалізують тисячі освітніх програм, організують численні міжнародні проєкти і науково-дослідні програми (DeZee, 2012, p. 521).

До публікації доповіді А. Флекснера 1910 р., медичній освіті у США бракувало спільних стандартів та було чимало недоліків. У XIX ст. медична освіта у США базувалася на одній з трьох основних систем:

- професійне навчання, що передбачало освоєння студентами практичних інструкцій;
- система приватних шкіл, що надавала можливість студентам відвідувати курс лекцій лікарів, котрі були власниками медичних коледжів;
- університетська система, в межах якої освітній процес передбачав поєднання дидактичного та клінічного навчання в університетських лекційних залах та лікарнях.

Ці медичні школи надавали можливість для засвоєння різних галузей медицини, наприклад, остеопатія, гомеопатія, хіропрактика, еkleктика, фізіологія, ботаніка (Rothstein, 1972). Кілька років до публікації доповіді А. Флекснера, надання медичної допомоги значно змінилося, що стало можливим завдяки досягненням у медицині США та інших країнах. Йдеться про відкриття у медичній галузі, зокрема знань про бактерії, що спричиняли поширені інфекційні хвороби (Field, 1970), впровадження методів асептики в хірургії, діагностичних лабораторних процедур у поєднанні з появою клінічної патології як дисципліни (Rosen, 1983), застосування інструментів, таких як офтальмоскоп, ларингоскоп тощо (Rothstein, 1987). Ці досягнення сприяли трансформації лікарень у сучасні наукові заклади. Відкривалися нові лікарні, а існуючі розширювалися, завдяки удосконаленню та широкому використанню

нового обладнання та збільшенню медичного персоналу. Медична освіта теж зазнавала значних змін.

Ім'я А. Флекснера асоціюється із трансформацією медичної освіти у першій половині ХХ ст. Доповідь А. Флекснера 1910 р. (Flexner, 1910) містить опис освітніх програм медичної школи та відповідних для цього ресурсів, а також короткі повідомлення про кожен медичну школу, яку він відвідував. Рекомендації А. Флекснера також стосувалися значних відмінностей в освітніх програмах медичних шкіл, у підготовці студентів та їхній успішності. Для того, щоб краще підготувати студентів до застосування наукового підходу в медичній освіті, він наголошував на необхідності отримання ступеня бакалавра для подальшого вступу до медичної школи. Також А. Флекснер відзначив, що більшість медичних шкіл застосовували досвід організації лекцій для передачі необхідної інформації студентам – майбутнім лікарям. Автор наголошував, що така пасивна форма навчання була неефективною, оскільки мало пов'язана з практикою, та підкреслював, що знання повинні застосовуватися через більш активні форми лабораторного та клінічного досвіду (Flexner, 1910).

Перехід до експериментальної медицини фундаментально змінив медичну освіту. Відкриття медичних лабораторій та університетських навчальних лікарень дало змогу актуалізувати ідею активного навчання в умовах тогочасної медичної освіти, заохочуючи застосування та використання знань для вирішення клінічних проблем (Ludmerer, 1985). А. Флекснер вважав, що лікарів слід навчати мислити як науковців, використовуючи дослідження для вдосконалення практики медицини. Для розвитку навичок варто готувати студентів-медиків вирішувати проблеми через досліди, отже, медичну освіту слід здобувати в університетських аудиторіях та навчальних лікарнях. Зауважмо, що напрацювання дослідника дотепер залишаються актуальними та застосовуються у роботі закладів вищої медичної освіти США.

Реформи А. Флекснера передбачали зменшення кількості ЗВМО і, відповідно, студентів-медиків. Це спричинило брак лікарів, що, своєю чергою, дало поштовх до еміграційних процесів. Зрозуміло, що реформи передбачають

дискусії, залучення фахівців та експертів до їх обговорення. У цьому контексті заслуговує на увагу праця Ч. Боулена (Boelen, 2002). У ній висвітлюються пропозиції автора щодо удосконалення змістового наповнення освітніх програм, актуалізується проблема професійної підготовки майбутніх працівників сфери охорони здоров'я, вперше акцентується увага на питаннях етики та професійної поведінки лікарів, а також пацієнтоцентрованості.

Варто зазначити, що розвиток системи охорони здоров'я США залежить від розвитку економіки і державного фінансування закладів вищої освіти країни. Сьогодні систему професійної підготовки майбутніх медиків у США характеризують стабільність розвитку, високий рівень послуг, що надаються пацієнтам, високий репутаційний рівень тощо. Однак, поряд з цим, їй притаманна така ознака, як неперервне вдосконалення та реформування (Boelen, 2002; Sullivan, 2018). Такий підхід до розвитку вищої медичної освіти трактуємо як постійну потребу, в основу якої покладено розуміння швидкоплинності змін, інтенсивний розвиток знань, можливості застосування сучасних технічних та технологічних інновацій, що безумовно необхідно враховувати під час підготовки майбутніх лікарів.

Проте, від I Світової війни до II Світової війни була поширеною модель А. Флекснера щодо інтеграції догляду за пацієнтом та навчання. Догляд за пацієнтом, дослідження та навчання були взаємопов'язаними, оскільки наукові розвідки здебільшого базувалися на ретельних спостереженнях за пацієнтами, а також дослідницькій роботі у лабораторіях (Cooke, & et.al., 2006).

Незважаючи на численні спроби та наміри реформування, можемо охарактеризувати загальну структуру системи вищої медичної освіти у США, як традиційну: «базовий університет (коледж), медичний коледж (школа), резидентура та спеціалізація» (Манюк, 2017, с. 64). Традиційно підготовка лікаря здійснюється в умовах медичних шкіл та коледжів університетів. Згідно з інформацією, представленою Американською медичною асоціацією (American Medical Association – AMA), загальний термін навчання майбутнього лікаря охоплює 11–16 років, поділених на такі послідовні хронологічні етапи:

1) «період домедичного (pre-medical) чотирирічного навчання в коледжі чи університеті та отримання ступеня бакалавра наук, що є обов'язковою умовою для вступу до медичної школи, 2) чотири роки навчання в медичній школі, після закінчення якої студенти-медики отримують професійну кваліфікацію «доктор медицини» (MD), 3) від трьох до восьми років резидентури, під час якої відбувається спеціалізація майбутніх лікарів» (Манюк, 2017, с. 65).

Тут варто зауважити, що традиційно резидентуру розуміють як складову підготовки майбутнього лікаря, що реалізується за межами університетського навчання, оскільки не підпорядковується керівництву закладів вищої освіти. Керівництво кафедр має абсолютну автономію у вирішенні питань щодо відбору змісту навчання, організації освітнього процесу та практики (DeZee, 2012).

Отже, повна вища медична освіта у США передбачає завершення освітньо-професійної програми першого (бакалаврського) рівня, отримання професійної кваліфікації та повної вищої освіти з урахуванням резидентури. Навчання, зазвичай, не закінчується після резидентури або аспірантури. Далі продовжується період неперервної медичної освіти, що спрямована на оновлення та поглиблення системи знань лікарів, удосконалення їхніх умінь і навичок, підвищення кваліфікації, освоєння нової спеціалізації, що підтверджується нарахуванням кредитів (American Medical Association, 2021).

Відповідно до нормативних документів Американської ради медичних спеціальностей (American Board of medical specialties) передбачено додаткові іспити, успішне складання яких дозволяє отримати ліцензію, що необхідна для лікарської практики. Специфікою тут є те, що кожен штат має власну систему ліцензування і вимагає складання відповідного іспиту, що дає право на подальшу практику на його території. 24 спеціалізовані ради Американської ради медичних спеціальностей здійснюють добровільну сертифікацію лікарів, що засвідчує їхній професіоналізм, проте існують особливості щодо тривалості дії сертифікату (6–10 років) залежно від спеціалізації лікаря (American Board of Medical Specialties, 2021).



У 2001 р. Інститут Медицини (Institute of Medicine) опублікував доповідь «Нова система охорони здоров'я у XXI ст.» (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Комітет, що проводив дослідження, виявив значні недоліки та закликав до створення нової системи, що базувалася б на шести цілях для досягнення якості: безпека, вчасність, ефективність, виконавчість, рівність та пацієнтоцентризм (Safety, Timeliness, Effectiveness, Efficiency, Equity and Patient-Centeredness – STEEEP). Прийнято рішення, що, передусім, медична освіта потребує значних реформ. У 2002 р. проведено Саміт з питань медичної освіти (Health Professions Education Summit), під час якого запропоновано нове бачення професійної освіти, а саме – усі медичні фахівці повинні вміти надавати медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта, як члени міждисциплінарної команди, наголошуючи на доказовій практиці, підходах до покращення якості та інформатиці (Lawley, & et.al., 2005).

2013 р. Американська медична асоціація започаткувала проєкт «Медична школа майбутнього» з метою запровадження змін і модернізації навчальних планів закладів вищої медичної освіти. Завдяки зусиллям тридцяти двох закладів (Accreditation Council on Graduate Medical Education, 2021) ініційовано Консорціум пришвидшення змін у медичній освіті. Як свідчать дані Американської медичної асоціації, 2015 р. навчальні плани оновлено, зокрема йдеться про удосконалення їхньої структури, збільшення обсягу практичної підготовки від початку навчання, в основу якої покладено надання медичних послуг пацієнтам в умовах Центрів симуляції з першого року навчання (American Medical Association, 2021).

Консорціум пришвидшення змін у медичній освіті серед основних цілей удосконалення медичної освіти виокремлює проблему широкого застосування інноваційних технологій у процесі підготовки майбутніх медиків, що видається логічним та доцільним. Реалізації цієї мети сприяють напрацювання членів Консорціуму, до яких належать Гарвардський, Стенфордський, Каліфорнійський, Вашингтонський, Нью-Йоркський, Мічиганський, Чиказький,

Пенсільванський університети тощо (Turner, Gregg, & Scarborough, 2020). Діяльність цих закладів вищої медичної освіти (ЗВМО) «спрямована на модернізацію освітнього процесу, використання новітніх технологій (електронне навчання, телемедицина, мобільні технології), впровадження освітніх інновацій у навчальні плани з метою підготовки компетентних, стресостійких, упевнених, допитливих, цілеспрямованих лікарів» (Манюк, 2017, с. 67). Серед програмних результатів освітніх програм – «формування навичок роботи в команді, проведення лікування з урахуванням потреб та особистості пацієнта (patient-centered care)» (Манюк, 2017, с. 67). Обов'язковим компонентом навчальних планів є практична діяльність з пацієнтами: «спостереження за реальними хворими і медично-консультаційна практика зі стандартизованими пацієнтами (СП) та віртуальними пацієнтами (ВП)» (Манюк, 2017, с. 67).

Консорціум пришвидшення змін у медичній освіті об'єднує авторитетні ЗВМО (медичний коледж Чиказького університету, школа медицини та медичних наук Університету Північної Дакоти, медична школа Університету Індіани тощо). Як свідчить досвід сучасних ЗВМО, в освітній діяльності серед інновацій застосовуються симуляційні лабораторії, електронні бази даних пацієнтів, устаткування, що використовується у телемедицині, технології мобільного навчання, віртуальні щоденники тощо (American Medical Association, 2021). Ще однією перевагою в освітньому процесі є те, що до його реалізації залучаються експерти медичної галузі, які власне й навчають студентів послуговуватися новими технологіями у професійній діяльності.

З метою аналізу досвіду закладів вищої медичної освіти у США вважаємо за необхідне виокремити ті з них, які займають перші позиції у різноманітних рейтингах закладів вищої освіти, що відображають досягнення у наукових дослідженнях. Зокрема, це рейтинг найкращих медичних шкіл (Best Medical Schools: Research). Не менш важливе значення має рейтинг ЗВМО, що оцінюється за якістю медичних послуг, що їх надають випускники (Best Medical

Schools: Primary Care). Також ми звернулися за інформацією до рейтингу (World University Rankings), зокрема за спеціальністю «Медицина».

Якщо перші два рейтинги є вузькоспеціалізованими, то World University Rankings – це комплексна оцінка діяльності ЗВО, де беруться до уваги такі показники, як «навчальні досягнення, працевлаштування та наукові дослідження на основі індексу Гірша закладу та цитувань з розрахунку на одну наукову працю» (Манюк, 2017, с. 68). У контексті нашого дослідження ми звернулися до інформації про заклади вищої освіти, що належать до «Ліги Плюща» (Ivy League) та вважаються найкращими ЗВО у країні дослідження.

Важливо зазначити, що креативність, інноваційність, співпраця та вміння вирішувати проблеми є серед основних вимог щодо професіоналізму майбутнього лікаря, як особистості та фахівця XXI ст. (Shumylo, & et al., 2022).

Науковці описують креативність як «здатність до значних творчих досягнень» (Craft, & et al., 2008), а різноманітні можливості для використання потенціалу творчості в освіті формують основу для нових досліджень, що передбачають творче та критичне мислення студентів (Runco, & Jaeger, 2012). Компоненти творчості охоплюють знання, інтелектуальні здібності, бажаний стиль мислення, риси особистості, мотивацію та оточення. Не слід забувати, що «творчість можна визначити як створення ідеї чи продукту, які є інноваційними та значущими. Дослідження творчості відіграють важливу роль у тому, щоб максимально використати самосвідомість і розширити людські можливості» (Lafferty, 2004, p. 43).

Уважаємо, що творчість пов'язана з ефективністю таких життєвих навичок, як критичне мислення, виявлення проблем і спілкування. Комунікативні навички є невід'ємною складовою навчання, яке сприяє розвитку ефективного мовлення та активного слухання, що є важливим для студентів-медиків. З інтенсивним розвитком інформаційних технологій та нових медіа-технологій процес комунікації ускладнився і спростився водночас. Проте, безперечним є факт, що наявність комунікативних навичок сприяє працевлаштуванню, а також є важливим інструментом для формування

трудових відносин. Спілкування можна визначити як: обмін думками, ідеями, питаннями; знаходження рішень; вивчення різних точок зору. Тут моделі спілкування поділяються на письмові, вербальні, невербальні; чітке спілкування тощо (Shumylo, & et al., 2022).

Нині медичні університети США демонструють позитивний досвід щодо застосування інформаційно-комунікаційних технологій у процесі підготовки майбутніх медичних працівників. Тут стрімко розвивається мережеве навчання із залученням Інтернет-технологій і мобільних засобів зв'язку (Cook, 1993; Ruiz, 2006). Інформація про усі види діяльності ЗВМО, зокрема освітню, наукову, міжнародну висвітлюється на офіційному сайті, на сторінках соціальних мереж, а також у віртуальному навчальному середовищі.

До провідних закладів освіти, що здійснили вагомий внесок у розвиток галузі, належать Мічиганський університет, Гарвардський університет, Вашингтонський університет тощо. Варто зауважити, що серед американських ЗВО, що сприяли інтенсифікації інформатизації медичної освіти, є Вісконсинський університет, університети Огайо та Іллінойс.

У першій декаді другого тисячоліття електронне навчання вважалося основним напрямом досліджень у галузі медичної освіти (Ellaway, 2008), а увага науковців була прикута до проблеми використання віртуального навчального середовища, мобільних додатків тощо.

ІКТ активно впливають на процес навчання і виховання студентів, що дає змогу вдосконалити систему методів навчання та передачі знань. Окрім впливу ІКТ на освітні технології, упровадження їх у систему вищої освіти забезпечує можливості для використання нових методів навчання. Вони пов'язані з використанням комп'ютерів та телекомунікацій, спеціального обладнання, апаратних та програмних засобів, а також систем обробки інформації; створенням нових навчальних засобів і збереженням інформації, до яких належать мультимедіа та електронні підручники; архіви й електронні бібліотеки; інформаційно-довідкові та пошукові системи, глобальні освітні мережі (Ісаєва, & Шумило, 2020).

Зрозуміло, що застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій має свої переваги та недоліки, проте їх стрімкий розвиток дає поштовх до розвитку нових технологій навчання, удосконалення та оновлення методики викладання навчальних дисциплін, розширює можливості і для здобувачів освіти, і для професорсько-викладацького складу. Розуміючи нагальність та актуальність проблеми впровадження новітніх інформаційно-комунікаційних технологій у вищу медичну освіту, Міжнародна асоціація медичної освіти запропонувала «Методичні рекомендації з е-навчання в медичній освіті», розроблені у співпраці теоретиків та практиків у галузі медичної освіти (AMEE Guide to e-Learning in Medical Education), в яких розглянуто концепти «е-навчання», «е-викладання» та «е-оцінювання» (Ellaway, 2008, p. 455).

Беручи до уваги специфіку медичної професії, сучасні інформаційно-комунікаційні технології не можуть замінити очне навчання у повному обсязі. Це пов'язано із потребою проведення навчання у невеликих групах, під час яких майбутні медики навчаються здійснювати огляд пацієнтів, виконувати різноманітні маніпуляції, що потребують безпосереднього контакту із пацієнтом. Зазвичай, така практика може бути реалізована безпосередньо у Центрах симуляції. Однак, сьогодні в американській вищій медичній освіті все більшої популярності набуває застосування потенціалу віртуальної реальності, моделей-симуляцій тощо. Такі новації стають предметом наукових розвідок теоретиків та практиків, які виокремлюють дві основні тенденції, що характеризують розвиток вищої медичної освіти на сучасному етапі: широке використання масових відкритих онлайн курсів – МВОК (Massive Open Online Courses – MOOCs), а також застосування різноманітних пристроїв у процесі навчання (DeZee, 2012; Columbia University, 2020).

До основних ознак МВОК належать: масовість (кількість студентів на курсі може бути більше тисячі); доступність (відкритий доступ для користувачів Інтернету); застосування Інтернет-технологій, що дозволяють організувати навчання виключно в онлайн форматі.

Університети, що формують Лігу Плюща, пропонують здобувачам освіти курси хМВОК, аббревіатура назви яких позначає перші літери англійських слів: досконалість (excellence), поширення, масштабність (expansion) та зовнішній доступ (external outreach). До найвідоміших платформ (програм для побудови та реалізації) для хМВОК належать Coursera та edX. Зокрема, скориставшись потенціалом платформи Coursera, стає доступним освоєння таких курсів, як «Основи фізіології людини», запропонований Д'юкським університетом; «Прийняття медичних рішень» Каліфорнійського університету тощо. Аналіз курсів, що розміщені на платформі edX, свідчить, що тут пропонується курс «Основи клінічного обстеження», розроблений викладачами Гарвардського університету.

Заслуговує на увагу досвід провідних медичних закладів освіти США, які використовують онлайн курси, розміщені на платформах Coursera та edX, як додаткові ресурси, що дозволяють доповнити змістове наповнення курсів, що викладаються в офлайн форматі. Також, одним із здобутків використання курсів, що розміщені на платформах Coursera та edX у практиці підготовки майбутніх медиків, вважаємо можливість залучення до неї провідних фахівців з різних країн світу, що безперечно має позитивний вплив на забезпечення якості вищої медичної освіти. Розуміючи актуальність та доцільність використання хМВОК, Американська рада освіти акредитувала чотири курси МВОК на платформі Coursera, кредити за які можуть зараховуватися у ЗВМО. Також успішне проходження та завершення таких курсів зараховується як підвищення кваліфікації медиків (American Medical Association, 2021).

Наявність і доступність навчального матеріалу в Інтернеті, використання якого спершу було можливим лише у ЗВО, ускладнює роботу викладачів. Такі матеріали розміщено на платформах для масових відкритих онлайн курсів (МВОК), що розглядаємо як загальнодоступне поширення навчального контенту за межами ЗВМО (Hortsch, 2015). «Кількість таких навчальних курсів збільшується з кожним роком. Проте, відсутні критерії розроблення та оцінювання їхньої якості, що вимагає проведення прагматичного

систематичного аналізу зв'язків між змістом, механізмами дії та кінцевими результатами навчання за допомогою курсів» (Манюк, 2017, с. 75). Ми суголосні з вітчизняною дослідницею Л. Манюк (2017), що однією з ключових проблем дослідників, що студіюють проблему застосування Інтернет-технологій у галузі вищої медичної освіти, є «оцінювання ефективності електронного та веб-доповненого навчання, визначення» їхніх переваг, порівняно з традиційними методами навчання, та умов чи «обставин, за яких навчальні результати, пов'язані з їх використанням, ефективно підвищуються. Заохочення та залучення студентів до навчання засобами Інтернет-технологій у США є об'єктом досліджень багатьох науковців» (Манюк, 2017, с. 75).

На основі результатів аналізу праць зарубіжних дослідників (Wong, Greenhalgh, & Pawson, 2010; Daetwyler, 2010; Rogers, 2003, Stevenson, 1997) виокремлено основні переваги застосування сучасних Інтернет-технологій та інформаційно-комунікаційних технологій у вищій медичній освіті. До них відносимо доступність навчального контенту, незалежно від часових та просторових обмежень; актуальність, достовірність, чітка структурованість та логічність викладу навчального матеріалу; можливість та зручність у виборі власного темпу навчання, що спонукає здобувачів освіти до самоконтролю та самоорганізації; забезпечення фінансової доступності онлайн курсів; використання сучасних інтерактивних методів навчання й комунікації тощо.

Зауважимо, що ці переваги покладено в основу моделі дизайну веб-доповнених навчальних курсів, що сприяють залученню студентів-медиків до їх використання. Погоджуємося з Л. Манюк (2017), що об'єктивність оцінювання МВОК студентами складає предмет сучасних науково-педагогічних досліджень. Авторка наголошує, що «студенти по-різному реагують на зміст навчального матеріалу, однак є певні закономірності, що стосуються особливостей дисциплін, для яких укладаються навчальні курси (НК), викладачів, які курують курси, необхідних технічних засобів, місця та часу» (с. 76). Варто зауважити, що студенти надають перевагу НК, які доповнюють вивчення навчальних дисциплін, що потребують значного

застосування демонстраційних матеріалів, передбачають використання різних засобів комунікації, зумовлюють потребу у використанні інтерактивних засобів навчання (De La Vega, 1996). «Окрім цього, навіть дуже низькоякісні технічні засоби не впливали на мотивацію студентів, якщо МВОК були унікальною можливістю навчальної взаємодії з експертом, особливо у випадку неможливості та труднощів особистого контакту через хворобу, відстань або утруднений доступ» (Манюк, 2017, с. 76).

На наше переконання, оцінювання ефективності та якості МВОК слід здійснювати на основі аналізу їхнього змістового наповнення, методів навчання та видів завдань, що пропонуються до виконання здобувачам освіти, а також їх взаємопов'язаність та взаємозумовленість меті і завданням курсу, задекларованим результатам навчання (Cook, 1993; Wong, 2010).

Комплексне використання потенціалу централізації (стандартизація вищої медичної освіти) та децентралізації (автономність закладу вищої медичної освіти щодо розвитку унікальних освітньо-професійних програм) у розвитку вищої медичної освіти у країні дослідження дозволяє реалізувати в повному обсязі принципи доступності, відкритості, гнучкості, зорієнтованості на сучасного студента, його інтереси, потреби суспільства і запити ринку праці, а також забезпечує можливість поєднання кращих зразків практики навчання в онлайн та офлайн форматах.

Важливе практичне значення для подальших перспектив розвитку та вивчення теоретичних і прикладних аспектів різних галузей педагогічної науки має ретроспективний аналіз окремих проблем педагогічної теорії і практики.

Питанням удосконалення підготовки медичних працівників приділяється постійна увага вітчизняних науковців, а саме: О. Адаменко (2013), О. Сухомлинська (2003) сформулювали методологічні принципи з акцентом на тому, що первинна інформація повинна бути достовірною, походити з кількох джерел, взаємодоповнюючою, відображати усі аспекти предмету дослідження тощо. Праці С. Гончаренка (2008), В. Кременя (2020), Н. Ничкало (2010),



О. Сухомлинської (2003) подають загальне розуміння закономірностей розвитку історико-педагогічної науки.

У контексті нашого дисертаційного дослідження науковий інтерес становлять праці таких дослідників: Н. Симоненко (2018), І. Сулим-Карлір (2008) вивчали організацію самостійної роботи студентів; В. Корнієнко (2014), Н. Кіяновська (2021), Л. Манюк (2017) досліджували особливості використання інформаційних технологій у закладах вищої освіти США; Н. Андрущенко (2004), Р. Шаран (2011), Б. Шуневич (2005) охарактеризували організацію дистанційного навчання в університетах США; І. Гушлевська (2004) проаналізувала трансформаційні процеси американської освіти; І. Бондарук (2013), Я. Гулецька (2007), Н. Мукан (2009), М. Нагач (2013), О. Садовець (2010) виокремили питання підготовки педагогічних працівників різного профілю в університетах США; І. Боднарук (2013) зосередилася на висвітленні досвіду професійної підготовки соціальних працівників; О. Бевз (2010), Н. Яковенко (2016) зосередили увагу на досвіді США в організації роботи з обдарованою молоддю; О. Андрюшина (2013), Т. Олендр (2011) схарактеризували питання моніторингу якості освіти в США; І. Зварич (2016) акцентувала увагу на оцінюванні знань студентів; Н. Кікіна (2019) присвятила наукову розвідку аналізу розвитку кредитно-модульної системи навчання; Т. Кошманова (2002) – розвитку педагогічної освіти; В. Осадчий (2015) – тенденціям розвитку інформаційно-комунікаційних технологій навчання; О. Мілова (2011) – тенденціям постмодернізму в освіті США.

Детально проаналізуємо результати вітчизняних дисертаційних праць, які релевантні в межах нашого наукового пошуку. О. Стойка (2013) розглянула трансформаційні процеси у вищій школі США впродовж останніх десятиліть і розкрила сутність основних реформ, які стосувалися нових видів фінансової допомоги студентам (гранти для студентів з малозабезпечених сімей, збільшення суми грантів Пелла, реформа студентських позик тощо); підготовки абітурієнтів до вступу у заклади вищої освіти; 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 освітніх програм. Науковцем здійснено типологію інституційних перетворень у вищій школі США» і чинних моделей управління трансформаціями, обґрунтовано основні шляхи творчого використання досвіду США в освітніх реаліях України (Стойка, 2013, с. 10).

О. Калініна (2015) аналізувала систему управління якістю освіти у закладах вищої освіти США. Наукова праця присвячена аналізу системи керування якістю освіти у ЗВО США, де узагальнено теоретичні й організаційні засади управління якістю освіти, зосереджено увагу на основних підходах до управління якістю вищої освіти, які представлено в ретроспективі й сучасній інтерпретації.

Науковець виявила, що інституційний рівень управління є головним у системі управління якістю вищої освіти в США, оскільки характеризується децентралізованим характером. Інституційна система управління якістю будується на основі моделей управління, адаптованих до умов вищої освіти. Вона виступає інструментом для самооцінки ЗВО, 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 покращення. Для українських ЗВО науковець пропонує застосування систем управління якістю освіти на базі моделей, зорієнтованих на постійне вдосконалення якості освіти, удосконалення взаємодії ЗВО з соціальною інфраструктурою, підвищення професійного рівня управлінських кадрів у галузі освіти, формування стійкої культури якості, забезпечення доступності й відкритості інформації про інституційну діяльність (Калініна, 2015).

Дисертаційну роботу Н. Пацевко (2004) присвячено комплексному аналізу розвитку теорії та практики навчання в США і визначено основні фактори, які

вплинули на розвиток теорії та практики навчання в цій країні, тенденції розвитку дидактичної думки в США, виділено й схарактеризовано основні етапи становлення та розвитку теорії і практики навчання в США першої половини ХХ ст.; досліджено вплив теоретичних педагогічних концепцій на розвиток практики навчання. До найбільш важливих тенденцій розвитку теорії та практики навчання в США дослідниця відносить: домінування філософії прагматизму та соціал-конструктивізму; демократизацію та гуманітаризацію освітнього процесу; усвідомлення дитини як активного учасника процесу навчання, що отримує знання в результаті реконструкції власного досвіду у взаємодії із навколишнім світом, на підставі практичної діяльності; застосування наукового підходу 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 (Пацевко, 2004).

У дисертаційній роботі Т. Олендр (2011) аналізує систему моніторингу якості природничо-наукової освіти в університетах США. Науковець обґрунтовує основні етапи розвитку моніторингу вищої освіти США; визначає його структуру та особливості проведення в процесі професійної підготовки фахівців природничо-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, види, напрями, рівні, етапи, методи та форми організації моніторингу. Виокремлено прогресивні ідеї американського досвіду щодо проведення моніторингу якості освіти, які можна рекомендувати при реформуванні вищої освіти в Україні (Олендр, 2011).

Заслужують на дослідницьку увагу у контексті нашого дослідження результати, отримані І. Зварич (2008). Так, вагомим доробком дисертаційного дослідження вважаємо те, що авторка характеризує історико-педагогічні основи

оцінювання якості освіти в США і визначає педагогічні принципи оцінювання рівня якості знань студентів, виконує аналіз педагогічних підходів до стандартизованого оцінювання знань студентів. У науковій розвідці виявлено його особливості за умов практично-навчальних ситуацій. Вагомим внеском авторки у сучасну педагогічну науку є розроблення рекомендацій щодо оцінювання знань студентів в українських закладах освіти. «На основі порівняльно-педагогічного аналізу встановлено важливу роль підходів до стандартизації процесу оцінювання знань студентів у ЗВО, що забезпечують об'єктивність, обґрунтованість, науковість «і переконливість діагностики якісних показників професійної підготовки студентів» (Зварич, 2008, с. 17).

Дисертація В. Тименко (2005) присвячена висвітленню педагогічних засад соціальної роботи зі студентською молоддю в сучасних ЗВО США. На підставі вивчення літературних джерел і документів США дослідник аналізує суспільні вимоги до суб'єктів управління соціальною роботою зі студентською молоддю; характеризує теоретичні основи соціальної роботи зі студентською молоддю; висвітлює «американський досвід надання соціальної допомоги студентській молоді в умовах ЗВО; виявляє основні тенденції в системі професійної підготовки соціальних працівників до роботи зі студентською молоддю» в США (Тименко, 2005).

Я. Гулецька (2008) дослідила теоретичні основи полікультурної освіти студентської молоді в сучасних університетах США. Науковець сформулювала концептуальні підходи до визначення сутності поняття «полікультурна освіта», визначила специфіку її генезису у США (1960-ті рр. – сьогодення), проаналізувала особливості полікультурної освіти студентів педагогічних факультетів в університетах США. Дослідниця визначила зміст, форми та методи підготовки студентів до професійної діяльності у полікультурному середовищі. Авторкою вивчено фактори, що здійснюють суттєвий вплив на формування і розвиток полікультурної компетентності здобувачів вищої освіти у США (Гулецька, 2008). Авторка довела, що полікультурна освіта студентів є засобом формування загальнолюдських цінностей молоді, умінь жити в

полікультурному суспільстві та вирішувати глобальні проблеми людства (Гулецька, 2008).

О. Малярчук (2010) вивчає особливості організації дистанційного навчання в університетах США. Авторка аналізує основні передумови розвитку дистанційного навчання у контексті постіндустріального суспільства і його характерні особливості, подає «характеристику 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 ЗВО України» (Малярчук, 2010).

Дисертаційне дослідження М. Шутової (2005) присвячене всебічному вивченню специфіки реалізації реформ, що характерні розвитку загальної середньої освіти в США у другій половині ХХ ст. Авторка визначає філософсько-методологічну основу розвитку загальної середньої освіти в США, здійснює періодизацію цього етапу в історії американської освіти. Дослідниця схарактеризувала «суперечності розвитку загальної середньої освіти в США, що зумовили необхідність реформ, визначила стратегічні завдання стандартизації, диференціації й гуманізації шкільної освіти США, проаналізувала концептуальні засади її модернізації. Авторка здійснює порівняльно-педагогічну характеристику основних тенденцій розвитку американської та української шкільної освіти в контексті входження в світовий освітній простір, описує досвід творчого застосування позитивного американського досвіду реформування шкільної освіти в Україні» (Шутова, 2005).

Об'єктом дослідження Ю. Правдівцевої (2008) стала генеза загальної середньої освіти США. Авторка здійснює спробу висвітлити етапи історичного розвитку системи загальної середньої освіти США в період передінформаційного суспільства – кінця XIX ст. – 80-і рр. XX ст., виділяє специфічні для періоду аспекти змін та реформ, які дозволяють скласти певне уявлення про переваги та недоліки на шляху формування чинної моделі освітньої програми для американської нації (Правдівцева, 2008).

Дисертаційне дослідження О. Єгорової (2016) присвячене питанням розвитку позашкільної освіти в США. Авторка здійснила аналіз теоретичних основ проблеми дослідження, схарактеризувала історико-педагогічний генезис функціонування й розвитку американської позашкільної освіти, розкрила сучасні організаційно-педагогічні засади позашкільної освіти в США за нормативно-правовою, структурно-організаційною, освітньою, кадрово-педагогічною та фінансово-матеріальною складовими (Єгорова, 2016).

Не менш важливе значення відводиться дослідженню американського досвіду забезпечення освітніх можливостей для індивідів із особливими освітніми потребами. Власне Т. Фаласеніді (2016) аналізує особливості розвитку та надання педагогічної підтримки учням із гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США, окреслює перспективи впровадження прогресивних ідей зарубіжного досвіду в Україні. Учена характеризує сучасну систему інклюзивної освіти в США, висвітлює специфіку її реалізації для учнів з гіперактивним розладом через надання педагогічної підтримки в загальноосвітній школі, аналізує роль і значення індивідуальної освітньої програми для учнів з гіперактивним розладом (Фаласеніді, 2016).

У працях М. Шутової (2005), Ю. Правдівцевої (2008), О. Єгорової (2016), Т. Фаласеніді (2016) висвітлено закономірності розвитку освіти в США, що зумовили необхідність реформ, та досліджено концепції й ідеї щодо її удосконалення. Автори, на основі засад компаративної педагогіки, виокремили спільне та відмінне у вітчизняному та американському досвіді з метою прогностики розвитку освіти у XXI ст.

Проблемам розвитку медичної освіти в зарубіжних країнах присвячено дослідження Г. Кліщ (2018), В. Москаленко (2013), І. Паламаренко (2014), Ю. Поляченко (2005) (медична освіта в Німеччині та Австрії), Л. Логуш (2014) (медична освіта в ЄС), О. Альперн (2011), О. Копанської (2008) (медична освіта в Польщі).

Комплексним системним дослідженням медичної освіти в США займаються науковці Т. Хвалибога (2020) та Ю. Гребеник-Козаченко (2016). Дослідники аналізують теоретичні, методологічні, організаційні, управлінські аспекти підготовки лікарів у ЗВМО США (Хвалибога (2020)). Авторка здійснює дослідження в межах XVII – початку XXI ст., аналізує досвід професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США, що охоплює обґрунтування теоретичних і практичних засад проблеми, розробку авторської періодизації розвитку медичної освіти в США, виокремлення особливостей додипломної та післядипломної підготовки професорсько-викладацького складу закладів вищої медичної освіти, що здійснюють підготовку майбутніх лікарів у США (Хвалибога, 2020).

Не менш важлива роль досліджень, що присвячені висвітленню особливостей формування компетентностей сучасного лікаря. Так, організація освітнього процесу та методична специфіка формування комунікативної культури студентів-медиків у Великій Британії та США стали науковим доробком Ю. Гребеник-Козаченко (2016). Дослідження охоплює період від 80-х – 90-х років XX ст. до початку XXI ст. Увагу сфокусовано на формуванні комунікативної культури студентів у 30 медичних коледжах, що розташовані на території всіх адміністративних одиниць Великої Британії (Англії, Шотландії, Північної Ірландії та Уельсу), і в 30 медичних коледжах у різних штатах США. Визначено можливості творчого використання елементів прогресивного американського та британського досвіду щодо формування комунікативної культури студентів у медичних коледжах України. Розроблено модель формування комунікативної культури студентів медичних коледжів, яка

ґрунтується на діалектичному поєднанні підходів, запропонованих вітчизняними і зарубіжними науковцями.

Посилаючись на дослідження, що вивчають проблеми розвитку вищої медичної освіти, ми виокремили певні доробки вчених, у яких висвітлено питання вищої медичної освіти в США. Досвід підготовки сімейних лікарів за кордоном, а саме в США, аналізує у своїх працях Г. Стечак (2014), а дисертаційна робота авторки (Стечак, 2017) спрямована на обґрунтування педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, як актуальної проблеми сучасної педагогічної науки, та визначення методологічних підходів до її реалізації в медичних університетах. У роботі особлива увага приділена змістовому компоненту педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, які співпрацюють з пацієнтами і повинні володіти відповідними вміннями і навичками; трактуванню поняття «педагогічна компетентність сімейного лікаря» (Стечак, 2017).

Питанням формування комунікативної культури майбутніх медсестер у медичних коледжах США присвячено наукові розвідки Ю. Гребеник (2014). Авторка аналізує та порівнює комунікативні аспекти навчальних планів і програм медичних коледжів США (Гребеник, 2014). Досвід організації додипломної медичної освіти у США та перспективи його впровадження в Україні досліджують Ю. Чайковський та Л. Хламанова (2015). Правові аспекти професійної підготовки лікарів у США досліджено в працях Я. Радиш та П. Кузьмінського (2013). Автори висвітлюють теоретичні засади й практичні підходи до оптимізації системи державного управління правовою підготовкою медичних працівників в Україні на основі досвіду США (Радиш, & Кузьмінський, 2013).

Узагальнюючи бібліографічні матеріали, варто зауважити, що значна кількість дослідників вивчала історичні, організаційні, методологічні і методичні аспекти вищої медичної освіти. Зокрема, досліджено історичний розвиток та сучасний стан функціонування й реформування системи підготовки майбутніх лікарів у Європі Б. Гастел (Gastel, 1995). Реформи підвищення якості



в медичній галузі Великої Британії вивчали Дж. Джонстон (Johnstone, 1984), В. Малінсон (Mallinson, 1980), Т. Свонвік (Swanwick, 2013). Вища медична освіта у США є предметом вивчення таких науковців, як К. Чест (Chest, 2013), А. Сікурел (Cicourel, 1981), Е. Пенья-Долгун (Peña Dolhun, 2003). Автори розглянули проблеми розроблення навчальних планів для студентів медичного профілю (Thomas, Kern, Hughes, & et al., 2011), формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів (Duffy, Gordon, & Whelan, 2004; Freeman, 1971), оптимізацію взаємин між лікарем і пацієнтом (Korsch, Gozzi, & Francis, 1968; Reynolds, 2009), розвиток лідерських якостей у медичній професії (Stephens, 2011). Науковці ретельно розглядають окремі тенденції, аспекти, проблеми та особливості професійної підготовки лікарів у США. Наскрізне дослідження історії американської освіти від доколоніальних часів до сучасності представлено у фундаментальній праці американських істориків освіти В. Урбана та Дж. Вагонер (Urban, & Wagoner, 2008). Аналізуючи основні етапи, автори висвітлюють особливості кожного з них на основі встановлення взаємозв'язку із подіями, що мали місце в історії розвитку країни та світу загалом. Це перше масштабне дослідження, що присвячене вивченню традицій (в тому числі й освітніх) корінних народів США, зокрема індіанців. Зауважимо, що актуалізовані питання освіти національних меншин та жінок. Важливість дослідження також полягає в тому, що значну частину уваги сфокусовано на вивченні основних суперечностей американської освіти XXI ст. (Urban, & Wagoner, 2008). Логічним та виправданим вважаємо дослідження розвитку освіти країни у контексті її становлення та історичного розвитку як держави. Л. Вебб, А. Меса та К. Джордан (Webb, Metha, & Jordan, 2010) подають власний погляд на розвиток освіти у контексті інтерпретації знакових історичних подій.

Досліджуючи історію американської освіти, Д. Боерс (Boers, 2007) аналізує еволюцію американської освіти з 1630 р. до теперішнього часу. Науковець висвітлює питання впливу ідеології на розвиток освіти й використання потенціалу освіти на формування світогляду окремих громадян та суспільства в цілому. Автор виокремлює філософію, політику, економіку, соціальні науки та

релігію, що характеризують суспільство на певному етапі його розвитку, а також їх вплив на розвиток освіти у країні (Boers, 2007).

У фундаментальному дослідженні В. Джейнса «Історія американської освіти» (Jeunes, 2007) проаналізовано, як розвивалася освіта в ширшому контексті американської та світової історії. Автор демонструє, 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 федеральних фінансових видатків «на галузь освіти, значення перших рухів за громадянські права для залучення до цієї галузі федерального управління» (Горпініч, 2019, с. 100). Дослідниця Т. Горпініч (2019) наголошує, що цінність цієї розвідки полягає у тому, що «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 і півдні. У процесі дослідження стають зрозумілими механізми створення рівних освітніх можливостей для всіх американців, починаючи від пуритан, які заохочували до навчання корінних американців, від відкриття спочатку благодійних, а згодом і загальноосвітніх шкіл, і аж до концепції «Важлива кожна дитина» (Горпініч, 2019, с. 100).

Доробок В. Джейнса (Jeunes, 2007) допомагає зрозуміти, що проблема забезпечення рівних можливостей для всіх виникла не у ХХ ст., що дає змогу побачити в історичній ретроспективі варіанти її вирішення, пропоновані протягом століть. Важливим чинником у формуванні системи вищої освіти В. Джейнс вважає політичну ситуацію в країні (Jeunes, 2007). Результати аналізу розбіжностей «між ліберальною та консервативною філософськими течіями в освіті, які беруть свій початок з праць перших європейських мислителів, обговорює сучасніший поділ на «лівих» і «правих», висвітлює

реформи, що здійснювалися демократами та республіканцями тощо» (Горпініч, 2019, с. 100).

Уважаємо за доцільне зосередити увагу на дослідженнях історії вищої освіти у США (Geiger, 2014; Thelin, 2014). Зокрема, Дж. Теліна (Thelin, 2014), зосередившись на аналізі документальної бази американської освіти. Зокрема, виконано аналіз таких документів, як Хартія Коледжу Род-Айленда, Акт Моррілла, Солдатський білль про права. Науковець вивчає життя студента американського ЗВО в ретроспективі, починаючи з 1700-х рр. і дотепер, аналізуючи його досвід залучення до діяльності в аудиторії та за її межами, студіює записи професорсько-викладацького штату, щоб сформувати цілісну картину існування ЗВО в різний час (Thelin, 2014).

Роль освіти у формуванні сучасного американського суспільства в цілому детально схарактеризовано у працях Д. Берстіна (Boorstin 1967), що досліджує вплив вищої освіти на «середньостатистичного американця», як найкращу можливість для його максимального духовного й соціального розвитку. У монографії «Розвиток цивілізації в Америці» М. Лернер (Lerner, 2018), зосередив свою увагу на ролі і значенні університету у процесі збереження культурної спадщини та її передачі наступним поколінням. Автор підкреслює і життєву необхідність прискорення процесу перетворення університетів США зі співтовариства інтелектуалів у центри професійного спрямування, що об'єднують відповідно професіоналів галузі, педагогів, дослідників (Lerner, 2018). М. Людмерер (Ludmerer, 1999) займається питаннями історії медичної освіти в США, зокрема у XIX та XX ст. Його праці зосереджено на формуванні розуміння медицини в широкому інтелектуальному, соціальному та культурному контекстах (Ludmerer, 1999).

Науковці досліджують внутрішні та зовнішні проблеми, що постають перед студентами медичного профілю. Основними внутрішніми проблемами, на думку дослідників, є потреба концентрації уваги на захворюванні при відносно незначній увазі до поведінки пацієнта, суперечностях між навчанням у стаціонарних та амбулаторних умовах; надмірна спрямованість на окремі

вузькоспеціалізовані розвідки, в той час, як існує необхідність для проведення широкомасштабних фундаментальних досліджень. Зовнішні проблеми охоплюють експоненціальний ріст знань, пов'язані з ним технологічні інновації та соціальні зміни. Вирішення таких проблем, на думку автора, потребує чіткого інституційного лідерства (Wong, Greenhalgh, & Pawson, 2010).

Науковець К. Стефенс (Stephens, 2011) аналізує особливості формування лідерських якостей випускників медичних шкіл. Обґрунтовується необхідність оволодіння такими компетентностями лікаря, як здатність приймати рішення, відповідальність, творчість у вирішенні професійних завдань. Основні шляхи формування таких якостей дослідник вбачає у введенні спеціалізованих курсів у навчальні плани та інтегрування окремих завдань під час вивчення основних дисциплін (Stephens, 2011).

Питанням сімейної медицини присвячено дисертаційне дослідження М. Лі-Пой (Lee-Poy, 2012), сфокусоване на взаємодії сімейного лікаря та пацієнта. Авторка доводить необхідність поінформованості сімейного лікаря про релігійні та філософські погляди пацієнта, як важливого чинника для налагодження співпраці, що безумовно має визначальний вплив на діагностику його стану та подальше лікування (Lee-Poy, 2012).

Заслуговує на дослідницьку увагу дисертаційне дослідження Дж. Бейлі (Bailey, 2013), що аналізує вивчення програм подвійних дипломів, які пропонуються в медичних школах США (Bailey, 2013). Автор дослідив полікультурне середовище американських медичних шкіл, якому характерна расова, етнічна, мовна, культурна, філософська, релігійна різноманітність, а також її вплив на рівень якості освіти. Взявши за приклад досвід університету Каліфорнії, науковець виконав всебічний аналіз ролі практики запровадження програм подвійних дипломів, які надають додаткові можливості для працевлаштування, у розширенні освітніх можливостей для представників різних національностей, що формують суспільство США.

Дисертація С. Рітц (Ritz, 2015) висвітлює результати дослідження, присвяченого вивченню ролі і значення дисциплін гуманітарного циклу на

формування відповідальності майбутніх фахівців медичної галузі США. «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 (Горпінч, 2019, с. 101).

Вважаємо за необхідне представити результати аналізу праці М. Малака (Malak, 2017), у якій автор вивчає шляхи оптимізації практичного досвіду студентів хірургічного напрямку після завершення післядипломної освіти. У процесі експериментального дослідження науковець доводить, що для забезпечення ефективності роботи медика, важливе значення має професійне середовище, в якому він працює, його традиції, цінності, професійна культура загалом. На думку автора, вирішальне значення має правильне цілепокладання – досягнення результату лікування та уникнення можливих ускладнень (Malak, 2017).

Стратегію активної взаємодії досліджено в праці Л. Янез (Yanez, 2017). Автор вивчає вплив взаємодії науковців-дослідників та педагогів на забезпечення якості освітнього процесу та досягнення визначених результатів навчання, актуалізує потребу залучення здобувачів освіти до активної участі у виконанні науково-дослідних проєктів. Найбільшу увагу вчений фокусує на мікроприйомах активної взаємодії на рівні лекцій, семінарів, практичних занять у клініках. У своєму дослідженні науковець доводить, що активна взаємодія між усіма учасниками освітнього процесу, між різноманітними підрозділами закладу вищої освіти, а також налагоджена вертикаль управління та комунікації в університеті сприяють підготовці висококваліфікованих фахівців медичної галузі (Yanez, 2017).

Цінним є дослідження К. Салліван (Sullivan, 2018), присвячене аналізу навчальних планів медичних шкіл США. Авторка досліджує вплив звіту А. Флекснера, як одного із визначальних документів того часу, що визначив хід реформування медичної освіти у країні дослідження, а також становлення сучасної освітньої системи в галузі охорони здоров'я. Дослідниця наголошує на

тому, що вдосконалення освітньої системи є постійною потребою кожного суспільства, враховуючи швидкоплинність змін політичного, соціального, культурного, економічного характеру. Дослідниця зазначає, що реформування повинно стосуватися не стільки методів та прийомів навчання, скільки змісту освіти. Зокрема йдеться про внесення до навчальних планів дисциплін, які формують соціальні навички, професійну культуру, професійну етику тощо (Sullivan, 2018).

У контексті нашої дисертаційної роботи вважаємо за доцільне акцентувати увагу на дослідженні М. Бейкера (Baker, 2010), присвяченому розвитку неперервної медичної освіти у США. Автор доводить визначальну роль інституту акредитації та її значення для забезпечення якості освіти, а також залучення до акредитаційного процесу професійних організацій, що виступають замовниками послуг, що їх надають заклади вищої медичної освіти. Окрім цього, учений зосереджує увагу на фінансуванні та технічному забезпеченні, як важливих шляхах оптимізації неперервної медичної освіти (Baker, 2010).

У дисертаційній роботі А. Вінсон (Vinson, 2015) висвітлено 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. На противагу нинішньому культурному тренду (індивідуалізм з нівелюванням ролі соціальних інститутів) авторка намагається звернути увагу «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» (Горпініч, 2019, с. 101) 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 (Vinson, 2015).

Проблеми формування лідерських якостей у контексті підготовки лікарів, зокрема в США, досліджено в праці А. Саксени (Saxena, 2010). На думку автора, складний характер організації системи охорони здоров'я та медичних ЗВО, притаманні їм відмінності, необхідність забезпечення ефективних і гармонійних взаємин цих двох типів закладів формують 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 охоплюють особистісні та міжособистісні характеристики, навички ефективного керівництва, дієвого менеджменту, формування фахівця для медичної галузі та дослідника. Всебічний аналіз управлінської вертикалі, що притаманна сучасним університетам, механізмів прийняття рішень та їх імплементації дав змогу виснувати, що перед лідерами в галузі медичної освіти найчастіше постають такі виклики: забезпечення ефективності управління (людські, часові, фінансові ресурси); управління організацією (ефективність взаємодії між працівниками, ефективний розподіл обов'язків та повноважень); міжорганізаційні проблеми, які пов'язані із взаємодією з іншими установами (Saxena, 2010).

Д. Фолз (Faulz, 2012) досліджує освітні програми медичних університетів США. Як зазначає авторка, соціальні фактори, котрі впливають «на здоров'я населення, є не менш визначальними, ніж біологічні механізми. У сучасній медицині фокус змістився з постановки проблеми «хвороба-терапія» на більш широке розуміння захворювання, як результату психологічних та соціально-економічних факторів» (Горпініч, 2019, с. 102). Виконавши аналіз навчальних планів низки університетів США, авторка виокремила ті дисципліни, освоєння яких забезпечує можливість для ознайомлення з соціальними факторами, що є

визначальними для здоров'я пацієнтів, та які необхідно враховувати під час профілактичних заходів, лікування пацієнтів тощо (Faulz, 2012).

Заслуговує на увагу дослідження Р. Маккарті (McCarty, 1971), що висвітлює специфіку реформування вищої медичної освіти у контексті історико-педагогічного дискурсу. Такі розвідки дають змогу ознайомитися із передумовами реформ, а саме: надмір медичних шкіл, які мали за мету фінансову вигоду та не приділяли достатньої уваги проблемі забезпечення якості освіти; застосовуваними методами навчання; характером реформ та їхніми наслідками, серед яких зниження кількості медичних шкіл з паралельним перетворенням наявних шкіл у великі установи при університетах, започаткування навчання у професійному середовищі (клінічне навчання), покращення фінансування медичних шкіл, розширення навчальних планів, упровадження інституту інтернатури та резидентури тощо (McCarty, 1971).

Як уже зазначалося, науково-педагогічна література з проблеми дослідження висвітлює різноманітні аспекти розвитку медичної освіти, зокрема: вивчаються питання умов праці в американських клініках у публікаціях Д. Людке (Ludke, 2009), рівень фахової підготовки слухачів резидентури досліджено у праці А. Еліуса (Elius, 2005).

Таким чином, результати аналізу джерельної бази дослідження свідчать про те, що значний інтерес для вітчизняних і зарубіжних науковців становлять різноманітні аспекти та особливості розвитку вищої медичної освіти з урахуванням її теорії і практики, що формувалася у контексті соціального, економічного, політичного, культурного розвитку країни (Shumylo, 2022).

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



Сучасні зміни в системі вищої освіти України, трансформації в межах ЗВО, спрямовані на вдосконалення організації освітнього процесу, вимагають вивчення проблеми розвитку освіти світових країн-лідерів, зокрема США.

## **1.2. Вища медична освіта у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства**

Становлення системи вищої освіти США, зокрема професійної медичної освіти, датується першими десятиліттями XVII ст., коли англійці розпочали колонізацію Північної Америки. Серед колоністів було чимало освічених людей, які отримали освіту в коледжах Англії та прагнули заснувати в новостворених поселеннях освітню систему, яка б задовольняла потреби суспільства й не поступалася британській. У 1636 р. керівним органом колонії затоки Массачусетс вирішено відкрити першу школу й виділити для цього 400 англійських фунтів стерлінгів, проте 1638 р. помер один з авторитетних священнослужителів колонії – Дж. Гарвард (1607–1638), який отримав ступінь магістра мистецтв у Кембриджі в Коледжі Еммануель (Emmanuel College). Будівництво школи, в основному, завершилося 1640 р., а в 1642 р. до неї було зараховано перших абітурієнтів. На честь цієї події і для надання їй особливої значущості поселення Ньюстон (Neweston), у якому було відкрито школу, перейменували на Кембридж (Cambridge). Вона була організована за англійським взірцем, а у 1639 р. її назвали коледжем та присвоїли ім'я Дж. Гарварда.

Основна мета створення цієї школи полягала в навчанні священнослужителів і, передусім, тут здійснювали підготовку лише унітарного й конгрегаційного духовенства. Згодом відкрили інженерно-технічні та гуманітарні спеціальності. Спершу управління й навчання здійснювалося священнослужителями. Утримання коледжу відбувалося за рахунок церкви. 1642 р. прийнято закон (The Massachusetts School Law), який зобов'язував родини до організації навчання їхніх дітей, зокрема читанню та письму, а 1647 р. прийнято новий закон, згідно з яким у будь-якому поселенні з кількістю

сімей більше п'ятдесяти необхідно було призначати вчителя. Отож, у 50-х рр. XVII ст. загальноосвітні дисципліни зайняли рівноправне становище в коледжі імені Гарварда, а його випускники поступали на службу не тільки в релігійні громади, а й на адміністративні посади в 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 закладів освіти (Willison, 1945).

1707 р. прийнято статут Гарвардського університету, згідно з яким в університеті сформовано раду опікунів та адміністративне управління під керівництвом президента. Розпочинається розвиток просвітництва, відбувається становлення наукової діяльності, відкривається друкарня, дослідницькі лабораторії, обсерваторія, гуртожитки та багато інших атрибутів, властивих сучасній вищій школі (Willison, 1945). 1782 р. 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 рр. XVIII ст. засновано лише 8 коледжів: Коледж Вільгельма й Марії (William and Mary College) – 1693 р.; Єльський коледж (Yale College) – 1701 р. (нині Єльський університет); Коледж Нью-Джерсі (College of New Jersey) – 1746 р., який з 1896 р. перейменували у Принстонський університет; Королівський коледж (King's College) – 1754 р. (нині Колумбійський університет); Коледж Філадельфії (College of Philadelphia) – 1755 р. (нині Університет Пенсильванії); Коледж Род-Айленда (College of Rhode Island) – 1764 р. (згодом Університет Брауна); Куїнс-коледж (Queen's College) – 1766 р. (тепер Ратгерський університет) (Rutgers University) в Нью-Джерсі; Дартмутський коледж (Dartmouth College) у Нью-Гемпширі – 1769 р. (Горпініч, 2016b, с. 13). Зміст освіти в університетах передбачав вивчення стародавніх мов (латина й давньогрецька мова). Окрім того, вивчалися логіка, риторика, історія, фізика, елементарна математика, що поєднувала арифметику, алгебру, геометрію і тригонометрію.

Перший медичний факультет США засновано 1765 р. у коледжі Філадельфії. Студентів прийнято на «Курс теоретичної та практичної фізики з лекційним курсом анатомії» (Fee, 2015). Згодом факультет 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 у 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 заклад освіти, який стане прикладом для всіх наступних 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 (Morgan, 2011).

Упродовж короткого періоду після заснування Медична школа почала присуджувати ступені бакалавра та доктора медицини. Одним з найвідоміших працівників Школи став професор Б. Раш. Відомий учений у галузі психіатрії, створив при Медичній школі стаціонар для лікування малозабезпечених, виступав за надання освітніх прав жінкам, расову рівність. Загалом, під час організації освітнього процесу й інші американські коледжі копіювали англійську систему вищої освіти, але не досягали рівня європейських закладів освіти, становлення яких відбулося у XII–XIII ст.

1770-х рр. північноамериканські штати здобули самостійність. У зв'язку з розвитком економіки й швидким зростанням кількості населення постала потреба у великій кількості фахівців, здатних організувати виробництво, сільське господарство, а головне – забезпечити потреби охорони здоров'я та освіти. У результаті, в системі професійної підготовки фахівців розпочалися значні перетворення. Уже до 1800 р., тобто за перші десятиліття існування США як незалежної держави, кількість коледжів та університетів збільшилася

втричі, а до 1820 р. – становила більше 40. Саме в цей час сформульовано два основні принципи американської вищої школи: автономія закладу освіти й свобода студентів у виборі предметів і курсів. Сформовано систему, за якої кожен коледж оцінював рівень засвоєння навчальної дисципліни в балах (кредитах), а встановлена закладом освіти сума балів за сукупністю предметів дозволяла отримати диплом коледжу або університету про вищу освіту. Така практика започаткована в Університеті Вірджинії 1814 р. (Кнодель, 2011).

Незважаючи на суттєвий прогрес, така система навчання не вирішувала всіх проблем, що постали перед системою освіти. У відповідь на потреби виробництва організовуються спеціальні заклади професійної освіти. Особливо швидко розвивається мережа закладів, в яких здійснюють підготовку шкільних учителів, що отримала назву «нормальні школи» (normal schools), а згодом – педагогічні коледжі (teacher's college). У міжвоєнний період (Війна за незалежність (1775–1783 рр.) та Громадянська війна (1861–1865 рр.) створено чимало спеціалізованих, професійно-орієнтованих закладів освіти технічного, сільськогосподарського, морського, військового та інших напрямів.

Значна частина тих закладів освіти функціонує дотепер. Так, Массачусетський технологічний інститут (Massachusetts Institute of Technology), заснований 1861 р., досі є одним із лідерів сучасної американської вищої школи. Проте варто зауважити, що характерною особливістю становлення і розвитку вищої освіти у США є те, що тут засновувались заклади освіти приватної форми власності (Кнодель, 2011).

Відмінність у законодавстві штатів і їхньому економічному становищі призвела до того, що роль освіти в різних штатах сприймалася неоднаково. Проте з часом ситуація почала змінюватися. Отож, 1802 р. в штаті Огайо прийнято акт про виділення коштів з бюджету штату на підтримку шкіл. 1812 р. у Нью-Йорку відкрито першу школу для керівників. 1821 р. у Бостоні відкрито першу публічну вищу школу. 1832 р. у штаті Массачусетс створено першу раду штату для управління освітою, а 1839 р. – першу школу для підготовки вчителів, фінансовану штатом. 1845 р. засновано перші асоціації освіти штатів

в Род-Айленді і Нью-Йорку (Thelin, 2014). 1852 р. Массачусетс прийняв закон штату про обов'язкову шкільну освіту. Нарешті, 1857 р. засновано національну асоціацію освіти у Філадельфії. Таким чином, стала складатися система державної (public) освіти на противагу системі приватної (private) освіти. На початку Громадянської війни 1861 р. 21 університет фінансується з бюджетів штатів; ці університети належали до системи державної освіти. Фінансове становище приватних університетів було значно кращим, ніж державних (університетів штатів), але останні надавали чимало фінансових пільг жителям штату, що сприяло залученню достатньої кількості абітурієнтів та уможливило їхній розвиток. Рівень освіти в державних закладах був не нижчим, ніж у приватних, хоч науковий потенціал і якість лабораторного обладнання, бібліотек, побутових умов не досягали рівня приватних університетів, вступ до яких здебільшого був зумовлений міркуваннями про престиж (Thelin, 2014).

1862 р. Конгрес США прийняв Акт Моррілла (Morrill Act). Згідно з тим Актом, у кожному штаті закладам вищої освіти безкоштовно виділено 30000 акрів землі (12000 га) для будівництва та організації закладів освіти сільськогосподарського та технічного спрямування (National Archives, 1862).

Попри те, що не всі виділені кошти використано за призначенням, цей акт мав важливе значення для подальшого розвитку системи вищої освіти у країні дослідження. Крім того, для виправлення недоліків, виявлених при реалізації Акту, за ініціативою Дж. Моррілла через 10 років прийнято Закон про додаткові асигнування. 1867 р. створено Національний комітет з питань освіти (Committee on Education and Labor), а 1870 р. на законодавчому рівні вирішено питання про право штату щодо використання коштів на розвиток державної вищої школи (Thelin, 1999).

Громадянська війна відіграла певну роль у розвитку медичної освіти в країні, хоч освітній процес був перерваний у зв'язку із військовими діями. Більш ніж половина студентів медичних шкіл долучилися до військової служби (Fee, 2015). Водночас, необхідність лікування поранених і травмованих у процесі 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 захворювань дизентерії, тифу у дорослих, вітрянки, паротиту, кору у дітей, 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 ст. система вищої освіти США продовжувала зміцнюватися й розвиватися. Ще 1847 р. створено Американську медичну асоціацію (АМА). 1876 р. започатковано Асоціацію американських медичних коледжів (ААМК) і розроблено стандарти освіти, за якими організовується освітній процес у закладах медичної освіти (Association of American Medical Colleges).

У великих університетах формуються наукові школи й напрями з фундаментальних та прикладних наук, які фінансуються за рахунок держави, приватних компаній та благодійників, наприклад, 1892 р. Чиказький університет отримав 30 мільйонів доларів від родини Рокфеллерів. Сім'я мільйонерів Стенфордів у 1882 р. збрала 20 мільйонів доларів на заснування Стенфордського університету на честь померлого сина сім'ї Стенфордів. Відомий підприємець Дж. Гопкінс заповів свої заощадження на заснування університету в Балтиморі. Університет розпочав роботу 1876 р. під назвою Університет Дж. Гопкінса. У результаті цього, найбільш престижні університети й об'єднання коледжів сформувалися як центри, що проводять наукові дослідження та надають освітні послуги у співпраці із промисловістю, банківською сферою, з освітніми та науковими закладами Європи, що 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 (Півняк, 2011).

Варто зазначити, що високий рівень оплати за навчання у приватних університетах заперечував принцип доступності освіти для широких верств

населення США. Тому, на початку ХХ ст. сформовано систему вищої освіти, яка пропонувала здобуття професійно-орієнтованої освіти за два роки навчання чи менше. Таким чином, в межах американської традиції будь-яка освіта, що є продовженням шкільної освіти, у США вважається вищою.

Перший заклад освіти такого типу відкрито 1901 р. у штаті Іллінойс – Коледж Джоліет Джуніор (Joliet Junior College). Далі заклади такого типу отримали найменування юніор-коледжів (junior college). Практично відразу вони стали масовими через доступність освітніх можливостей. До середини ХХ ст. їх уже було близько 500, а до кінця століття – понад 1000. Разом з професійними училищами (professional school) та системою початкового дворічного навчання в громадських коледжах (community college), винятково сильно розвиненою в 1960-і роки, вони утворили розгалужену мережу закладів освіти, які надають випускникам шкіл численні варіанти продовження навчання в стислі терміни за прийнятну ціну (Горпініч, 2016b, с. 15).

Передусім, юніор-коледжі копіювали й запозичували програму перших двох років навчання у чотирирічних коледжах, але з 1907 р. у навчальних планах таких коледжів з'явилися елементи професійної підготовки. Надалі зміст і характер освіти в таких закладах істотно трансформувалися, що призвело до розвитку диверсифікованої системи програм підготовки і, як наслідок, – до розгалуженої системи закладів освіти різних типів умовно вищого рівня. Кінець ХІХ – початок ХХ ст. характеризується також формуванням мережі професійних організацій, які здійснювали контролюючу та освітню функції. Таким чином, 1893 р. створено Національну лігу медсестринства (National League for Nursing), яка надавала можливість здобуття грантів, проходження атестації та акредитації, професійної комунікації та співпраці.

Формування ринкових відносин в цілому та у вищій освіті США супроводжувалося повною відсутністю федерального контролю. Як наслідок, діяльність багатьох закладів освіти відзначалася зловживаннями, елементами обдурювання й шахрайством. У відповідь на це створено недержавні

громадські об'єднання фахівців, які працювали у сфері освіти, а згодом – асоціації самих закладів вищої освіти. До кінця XIX ст. створення таких асоціацій та об'єднань набуло масового характеру. 1918 р. засновано Американську раду з освіти (American Council of Education). З метою боротьби з недобросовісними закладами, які, по суті, здійснювали продаж дипломів про освіту та документів, що підтверджують присвоєння академічних ступенів, наприкінці XIX ст. створено професійні об'єднання, що функціонували на громадських засадах. Їхнє основне завдання полягало в акредитації закладів освіти. Відповідно до розроблених критеріїв сформовано списки акредитованих (визнаних) ЗВО, погоджені федеральним урядом та урядами штатів (Hofstadter, & Smith, 1961).

Як результат, визначення типу закладу освіти, характеристика якості освітнього процесу та рівень освіти стали поняттями, які контролювалися й визначалися не тільки владою штату, але й на федеральному рівні. Нарешті, 1949 р. сформовано Національну комісію з акредитації (National Commission on Accrediting), до складу якої увійшли президенти 42 університетів (Thwing, 2012).

Після I Світової війни стандартна практика проходження стажування після закінчення медичної школи стала загальноприйнятою вимогою для допуску до медичної практики, а також створено список затверджених лікарень для навчання інтернів. 1919 р. вперше ААМК спільно з АМА проінспектували американські медичні школи. 1928 р. АМА опубліковано рекомендації щодо проходження резидентури (Poncelet, & Hirsh, 2016).

Якщо I Світова війна, у якій США не брали активну участь, не відіграла важливу роль у розвитку вищої медичної освіти країни, то пандемія грипу стала ключовою для розвитку епідеміології. Американський Червоний Хрест з 1917 до 1923 рр. організував низку освітніх, просвітницьких та профілактичних програм, спрямованих на боротьбу з такими хворобами, як тиф та туберкульоз, поклавши початок волонтерському руху. У середині XX ст. система вищої медичної освіти США зазнала впливу кількох важливих чинників, що мали



вагоме значення для її розвитку і вдосконалення. 1940 р. опубліковано Доповідь Комісії з вищої медичної освіти, в якій уперше описано процес підготовки інтернів та резидентів (Graduate medical education). Комісію зі зв'язків із медичною освітою створено 1942 р. (Goldin, Katz, 2009).

Паралельно зі збільшенням фінансування й розширенням системи Національних інститутів здоров'я, надбанням нових знань та практичного досвіду у період II Світової війни стрімко розвивалася освітня 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 ст. Школу медсестринства при лікарні Гарпер у Детройті відкрито 1884 р. Попри це, достатньої кількості закладів, які б надавали освітні послуги для майбутніх медсестер, не було, й тому на початку війни кількість кваліфікованих медсестер у США була незначною. 1940 р. Американською асоціацією медсестер, Червоним хрестом та федеральним урядом прийнято рішення про необхідність розширення мережі відповідних закладів освіти та підвищення рівня їх фінансування. Окрім цього, велика кількість жінок різного віку виявляла бажання на волонтерських засадах надавати допомогу у виконанні медичних процедур. У результаті 1943 р. створено Медсестринський кадетський корпус США, який пропонував безкоштовні освітні послуги студенткам віком від 17 до 35 років. Забезпечувалася підготовка відповідно до чотирьох базових галузей – медицина, хірургія, акушерство й педіатрія. Досвід Медсестринського кадетського корпусу покладено в основу подальшого навчання медичних сестер у США, а також 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 з найважливіших відзнак підготовки майбутніх лікарів у США є особлива увага до професійного формування лікарів сімейної

медицини. Як свідчать літературні джерела, до середини ХХ ст. у США поширеною була практика загальної медицини. Це означало, що лікар надавав послуги з лікування всіх захворювань, враховуючи природу хвороби або статеву приналежність пацієнта. У ХІХ – на початку ХХ ст. схожа ситуація спостерігалася й у країнах Європи.

Інтенсивний розвиток медицини змушував лікарів спеціалізуватися у конкретній галузі: лікувати пацієнтів лише з певним типом захворювань або проводити конкретні види клінічних процедур чи маніпуляцій, наприклад, стоматологічні операції, гінекологічні процедури тощо. Значна частина лікарів надавала допомогу лише жінкам або дітям. Залежно від обраної сфери, лікарі почали створювати власні професійні спілки та організації, що забезпечували підтримку лікарів соціального та професійного характеру. Поступово ці спілки перетворилися на колегії, що були уповноважені видавати дозвіл на лікарську практику за певною медичною спеціальністю. Так, до середини ХХ ст. в США налічують 24 колегії, і дедалі більше американських лікарів, відмовившись від загальної лікарської практики, намагаються отримати сертифікат фахівця у певній галузі. Ця тенденція підкріплювалася соціальними та економічними чинниками: робота лікаря з вузькою спеціалізацією вважалася більш престижною, а відтак і краще оплачуваною.

До середини ХХ ст. кількість лікарів загальної практики зменшується до третини випускників медичних ЗВО. Ця ситуація загострилася до 1960-х рр. і викликала серйозну заклопотаність американського суспільства: з'явилося занепокоєння, що традиційний сімейний лікар стане рідкістю, і це створить неабияку загрозу для здоров'я нації (Crellin, 2004).

У 1960-і рр. відбулися суттєві зміни, які відзначилися значними успіхами в різних сферах життя, а саме у медицині, і 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. 1966 р. Комітет Віларда (комітет з питань освіти в галузі сімейної медицини), разом з двома іншими авторитетними

комісіями опублікував доповідь, де рекомендувалося змінити співвідношення кількості лікарів спеціалізованої та загальної практики в США й вирішити проблему підвищення рівня якості професійної підготовки фахівців з сімейної медицини. Крім того, запропоновано запровадження у ЗВМО нової спеціальності «сімейна практика», розроблено її концепцію та окреслено відповідну програму навчання.

Повоєнний період надав поштовх розвитку вищої освіти не лише у зв'язку з виникненням нових суспільних потреб, а й через збільшення кількості молоді, яка мала потребу в здобутті освіти. Таким чином, 1944 р. уряд США встановив освітні привілеї для ветеранів та учасників II Світової війни, завдяки прийняттю Солдатського білля про права (Servicemen's Readjustment Act) (Fraser, 2009).

Для забезпечення поступового пристосування до умов життя у суспільстві, враховуючи економічні чинники, урядом США передбачено надання кредитів на освіту, що безумовно вплинуло на збільшення кількості студентства з одночасним збільшенням фінансування університетів.

Рішення Комітету з вищої освіти переглянути роль ЗВО у повоєнній Америці сприяло поверненню тисяч ветеранів до коледжів. 1947 р. опубліковано Звіт комітету Трумена (Truman Commission Report), що обґрунтовував потребу у збільшенні мережі закладів освіти (Jeynes, 2007).

Ще одне вагоме збільшення кількості абітурієнтів – учасників військових дій в університети США відбулося після закінчення війни в Кореї. Закон про підтримку перекваліфікації ветеранів (Veterans' Adjustment Act) 1952 р. започаткував надання щомісячної допомоги на навчання для учасників війни. Схожими були пільги й для ветеранів війни у В'єтнамі (Veterans Readjustment Benefits Act of 1966).

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 р. окружний суд Лос-Анджелеса визнав навчання дітей мексиканського

походження в окремих шкільних приміщеннях порушенням конституційних прав. 1954 р. законодавчо закріплено право на освіту й темношкірих американців, коли Верховний Суд США визнав «розмежування навчальних приміщень для людей різної раси неприпустимим» (Горпініч, 2016а, с. 52). 1964 р. Конгрес ухвалив Закон про громадські права (Civil Rights Act), «який забороняв дискримінацію в громадських місцях, системі освіти, під час найму на роботу. Серед інших документів, які декларують рівні освітні права громадян, варто виокремити Закон про освіту індіанського населення 1972 р.» (Indian Education Act), який закріпив за індіанцями право на усесторонню освіту з урахуванням їхніх пізнавальних потреб (Jeunes, 2007).

Неодноразово поставало питання двомовної освіти. 1963 р. однією з початкових шкіл м. Майямі вперше впроваджено двомовну й двокультурну освіту для емігрантів з Куби. Це право офіційно закріплено Законом про початкову й середню освіту 1965 р. (Elementary and Secondary Education Act), який з-поміж усього іншого, встановив надходження фінансових фондів до закладів освіти та бібліотек на придбання літератури про/для дітей іншої раси. Закон про покращення американської школи (Improving America's Schools Act), підписаний Б. Клінтоном 1994 р., слугував доповненням до Закону 1965 р., 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 (Горпініч, 2016а). Так, 1971 р. федеральним судом штату Пенсильванія надано право на безкоштовну освіту дітям із затримкою розвитку (Osgood, 2005). Схожі рішення згодом прийнято і в інших штатах, а 1975 р. прийнято федеральний Закон про освіту для всіх дітей з обмеженими можливостями (Education for All Handicapped Children Act) (Jeunes, 2007).

Окрім допомоги та соціального захисту людей з особливими потребами, у США сформована система підтримки малозабезпечених осіб, зокрема щодо реалізації права на освіту. Для здобуття освіти держава, університети та численні фонди пропонують різноманітні механізми фінансування. Тобто, у

зазначеному вище Законі про початкову й середню освіту та в Законі про вищу освіту (Higher Education Act) 1965 р. йшлося про федеральне фінансування освіти дітей та студентів з малозабезпечених сімей.

Варто зауважити, що тогочасні досягнення людства у науці сприяли подальшому розвитку освіти у США. Йдеться про запуск штучного супутника Землі 1957 р. (Jeunes, 2007). У відповідь у США прийнято Закон про освіту в інтересах національної оборони 1958 р. (National Defense Education Act of 1958). Цей закон безпосередньо визначив основну мету державної політики в галузі освіти та сприяв збільшенню фінансування фундаментальних наукових досліджень, залученню висококваліфікованих іноземних фахівців для підготовки національних кадрів та зміцнення матеріально-технічної бази ЗВО.

1963 р. прийнято Закон про доступність вищої освіти, Закон про професійну освіту (Vocational Education Act) 1963 р. тощо. У цьому контексті з'явилося багато публікацій педагогів та дослідників, у яких проаналізовано тодішній стан системи освіти. 1983 р. опубліковано доповідь міністра освіти США «Нація в небезпеці» (A Nation At Risk). На основі цієї доповіді розроблено та запропоновано програму реформування системи освіти на період до 1990 р., яка охоплювала елементи централізації системи освіти. Однак, ця програма також не принесла бажаних результатів (Holmes, 2012).

1991 р. запропоновано нову освітню ініціативу, ключовими пунктами якої стали: «розвиток стандартів освіти з п'яти основних предметів (англійська мова, математика, природознавство, історія і географія); розвиток системи національного тестування, результати якого повинні використовуватися при прийомі студентів до університетів і коледжів, а також роботодавцями при прийомі на роботу; забезпечення можливості отримання вищої освіти й професійне просування на основі освіти, здобутої в школі; всесвітня фінансова підтримка людей з високими навчальними досягненнями, і тих, хто вивчає предмети основних природничо-наукових напрямів; стимулювання бізнесу щодо підтримки некомерційних організацій, які проводять наукові дослідження, і розвиток нетрадиційних підходів до освіти; федеральне

фінансування громад щодо започаткування нової американської школи; створення умов партнерства між освітою і роботодавцями» (Хвалибога, 2020, с. 82–83).

Така ініціатива відігравала особливу роль у побудові концепції освіти в США, але була недостатньо ефективною, і наприкінці ХХ ст. опубліковано «Заклик до дій щодо американської освіти в ХХІ ст.» президента Дж. Клінтона, де заявлено, що для підготовки Америки до ХХІ ст., країні потрібна сильна школа з чітко сформульованими, досяжними освітніми стандартами та високим рівнем дисципліни. Білл Клінтон сформулював 10 основних завдань для американської освіти в ХХІ ст.: встановити суворі стандарти з національними тестами з читання в четвертому і восьмому класі з математики; упевнитися, що у кожному класі є талановитий та відданий своїй справі вчитель; навчити кожного учня самостійно і добре читати до кінця третього класу; розширити перевагу та запропонувати батькам залучатися до навчання своїх дітей; розширити вибір школи та підзвітність у державній освіті; переконатися, що школи є безпечними, дисциплінованими та вільними від наркотиків, а також прищеплювати американські цінності; модернізувати шкільні будівлі та підтримувати будівництво шкіл; відкрити двері коледжу для всіх, хто наполегливо працює й отримує оцінки, і зробити тринадцятий і чотирнадцятий роки навчання такими ж універсальними, як середня школа; допомагати дорослим покращити освіту та навички, перетворивши федеральні освітні програми на прості гранти для підвищення кваліфікації; підключити кожен клас і бібліотеку до Інтернету до 2000 року, а також допомогти студентам стати технологічно грамотними (Clinton, 1998).

Науково-технічний процес, безперечно, також справив позитивний вплив на формування сучасної концепції вищої освіти в США. Саме 1971 р. вперше виготовлено й протестовано електронну книгу, навчальний потенціал якої буде відкрито вже в наступні роки. 1983 р. випущено комп'ютер Apple, який надав можливість використовувати комп'ютерні ігри з освітніми цілями. 1989 р. – в Університеті Фенікса (м. Альбукерке) засновано «онлайн-кампус», у якому

з'явилася можливість здобути ступінь бакалавра та магістра в онлайн форматі і який став першим і найбільшим приватним університетом Північної Америки. Слідом за Університетом Фенікса 1994 р. засновано першу вищу школу Комп'юхай Уітмор (CompuHigh Whitmore), яка надавала послуги онлайн освіти (Jeunes, 2007).

Таким чином, прогрес в інтернет-технологіях зробив освіту в США доступнішою. Загалом, фінансування освіти в США наприкінці ХХ ст. склало приблизно 800 мільярдів доларів на рік, охоплюючи витрати на вищу освіту, які становили 220 мільярдів доларів, з них практично 140 мільярдів – частка державного фінансування (Хвалибога, 2020, с. 84).

Однак, освітні пріоритети відкладено на другий план через проблеми, пов'язані з національною безпекою після терористичних актів 11 вересня 2001 р. 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 р. підвищення якості середньої освіти залишається провідним напрямом у межах державної політики в галузі освіти (El-Khawas, 1998).

Загальновідомо, що у сфері вищої освіти основні заходи сконцентрувалися на тому, аби 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 підвищилися витрати на підтримку вихідців з малозабезпечених сімей (з 7,7 млрд. дол. в 2000 р. до 12,7 млрд. дол. в 2005 р.) у вигляді «Грантів Пела» (Federal Pell Grants) (до 4 тис. дол. з 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 пильнішому вивченні стає очевидним, що вона змінилася несуттєво й ще більше сконцентрувалася навколо нагальних проблем освіти в межах абсолютно нових програм. Разом з тим, нові програми

набувають досить вузької спрямованості, але, як і попередньо, охоплюють одночасно середню та вищу освіту. Підвищення якості середньої освіти під гаслом «Жодна дитина не залишиться осторонь», яке згодом трансформувалося у Закон «Кожен студент досягає успіху» (Every Student Succeeds Act), прийнятий 2015 р., залишилося пріоритетним у сфері освіти на період керівництва Б. Обами.

2009 р. президент Б. Обама підписав Закон про відновлення та реінвестування (American Recovery and Reinvestment Act), що передбачав тимчасову підтримку медичної допомоги (Medicaid), а також інвестиції в інформаційні технології у сфері охорони здоров'я, профілактику та дослідження для покращення системи в цілому (Обама, 2016). 2010 р. – у США прийнято закон про охорону пацієнтів та доступне обслуговування (Patient Protection and Affordable Care Act), також відомий як Obamacare або ObamaAct, що стало наймасштабнішою реформою системи охорони здоров'я у США за останні десятиліття. Основна мета цієї реформи полягає в тому, щоб зробити доступнішим медичне страхування, оскільки значна частина американців взагалі його не мала. Саме тому покриття медичного страхування розширювалося навіть для осіб, які хворіли на СНІД, рак, цукровий діабет тощо. Також страховим компаніям заборонялося відмовляти у виплатах, дискредитувати цю статтю доходами чи іншими показниками. Окрім того, розширено та вдосконалено державні програми медичного страхування для літніх осіб (Medicare) та малозабезпечених (Medicaid), значна увага приділялася профілактиці захворювань (Короленко, 2013, с. 6).

2011 р. – реформа вплинула на систему соціального страхування Medicare, тобто терапевтам і педіатрам надали доплату до зарплатні за незабезпечених пацієнтів, а також надали можливість проходження щорічної безкоштовної диспансеризації; можливість жити в спеціалізованих медичних центрах. 2012 р. – запущено програму підвищення рівня якості та ефективності лікарень, дитячих поліклінічних відділень та будинків для літніх людей. З 2013 р.



збільшили податки на підтримку системи Medicare, а 2014 р. страхування стало обов'язковим для мешканців США.

Також прийнято поправки до Закону про узгодження між системами охорони здоров'я та освіти від 2010 р. (Health Care and Education Reconciliation Act), при якому всі нові федеральні студентські позики мали здійснюватися через пряму програму позик (Direct Loan program), а не програму студентських позик, гарантовану федеральними органами. Окрім того, 2 мільярди доларів надано громадським коледжам (community colleges) для розвитку та покращення освітніх програм (The Health Care and Education Reconciliation Act, 2010). У межах реформи освітньої сфери запропоновано зупинити підвищення відсотків на студентські кредити, що сприяло забезпеченню доступності вищої освіти.

Освітня політика президента країни Д. Трампа також була зорієнтована на доступність. Власне, з передвиборчих заяв президента слід виокремити обіцянку виділити 20 млрд. доларів на гранти, які дозволяють кожній дитині відвідувати ту школу, яка їй до вподоби. Управління середньою освітою президент пропонував здійснювати лише на місцевому рівні, а університетам надати повну автономію.

Критикуючи реформи Б. Клінтона та Б. Обама щодо надання студентських кредитів, з яких держава отримувала великі кошти, президент Д. Трамп пропонував передати видачу кредитів на вищу освіту під відповідальність банків, скасовуючи федеральну програму студентського кредитування, що дозволить перенести здобуття освіти на локальний рівень – кредити надаватимуть місцеві банки для навчання в місцевих університетах. Зокрема, у березні 2017 р. адміністрація Д. Трампа відкликала меморандум адміністрації Б. Обама, який забезпечував захист для студентів, котрі не отримали освітніх позик. У жовтні 2017 р. введено заборону на фінансування програм освітнього обміну студентів з низки країн світу (Douglas-Gabriel, 2017; Smith, 2017).

Під час промови «Зробимо Америку великою знову» (Make America Great Again) 2018 р. Д. Трамп навіть не згадав галузь освіти, проте зазначив про намір підсилити захист авторських прав американських науковців, знизити рівень імміграції, охоплюючи освітню, та боротися з дискримінацією в університетах. Також зазначалося, що його адміністрація наполягатиме на нових ускладнених вимогах для зарахування до університетів (Blake, 2017).

Варто наголосити, що президент США Дж. Байден відстоює підписаний адміністрацією Б. Обама закон про охорону здоров'я, а саме «Закон про доступне медичне обслуговування», також відомий як Obamacare, підтримуючи «громадський варіант» закону, який дозволить більшій кількості громадян обирати медичне страхування, що спонсорується державою. Тобто, Дж. Байден наголосив на продовженні терміну оформлення медичного страхування на урядовій онлайн-платформі HealthCare.gov до 15 травня 2021 р. Також Дж. Байден підтримав роботу над прийняттям програми American Rescue Plan, яка дозволить розширити тестування, відстеження випадків зараження та вакцинацію через пандемію. Програма також передбачає заходи, покликані знизити витрати на охорону здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги всім американцям, охоплюючи безробітних. «Ми подолаємо цю кризу, якщо піклуватимемося один про одного і працюватимемо разом, щоб збільшити кількість застрахованих, знизити витрати і гарантувати, що охорона здоров'я дійсно є правом усіх американців», – резюмував президент (Blake, 2017).

Аналізуючи історію вищої освіти в цій країні, можна відзначити послідовне й логічне втілення гасла «освіта – запорука соціального та економічного розвитку країни». Головною особливістю вищої освіти США, яка формувалася упродовж зазначеного періоду, була системна імплементація принципів свободи вибору освітньої траєкторії здобувачів освіти, а також автономності закладів вищої освіти. Узагальнення щодо соціальних, культурних, економічних чинників, що вплинули на систему медичної освіти США представлено у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

### Узагальнення впливу соціальних, культурних, економічних чинників на систему медичної освіти США

(Таблицю підготовлено авторкою на основі джерельної бази дослідження)

Соціальні чинники	Економічні чинники	Культурні чинники
Сформовано систему вищої освіти, яка пропонувала здобуття професійно-орієнтованої освіти за два роки навчання і менше, оскільки оплата за навчання у приватних університетах не давала доступності до освіти для широких верств населення.	Формування ринкових відносин супроводжувалося повною відсутністю федерального контролю у вищій освіті. Створено недержавні громадські об'єднання фахівців, які працювали у сфері освіти, а згодом – асоціації самих закладів вищої освіти.	Для боротьби з недобросовісними закладами освіти створено професійні об'єднання, які функціонували на громадських засадах. Їх основне завдання полягало в акредитації закладів освіти.
Пандемія грипу стала ключовою для розвитку епідеміології. Американський Червоний Хрест організував низку освітніх, просвітницьких та профілактичних програм, спрямованих на боротьбу хворобами тиф та туберкульоз, поклавши початок волонтерському руху.	Збільшення фінансування й розширення системи Національних інститутів здоров'я.	Розвиток освітньої та наукової діяльності у сфері медицини. Дослідження в галузі торакальної та абдомінальної хірургії, травматології, токсикології, фармакології, психіатрії.
Надбання нових знань та практичного досвіду у період II Світової війни.	Прийнято рішення про необхідність розширення мережі відповідних закладів освіти та підвищення рівня їх фінансування Американською асоціацією медсестер, Червоним хрестом та федеральним урядом.	Сплеск громадської активності (наголос на перебудові медичних та освітніх структур з метою зміцнення престижу професії сімейного лікаря).
Інтенсивний розвиток медицини змушував лікарів спеціалізуватися у вузькій галузі.	Робота лікаря з вузькою спеціалізацією вважалася більш престижною і краще оплачуваною.	Повоєнний період – виникнення суспільних потреб і збільшення кількості молоді з бажанням здобути освіту.
Встановлення освітніх привілеїв для ветеранів та учасників II Світової війни.	Після II Світової війни – надання кредитів на освіту, що вплинуло на збільшення кількості студентів з	Боротьба за рівність прав людей різного етнічного та релігійного походження і людей з обмеженими

	одночасним збільшенням фінансування університетів.	фізичними та психічними можливостями.
Допомога та соціальний захист осіб з особливими потребами, сформовано систему підтримки малозабезпечених осіб, зокрема щодо реалізації права на освіту.	Збільшення фінансування фундаментальних наукових досліджень і залучення висококваліфікованих іноземних фахівців для підготовки.	Закріплено право на освіту темношкірих американців. Конгрес ухвалив Закон про громадські права, дискримінацію в системі освіти чи наймі на роботу. Упроваджено двомовну й двокультурну освіту для емігрантів з Куби.

Система освіти, яка склалася в США на початку ХХ ст., поступово набула складного й різноманітного характеру. Тобто, розширилися можливості для здобуття вищої освіти в державному секторі поряд із приватним. Досягнення у науковій галузі в другій половині ХХ – на початку ХХІ ст. зумовили підвищення вимог до фахівців усіх галузей і медичної, зокрема.

### **Висновки до першого розділу**

У першому розділі «Вища медична освіта як науково-педагогічна проблема» висвітлено історіографію проблеми дослідження, а також виконано аналіз ролі і значення вищої медичної освіти у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства.

Дослідження історії становлення та розвитку системи освіти США дозволило виявити своєрідність розвитку її окремих етапів, специфіку, пов'язану з соціально-економічним рівнем розвитку американського суспільства, тенденцію його культурного становлення у певний проміжок часу. На кожному етапі ставилися й вирішувалися по можливості завдання щодо виконання освітніх потреб американського суспільства.

Проаналізовано стан дослідженості окресленої проблеми у вітчизняних і зарубіжних наукових джерелах. Адже в українській історико-педагогічній науці теоретичні та організаційні засади підготовки лікарів у США вважаються недостатньо вивченими питаннями. З'ясовано, що основну увагу вчених

акцентовано на загальних питаннях становлення та розвитку медичної освіти, особливостей забезпечення її якості тощо.

У ході дослідження виконано аналіз дисертаційних та монографічних досліджень, наукової періодики зарубіжних та вітчизняних дослідників, присвячених висвітленню різноманітних аспектів історії розвитку та сучасного стану вищої медичної освіти у США. 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 у контексті теорій, концепцій, підходів соціології, педагогіки, психології, культурології, економіки.

Аргументовано і доведено, що 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. Оскільки сучасна вища медична освіта в США є унікальним явищем, в основному, завдяки історичному розвитку, повному соціально-економічним викликам, і здатності американського суспільства швидко й ефективно реагувати на потреби часу. Це підтверджує необхідність ретроспективного аналізу розвитку та функціонування системи вищої медичної освіти в США протягом XVII–XXI ст.

Визнано, що одним з визначних нововведень, які відіграли важливу роль у розвитку американської вищої медичної освіти, стало прийняття Акту Моррілла, згідно з яким у кожному штаті безкоштовно виділено землі для будівництва та організації діяльності закладів вищої освіти, що здійснювали підготовку фахівців прикладних спеціальностей. Важливими віхами в розвитку американської медичної освіти стало створення відповідних координаційних та контролюючих організацій. Власне з метою координації системи освіти загалом 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 забезпечують заклади медичної освіти.

Доведено, що фундаментальні перетворення в галузі вищої медичної освіти США наступили з публікацією Звіту А. Флекснера, за закликом якого запропоновано зменшити кількість медичних шкіл, ускладнити вимоги для вступу до закладу медичної освіти, залучати працівників та студентів таких закладів до ґрунтовних наукових досліджень, підсилити контроль держави в ліцензуванні закладів медичної освіти тощо. Ці реформаційні процеси стали відправною точкою інтенсивного розвитку сучасної американської медичної освіти. У ХХ ст. накопичення знань та розвиток медичної науки сприяв диференціації медичної професії в окремі підгалузі та впровадженню інституту інтернатури й резидентури.

Установлено, що паралельно зі збільшенням фінансування й розширенням системи Національних інститутів здоров'я, надбанням нових знань та практичного досвіду стрімко розвивається освітня й наукова діяльність у сфері медицини. Холодна війна, хоч і була загалом негативним явищем у соціальному сенсі, призвела до стрімкого розвитку науки й освіти, зокрема медичної. Прийняття низки законодавчих актів (Солдатський білль про права, Звіт комітету Трумена, Закон про громадські права) та системи грантів сприяли забезпеченню доступності освіти, а саме медичної, яка тривалий час залишалася елітарною.

Матеріали розділу висвітлено у таких публікаціях авторки: Ісаєва & Шумило (2020), Шумило (2019с), Shumylo, & et al. (2022), Shumylo (2022).

## РОЗДІЛ 2

### РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У США

У другому розділі «Ретроспективний аналіз розвитку вищої медичної освіти у США» представлено періодизацію розвитку вищої медичної освіти країни дослідження, а також охарактеризовано специфіку розвитку вищої медичної освіти на сучасному етапі.

#### **2.1. Періодизація розвитку вищої медичної освіти у США**

Розвиток освіти як складної системи, її результативність залежать від її ролі у суспільстві, соціального значення, спрямованості, певних просторових меж, зумовленості соціально-історичним розвитком конкретної держави, її культури. У зв'язку з цим, вивчення освітньої системи США, визначення тенденцій її розвитку та основних етапів нерозривно пов'язане з історією самої країни. Проблема періодизації розвитку освітньої системи в США набуває в сучасних умовах особливої гостроти. Це пов'язано, передусім, 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 розвитку, критичного аналізу освітніх реформ, їхнього впливу на соціально-економічну ситуацію в країні й навпаки, роль міграційних процесів тощо. Питання періодизації розвитку освітньої системи в США вважаємо актуальним з перспективи дослідження закономірностей її розвитку, виявлення причинно-наслідкових зв'язків, що є суттєвим для наукового обґрунтування та 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 конкретизації основних понять нашого дослідження. «Періодизація – це розподіл на періоди» (Бусел, 2004, с. 548). Періодизація історії розвитку освітньої системи США дуже тісно пов'язана з періодизацією всесвітньої історії та історії 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 протиріччях.

Опрацювання довідкової літератури дає можливість стверджувати, що період слід трактувати як «історичний етап у суспільному або культурному розвитку країни, народу, що характеризується визначними подіями, явищами або процесами» (Білодід, & et al., 1975, с. 589). У Термінологічному словнику української мови знаходимо трактування періоду, як певної «стадії, фази чого-небудь; історичний етап у суспільному або культурному розвитку країни, народу, суспільного явища, що характеризується визначними подіями, явищами або процесами» (Ващенко, 2012, с. 295). У сучасному тлумачному словнику української мови зазначено, що період – це «проміжок часу, обмежений певними датами, подіями тощо, час, коли щось відбувається, триває дія, розгортається чиясь діяльність, чи позначений існуванням, наявністю чого-небудь» (Яковлева, & Афонська, 2017, с. 485).

Етап – слід розуміти як «окремий момент, стадію в розвитку чого-небудь, у якій-небудь діяльності, окремий проміжок часу у 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» (Игибаева, 2009, с. 1).

Важливим аспектом історико-педагогічної періодизації історії освіти є питання висвітлення критеріїв, які допоможуть визначити під час дослідження міру для оцінки історико-педагогічного фактору, 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 чого-небудь.

Звернемося до поняття «критерій», яке в межах нашого дослідження має суттєве значення. В основу терміну «критерій» покладено поняття «критерій істини». Представники філософської течії діалектичного матеріалізму вважають, що критерієм істини є суспільно-історична практика (Шинкарук, 1986, с. 316).

Виходячи з вище викладеного, дослідження передбачає вивчення явищ історичної дійсності як міри 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 вказує шляхи їх вдосконалення. Як бачимо, періодизація історії розвитку освітньої системи є проблемою методологічного порядку. 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 їхніх 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 положеннями, об'єктивного підходу, дотримання наукової етики в оцінюванні тих чи інших педагогічних процесів. Як засвідчує аналіз досліджень з історії освіти й педагогіки, науковці дотримуються традиційних підходів до оцінювання 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 свідомо опускають ті історичні факти й педагогічні явища, які не відповідають їхнім інтересам, не задовольняють потреби сьогодення. Звичайно, такий підхід веде до фальсифікації історичної дійсності, до заперечення пізнавального значення історії освіти й педагогіки для суспільства (Игибаева, 2009, 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 (Игибаева, 2009, с. 4).

Періодизація історико-педагогічного процесу, зокрема, системи освіти США, повинна відповідати основним періодам соціально-економічного розвитку суспільства. С. Васильєва (2013) характеризує етапи розвитку цієї системи освіти і зазначає, що необхідно відштовхуватися від тих факторів, які здійснили вплив на становлення й розвиток системи медичної освіти. До них належать:

- соціально-економічний і культурний розвиток США в певний період;
- рівень грамотності, освітній потенціал населення;
- освітня ситуація в цілому, а саме особливості розвитку загальної та професійної освіти як в США загалом, так і в окремих штатах;
- етносоціальні, етнокультурні, етнопедагогічні чинники й особливості американського суспільства (Васильєва, 2013).

У вітчизняній науковій літературі представлені різні погляди на проблему критеріїв періодизації. Так, В. Курило (2000) вважає, що при розробці періодизації треба враховувати істотні характеристики системи освіти. Автор

визначає систему критеріїв як модель критеріально-комплексного підходу. Науковець наполягає на тому, що визначені 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 (Курило, 2000).

При типологізації освітніх реформ Л. Березівська (2009) виокремлює критерії, що можуть слугувати базою «для 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 домінанту циклової моделі дослідженого історико-педагогічного процесу» (Березівська, 2009, с. 40).

Феномен особистості враховує О. Сухомлинська (2003), коли розглядає проблему періодизації розвитку педагогічної думки, як одну з найскладніших, «комплексних і багаторівневих проблем наукового знання». З метою періодизації авторка послуговується культурно-антропологічним і цивілізаційним підходами (Сухомлинська, 2003, с. 47–49).

Отож, на наше переконання, періодизацію слід трактувати, як розподіл хронологічних меж становлення і розвитку системи освіти певної країни на періоди. Період – окреслюємо як певний інтервал часу, упродовж якого мають місце значимі події, факти, явища, безпосередньо пов'язані із життєдіяльністю суспільства. А критерієм періодизації є міра для оцінки історико-педагогічного фактору, який є рушійною силою процесу розвитку закладів освіти у певний період дослідження.

Низка американських вчених (Ж. Міллер (1976), Р. Гайгер (2014)) здійснили спробу укладання періодизації американської медичної освіти. У вітчизняних наукових працях (М. Шутова (2004), О. Стойка (2017)) трапляються поодинокі нариси загальноісторичної періодизації американської вищої освіти. У дисертаційній праці Т. Хвалибоги (2020) проведений вичерпний «аналіз

різних підходів до визначення критеріїв і здійснення періодизації окремо досліджуваних феноменів», який дозволяє нам сформулювати й встановити «основні критерії для обґрунтування історико-педагогічної періодизації розвитку вищої медичної освіти США: домінуюча науково-педагогічна парадигма, у межах якої розвивається вища медична освіта; характер політичних, соціальних та економічних подій у країні» (Хвалибога, 2020, с. 96).

Загалом, у сучасній історико-педагогічній науці є різні підходи до проблеми періодизації освітніх систем. «Складність цієї проблеми полягає в тому, що не просто встановити єдиний критерій, основу, які здатні задовольнити потребу в обґрунтованій декомпозиції всесвітнього історичного процесу та регіональних його історій. Конкретні результати освітніх реформ взагалі не можна вивести з їхнього задуму і виконання, оскільки їх вплив на освіту опосередковується різними соціокультурними чинниками (Хвалибога, 2020, с. 94).

Незважаючи на наявність вагомих досліджень, в американській та вітчизняній історико-педагогічній науці недостатньо обґрунтованою є характеристика основних періодів розвитку американської вищої медичної освіти. Характеризуючи етапи розвитку цієї системи освіти, слід відштовхуватися від тих факторів, які здійснили вплив на становлення і розвиток системи медичної освіти. Аналіз різних підходів до визначення критеріїв і здійснення періодизації окремо досліджуваних феноменів дозволяє сформулювати висновок про доцільність використання основних критеріїв для обґрунтування історико-педагогічної періодизації розвитку вищої медичної освіти США, запропонованих Т. Хвалибогою (2020).

На основі зазначених критеріїв можна виділити і предметно схарактеризувати основні періоди, які, своєю чергою, охоплюють специфічні внутрішні етапи. Узагальнена пропонована періодизація розвитку системи медичної освіти США представлена у формі таблиці 2.1 (Хвалибога, 2020).

За основу періодизації за першим критерієм взято масштабне аналітичне дослідження, яке отримало назву Звіту А. Флекснера (The Flexner Report) й

стало підґрунтям докорінних реформ американської медичної освіти. Його результати опубліковано 1910 р. (Flexner, 2018), де вперше описано близьку до сучасної модель медичної освіти. А. Флекснер вказав на небезпечну тенденцію відмови від справжнього пізнавального інтересу на користь прагматизму – в науці, в освіті і в людському мисленні загалом (Чайковський, & Хламанова, 2015, с. 125).

Таблиця 2.1

### Узагальнена періодизація розвитку системи медичної освіти США

(Укладено авторкою Т. Хвалибогою, 2020)

Період	Часові межі
<b>Критерій періодизації:</b> <i>провідна науково-педагогічна парадигма, що визначає розвиток вищої медичної освіти</i>	
Дореформений	Заселення Північної Америки першими племенами із Азії – 1910 р.
Післяреформений	1910 р. – дотепер
<b>Критерій періодизації:</b> <i>характер політичних, соціальних та економічних подій в країні</i>	
Доколоніальний період	Заселення Північної Америки першими племенами із Азії – 1620 р.
Колоніальний період	1620 – 1783 рр.
Період становлення національної системи медичного забезпечення	1783 – 1910 рр.
Період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти	1910 – 1975 рр.
Розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації	1975 р. – дотепер

Концепція А. Флекснера щодо реформи медичної освіти охоплювала три компоненти:

- 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) використання добре структурованого клінічного навчання, базованого на досвіді клінічної школи Джона Гопкінса;
- 3) розвиток наукової діяльності, на яку, крім суто наукових завдань, покладалася важлива освітня місія (Чайковський, & Хламанова, 2015).

Крім цього, А. Флекснер вважав, що наукова діяльність у клініці буде сприяти покращенню лікування хворих (Чайковський, & Хламанова, 2015, с. 127). Загалом, модель навчання медицині 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 ситуаціях невизначеності, які часто виникають в умовах клініки. Саме така можливість відрізняє лікаря від інших медичних працівників, дії яких жорстко регламентовані службовими інструкціями (Чайковський, & Хламанова, 2015, с. 126).

Таким чином, дореформений період (1620–1910 рр.) характеризується «учнівською» моделлю здобуття медичної освіти, великою кількістю «неакредитованих приватних медичних шкіл, відсутністю наукових досліджень у межах» діяльності закладів освіти. Післяреформений період (1910 – початок ХХІ ст.) «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 закладів освіти, скорочення кількості медичних шкіл через жорстке інспектування та акредитації (Хвалибога, 2020, с. 97).

В основу наступної періодизації покладено другий критерій. Тут виокремлюємо шість періодів, у межах яких є кілька підперіодів. 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 (Хвалибога, 2020, с. 98). Знання про лікування захворювань існували у формі народної медицини. Лікуванням займалися знахарі, які вважалися носіями знань про людину, набутих попередніми поколіннями. Загалом у доколоніальний період

накопичено значний обсяг досвіду та інформації про фітотерапію, лікування ран, легких недуг, контрацепцію, основи гігієни. У колоніальний період можна виділити підперіод перших колоніальних коледжів та підперіод Війни за незалежність. Становлення освітньої системи розпочалося із поселенням пуритан-емігрантів на території США. У новостворених колоніях постала необхідність заснування освітніх закладів. Відповідно, серед перших здобутків – «запровадження інституту обов'язкової освіти, відкриття Гарвардського коледжу й першої середньої школи (Бостонської школи латини). Саме ці події допомогли започаткувати розвиток освітньої системи у США» (Хвалибога, 2020, с. 98). Створення нових закладів вищої освіти тісно пов'язане з релігією, оскільки першочерговим завданням вищих шкіл була підготовка священнослужителів. Таким чином, незабаром після створення Коледжу Вільяма та Мері, конгрегаціоналісти (наступники пуритан) заснували Єльський університет, який, на думку засновників, відповідав ідеалам консервативності. Принстонський університет засновано 1746 р. пресвітеріанами з тих самих причин, що й 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 перших європейських поселенців пуритани, безсумнівно, найбільше цінували освіту (Jeynes, 2007, р. 45).

На основі зазначених критеріїв можна виділити й предметно схарактеризувати основні етапи й періоди, які, охоплюють специфічні внутрішні етапи чи періоди. Так, базис сучасної системи освіти США було закладено у період перших колоній. При цьому спостерігався відносно повільний поступ медичної освіти, внаслідок чого підготовка медиків відбувалася поза межами країни – у європейських університетах (Единбург, Лондон, Лейден). Відтак у XVIII ст. 117 американських лікарів опанували медичний фах в Шотландії в університеті Единбурга (Miller, 1976, р. 136).

Більшість медичних працівників здобували знання як учні лікарів-практиків (модель учнівства – apprenticeship). Тривалість такого навчання

становила зазвичай три роки. Воно полягало в постійних спостереженнях та безпосередній допомозі в роботі лікаря. Через брак кваліфікованих медиків населення, як і раніше, зверталось до надбань народної медицини. Іноді такі послуги надавалися церковнослужителями (Turner, Gregg, & Scarborough, 2020).

Війна за незалежність стала однією з головних історичних подій, які вплинули на становлення американської системи освіти. До 1776 р. американська система освіти розвивалася за європейським взірцем. Особливо притаманними їй були риси англійської системи освіти. І хоча Гарвардський, Єльський і Принстонський університети ще до 1776 р. здобули широке визнання, значна кількість представників американської еліти навчалася у Європі. Це призводило до засвоєння англійського, а не американського, бачення історії та загалом життя (Cremin, 1970, p. 471).

Проте, представники молодого нації відчували нагальну потребу навчати своїх майбутніх лідерів на американський лад. Тож 1776 р. США оголосили, що вони не є англійською колонією. Зі зростанням політичної і військової напруженості Оксфорд і Кембридж втратили привабливість для студентів (Tewksbury, 1932, p. 112).

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 спостерігається як на організаційному (середні і вищі школи), так і на змістовому (освітні програми) рівнях (Jeunes, 2007, p. 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 розвивати власний потенціал. 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, після Війни за незалежність різко зросла кількість коледжів (Jeunes, 2007).

Період Війни за незалежність значно вплинув на освіту, що назавжди змінило спосіб викладання у закладах освіти США. Впровадження єдиної освітньої програми дозволило об'єднати країну. Навчання велося за спеціальними підручниками, більшість яких написав відомий американський педагог, лінгвіст, реформатор Н. Вебстер. У 1765 р. було засновано першу медичну школу у складі коледжу Філадельфії, каталізатором чого став процес формування національної свідомості, а також усвідомлення потреби підготовки медичних кадрів для задоволення громадянських та військових потреб. 1767 р. засновано медичний факультет у Королівському коледжі в Нью-Йорку, у якому 1770 р. вперше в історії медичної освіти США випускникам було присвоєно ступені доктора медицини (Cooke, 1993, p. 985).

1782 р. засновано Медичну школу Гарвардського університету. По суті, здобуття незалежності США стало точкою відліку у формуванні 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.) вважається часом фундаментальних соціально-політичних перетворень, він мав важливе значення для становлення і розвитку американської медичної освіти. Чинниками, що актуалізували потребу у працівниках економічної, політичної, медичної, освітньої сфер, стали: активні політичні дискусії, формування загальнодержавної законодавчої бази, територіальна експансія, розвиток економіки тощо. У межах цього періоду виділимо чотири підперіоди: підперіод перших політичних дебатів, підперіод Громадянської війни, підперіод Реконструкції Півдня, підперіод Ери прогресивізму.

На етапі становлення нової держави вплив на розвиток американської освіти мали політичні перемоги демократ-республіканців. Саме завдяки цим

звитягам на політичній арені США у 1800-их рр. функціонує система початкової та середньої освіти, що є децентралізованою. Підтримка демократ-республіканцями розвитку державних коледжів, а федералістами – приватних релігійних університетів посприяли формуванню у Сполучених Штатах розгалуженої системи університетів та коледжів, що забезпечували високу якість освіти. Власне заохочення демократ-республіканцями до заснування державних коледжів посприяло їхньому інтенсивному розвитку та престижності, яку вони мають до сьогодні. Нині 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.

Одним із найтрагічніших періодів в історії американської освіти став період, коли уряди південних штатів, починаючи з середини 1820-их рр., під тиском рабовласників приймали закони, які забороняли навчання афроамериканців. Однак, тисячі вчителів Півночі навчали колишніх рабів на Півдні, навіть незважаючи на ризик стати жертвами ку-клукс-клану. Цей період історії США також демонструє, наскільки американська нація цінує рівність. Адже багато американців пожертвувало життям заради забезпечення рівних можливостей для всіх жителів країни. Освіта, на думку американців, є важливою ознакою рівності (Jeunes, 2007).

Крім активних політичних дискусій та становлення законодавчої бази всієї країни загалом, цей період є часом активної територіальної експансії, розвитку економіки, а також наростання внутрішніх суперечностей. Країна набула сучасного територіального оформлення (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 – постала потреба в працівниках економічної,

політичної, освітньої сфери. Медична освіта законодавчо виокремилася в самостійну галузь із заснуванням у 1847 р. Американської медичної асоціації. А на початку XIX ст. посталі медичні школи стали основними осередками здобуття медичної освіти у США. Станом на 1800 р. функціонувало усього чотири медичні школи: Університет Пенсильванії (заснований 1765 р.), Королівський коледж (1767), Гарвард (1782), Дартмут (1797). Між 1810 та 1840 рр. було засновано 26, а впродовж 1840–1876 рр. ще 47 нових шкіл. Вже наприкінці XIX ст. функціонували десятки шкіл, які спершу покликані були бути доповненням до наявної системи учнівства (apprenticeship), а згодом її замінили.

Хоча перші школи було створено з метою досягнення високих цілей, проте якість навчання не була задовільною. Про це свідчить відсутність вступних вимог, окрім можливості сплачувати за навчання. Поширеним явищем були дисциплінарні проблеми, що виникали через неприпустиму поведінку студентів. Повний термін навчання передбачав два чотиримісячні курси лекцій. Освітні програми, як правило, охоплювали сім дисциплін: анатомію, фізіологію та патологію, терапію і фармацію, хімію та медичну юриспруденцію; теорію та практику медицини; хірургію; акушерство та хвороби жінок і дітей. Навчання здебільшого мало теоретичний характер та охоплювало щоденно сім-вісім годин лекцій, з наступним студіюванням текстів підручників. Поверхневі лабораторні роботи навіть із клінічних дисциплін не давали можливості працювати з пацієнтами. Іспити були короткими і поверховими; практично єдиною вимогою для закінчення навчання була необхідність здійснити його оплату. Тим студентам, які мали прагнення здобути більш ґрунтовну підготовку, доводилося, крім навчання у медичній школі, шукати інші способи фахового вишкілу, наприклад, вступати до інших приватних шкіл, навчатися в Європі або працювати в лікарнях. Медичні школи середини XIX ст., такі як Медичний коледж Беннетта та Медичний коледж Дженнера в Чикаго, діяли як незалежні установи.

Клінічна база була лише номінальною, а професорсько-викладацький штат – мінімальним і, зазвичай, не перевищував шести – восьми професорів. По суті, викладачі володіли школами та використовували їх для отримання прибутку. Таким чином, спостерігалось домінування комерційних цілей над академічними. Характеристикою доброї медичної школи вважалась її прибутковість. Також не висувалося жодних вимог до споруди медичної школи та її устаткування, за винятком присутності анатомічної зали й приміщення для занять. Хоча американська медична освіта середини XIX ст. не відзначалась високою якістю, проте реформа системи у цей час вже розпочалась.

В основу трансформації було покладено кілька факторів: революція в європейській експериментальній медицині; подорожі значної кількості американських лікарів до європейських країн (зокрема, Німеччини) для вивчення лабораторних методів досліджень; поява в Америці сучасного університету; розвиток системи масової освіти, що мала на меті забезпечення для університету кваліфікованих абітурієнтів; поширення ідеї філантропії серед багатьох заможних підприємців. Синхронно 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 рр., викликало загострення суперечки щодо нових штатів, що стало найважливішою передумовою Громадянської війни. Низка істориків стверджують, що США стали повноцінною країною лише після Громадянської війни (Jeunes, 2007).

Цей факт обґрунтовується низкою чинників. По-перше, до Громадянської війни в державі були різні погляди на питання рабства. Унаслідок работоргівлі країна була буквально розколота навпіл. Тому А. Лінкольн (1858 р.) виступив зі своєю відомою промовою, у якій перефразував цитату з Нового Заповіту, сказавши, що «дім, розколотий навпіл, не встоїть». Дійсно, країна, яку роздирали внутрішні суперечки, не могла розвиватися. По-друге, на зорі політичного життя держави демократ-республіканці здобули перевагу над

федералістами, що призвело до акцентування на правах штатів, а не на створенні сильного центрального уряду (Johnson, 1997, p. 743; Stephens, 2011, p. 118). Звітяги демократ-республіканців не лише віддзеркалювали настрої народу, але й сприяли їхньому формуванню. Дійсно, приблизно за 170 років, із часів заснування колонії Джеймстаун 1607 р., американці звикли, що громади приймають незалежні рішення, і об'єднати їх було складно (Adams, 1854). Підтримка демократ-республіканців американським народом визначалася їхніми ідеалами свободи та незалежності. Відтак народ віддавав перевагу правам окремих штатів, а не ідеї загальнонаціональної єдності.

І врешті, лише після Громадянської війни в Америці почалося масштабне індустріальне будівництво та стрімкий розвиток транспортної інфраструктури. Це сприяло об'єднанню країни.

Середина 1880-их рр. у Сполучених Штатах характеризується активним прокладанням нових залізничних шляхів, зростанням обсягів морських перевезень. Зростання надійності та швидкості суден посприяло активізації поштових перевезень та торгівлі. Варто зазначити, що покращення транспортного сполучення почало відбуватися ще в період Громадянської війни внаслідок потреби перевезення військового спорядження та вояків. Відтак громадянська війна стала каталізатором розвитку транспортної системи США, що відіграла особливу роль в об'єднанні країни (Jeunes, 2007).

У цей період відбулася ще одна важлива подія, яка справила позитивний вплив на розвиток американської вищої освіти. 1862 р. ознаменувався прийняттям Акту Моррілла. Проект закону, запропонованого членом Палати представників Дж. Морріллом, започаткував забезпечення державної допомоги системі освіти (federal aid to education) шляхом наділення земельних ділянок університетам і коледжам (land grant college). Робота на таких ділянках мала унаочнити викладання сільськогосподарських та технічних наук (при збереженні в їхніх освітніх програмах точних і гуманітарних наук). Документом також було передбачено програми з підготовки до служби в армії. У цей період відбулося започаткування сучасної американської системи

медичної освіти, що охопило два етапи. Перший етап, започаткований у середині XIX ст., характеризувався революцією в ідеях щодо мети та інструментарію медичної освіти. Зокрема, спростовувалося традиційне уявлення про медичну освіту як процес вивчення фактів шляхом усного запам'ятовування. Проголошувалася нова мета медичної освіти – розвиток проблемного та критичного мислення, формування уміння віднаходити та оцінювати інформацію. Була зменшена питома вага традиційних методів (лекцій та роботи з підручниками), натомість зросла роль самоосвіти та навчання через практику. Участь в лабораторній роботі та клінічних заняттях мала сприяти трансформації студентів з пасивних спостерігачів, як це було раніше, на активних учасників освітнього процесу. Крім цього, відбувся перегляд інституційної місії медичних шкіл. Вона вбачалася не лише у передачі знань, але й у перетворенні цих закладів освіти на активних дослідників та відкривачів нових знань. А це, своєю чергою, призвело до того, що медичні школи більше не могли функціонувати як вільні установи. Скоріш за все, вони мали увійти до структури університетів, а їхніми працівниками мали стати фахівці, які були б не лише педагогами, але й науковцями.

Такі зміни стали необхідними й напередодні масштабних соціальних трансформацій, що характеризують наступний період разом із закінченням війни. Реконструкція Півдня є періодом в історії США після завершення Громадянської війни з 1865 р. до 1877 р., головним досягненням якого стало скасування рабовласницької системи по всій території США та реінтеграція південних штатів Конфедерації до складу США. 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 (Anderson, 1988, p. 19).

Частина рабів навчилася грамоти ще до Громадянської війни, коли здобувати освіту їм було заборонено. До кінця війни вчорашні раби організовували школи або опановували грамоту в церковно-парафіяльних школах (Jeunes, 2007).

Після війни питання освіти піднімалися на конституційних зборах у південних штатах. Усюди, окрім Нового Орлеана, створено систему державних шкіл із поділом за расовою ознакою. Початкові й іноді середні школи відкривали майже у кожному місті. Зазвичай, у селах школами слугували приміщення з одним класом, де вчитель з мінімальною заробітною платою працював приблизно з половиною місцевих дітей. Однак, на переконання консерваторів, для розорених та ослаблених війною регіонів Півдня система освіти була надзвичайно дорогою, а фінансування з федеральної скарбниці з метою підтримки системи освіти Півдня не здійснювалося до 1890 р. (Mayberry, 1991, p. 62).

Іншою проблемою була відсутність вчителів із темношкірого середовища. Після війни північні місіонери створювали приватні академії та коледжі для звільнених рабів на Півдні. Крім того, кожен штат засновував державні коледжі. Нормальні школи та державні коледжі готували педагогів до роботи з афро-американськими дітьми у контексті сегрегованої системи. До кінця століття більшість афро-американців були грамотними. Щодо вищої освіти, то наприкінці XIX ст. лише незначна кількість темношкірого населення починала її здобувати. Дізнавшись про те, що багато темношкірих студентів виключено з державних коледжів на півдні, 1890 р. федеральний уряд наполіг на створенні державних інституцій за Актом Моррілла у південних штатах, щоб забезпечити вищу освіту для темношкірих громадян і продовжувати отримувати кошти на чинні школи для білих (Mayberry, 1991, p. 85).

Підсумовуючи результати аналізу літературних джерел, можна виснувати, що цей період характеризується такими особливостями:

- 1) заснування значної кількості коледжів сприяло переходу від сільськогосподарських до складніших професій молоді;
- 2) існування широкої мережі коледжів, яка невпинно зростала, особливо сприяло підвищенню мобільності, готуючи управлінський персонал, тим самим надаючи містам по всій країні лідерів громад;

3) елітні коледжі набували більш закритого характеру і несуттєво, та все ж 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 й економічною владою. Зростання інтелектуальних еліт сприяло формуванню та підвищенню стандартів вищої освіти, зокрема медичної. Отож, 1876 р. створено Асоціацію американських медичних коледжів, яка відіграла значну роль у закріпленні високих стандартів американської медичної освіти. 1873 р. Медичний коледж Південної Кароліни – найстаріша медична школа Півдня, заснована 1824 р. вперше зарахував на навчання темношкірого студента (Hollis, 1956, р. 45).

Остання третина XIX ст. 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 побут американців. Це період завершення тривалої епохи воєн з індіанцями: освоєння Великих рівнин, будівництво залізних доріг і винищення бізонів призвели до загибелі рівнинних індіанців та остаточного переходу федерального уряду від підтримки системи договорів із племенами до взаємин з 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 (Buenker, Burnham, & Crunden, 1977, р. 21; Timberlake, 1970, р. 63). Боротьба з корупцією політичної еліти США була однією з цілей руху прогресистів (Connolly, James, & Fertig, 2019, р. 2). До прогресистів приєдналися прихильники модернізації системи охорони здоров'я та удосконалення в інших сферах суспільного життя, також надання виборчих прав жінкам (Kraditor, 1967, р. 134–36).

На початку XX ст. Сполучені Штати зміцнили, їхня економіка стала однією з найрозвиненіших у світі. 1900 р. в США зафіксовано найвищий рівень життя серед інших країн світу, і першість у цій сфері держава зберігала до 1973 р.



Учені переконані, що без вдосконалення американської освітньої системи в XIX – на початку XX ст., створення потужної економіки було б неможливим (Jeunes, 2007, p. 235). Важливу роль відіграли урбанізація, індустріалізація та імміграція (Hungerford, & Wassmer, 2004, p. 4).

Завдяки міцній основі, закладеній ще пуританами, освітня система США вийшла на новий рівень, досягнувши прогресу, небаченого до того у світовій історії (Jeunes, 2007, p. 262). Менше, ніж за 300 років сформувалася могутня й сучасна країна, цього вдалося досягти завдяки підтримці освітньої галузі. Загалом, кількість та характер шкіл змінювалися з метою задоволення потреб нових великих міст та іммігрантів. Навчальний план шкіл підготовки студентів пристосувався до зростаючої кількості державних та приватних університетів. Дж. Дьюї та інші прихильники прогресивізму виступали за впровадження змін у педагогічних коледжах як основи цілої освітньої системи країни (Cremin, 1988, p. 112). З 1910 до 1940 рр. кількість закладів вищої освіти суттєво зросла, охопивши значно ширший контингент населення. 1910 р., наприклад, 9 % американців мали вищу освіту, в 1935 р. – 40 % (Flexner, 2018, p. 683). До 1940 р. їх кількість зросла до 50 % (Goldin, & Katz, 2009, p. 144).

Однак медицина залишалася елітною спеціальністю, а стандарти зарахування до медичних шкіл були високими. 1928 р. вперше запровадили уніфікований тест на визначення готовності абітурієнта до навчання в медичній школі (Scholastic Aptitude Test for Medical Students), який згодом став основою для розробки сучасного тесту для вступу у медичний коледж. У результаті реформи й модернізації системи освіти, кількість шкіл у США значно збільшилася, особливо у великих містах. Після 1910 р. навіть у невеликих містах організовують заклади вищої та середньої спеціальної освіти, а до 1940 р. дипломи про їх закінчення отримав кожен другий молодий американець (Tuask, 1974, p. 168).

На початку 1870-их рр. тривали перші реформи в медичній освіті, коли Гарвард та університети Пенсильванії і Мічигану продовжили курс навчання до трьох років, а також було додано нові дисципліни та лабораторні роботи до

навчального плану, залучено штатних учених у галузі медицини. 1893 р. відкрито Медичну школу Джона Гопкінса, що відразу стала моделлю, на яку орієнтувалися інші медичні школи. Університет Джона Гопкінса 1876 р. став моделлю для сучасного американського дослідницького університету. Обов'язковою вимогою для вступу стало отримання диплому коледжу. Упроваджено чотирирічний навчальний план з дев'ятимісячними семестрами. Контроль за навчальними досягненнями здійснювався часто, лабораторні та клінічні заняття організовували під керівництвом учених, а дослідницька робота в галузі медицини стала одним з головних завдань медичної освіти. У 1880–1890-их рр. заклади вищої медичної освіти по всій країні почали наслідувати досвід провідних медичних шкіл, розпочавши кампанію з реформування американської медичної освіти. Таким чином, окремі приватні медичні школи поступово заміщувалися медичними школами при університетах (American Educational History: A Hypertext Timeline, 2022).

Проте, нові методи навчання були дорогими для реалізації. Отже, необхідною стала як інституційна, так і інтелектуальна революція, яка відбулася між 1885 і 1925 рр. Упродовж цього часу в медичних школах накопичено значні фінансові ресурси, збудовано нові лабораторії, зібрано найкращих 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 ст. Як зазначалося, 1910 р. А. Флекснер опублікував доповідь про стан медичної освіти в США та Канаді, де описано ідеальні умови для медичної освіти за прикладом Медичної школи Джона Гопкінса і несприятливі умови, які ще існували в більшості медичних шкіл. Хоча Звіт А. Флекснера не зробив достатнього інтелектуального внеску в обговорення проблеми підготовки лікарів, проте наблизив реформу медичної освіти до реального життя громадян, перетворивши те, що раніше було

приватним питанням у межах самої професії, у нагальне суспільне питання у США. У відповідь на Звіт, запроваджено державні та муніципальні податки для фінансування медичної освіти, залучено кошти благодійних організацій та фізичних осіб. 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 не будуть акредитовані, якщо працюватимуть лише задля прибутку.

У межах зазначеного періоду виділимо наступні підперіоди: I Світова війна та міжвоєнний час, Велика депресія, Новий курс, II Світова війна, підперіод освітніх реформ. Перший період вважаємо важливим для становлення інституту інтернатури. Під час I Світової війни медична освіта зосереджувалася винятково на додипломній медичній підготовці, після завершення якої студент отримував ступінь доктора медицини. Оскільки більшість випускників медичних шкіл працювала 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 (Flexner, 1910). Проте, до I 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 для кожного лікаря. До середини 1920-их рр. проходження інтернатури вимагали вже від усіх випускників закладів медичної освіти США. Прообразом інтернатури стали деякі посади (у сфері обслуговування) при лікарнях, які існували ще на початку XIX ст. До кінця сторіччя їх кількість скоротилася, і вони стали доступними лише невеликій кількості випускників (Ludmerer, 2005).

Хоч ці посади давали можливість жити і працювати в лікарні протягом року чи двох, вони передбачали виконання багатьох нерелевантних обов'язків, як, наприклад, підтримка порядку в лікарняних лабораторіях. Упродовж перших двох десятиліть XX ст. інтернатура перетворилася на справжній

освітній досвід. Стажування тепер передбачало активну участь в усіх необхідних конференціях, семінарах, обходах, лекціях та лікуванні хворих. Як правило, інтернатура тривала один рік, інколи – кілька років. Усі форми інтернатури передбачали участь у клінічних обходах та обстеженнях, що було неocenним для загальної клінічної підготовки. На початку ХХ ст. 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 представлено в США у лікарні Джона Гопкінса 1889 р.

Під час I Світової війни система резидентури клініки Дж. Гопкінса почала поширюватися і в інших установах. До 1930-их рр. резидентура стала єдиним шляхом опанування певною клінічною спеціальністю. При цьому вона замістила безліч неформальних, науково-необґрунтованих шляхів здобування спеціальності, як, наприклад, вступ на короткий курс до комерційних медичних шкіл.

Закономірно, що загальнонаціональні кризи дуже впливають на освіту. Велика депресія, II Світова, а також Холодна війни постали перед Сполученими Штатами як одні з найсерйозніших проблем, які коли-небудь виникали в цій країні. Під час Великої депресії відчутно скоротилося фінансування переважної більшості шкіл. II 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 II Світовій війні стало важливим нагадуванням, що може статися, коли політика країни ґрунтується на расизмі та шовінізмі. Згодом суттєвими чинниками, які змусили Сполучені Штати переглянути свої пріоритети в галузі освіти, стали Холодна війна та

запуск Радянським Союзом першого в світі штучного супутника (Jeunes, 2007, p. 262).

Унаслідок двох масштабних військових конфліктів, які відбулися протягом доволі короткого періоду – I та II Світових воєн, – американська освітня система почала змінюватися. Актуальності набуло питання забезпечення рівних громадянських прав. По-новому американці почали розглядати й проблему освіти жінок. Формується усвідомлення взаємозв'язку між рівнем освіти та національною безпекою.

Період II Світової війни став першим в історії Америки, коли міжнародний конфлікт вплинув на подальшу освітню політику країни так кардинально і швидко. Скорочення фінансування в часи Великої депресії позначилося на всій освітній галузі країни. У 1933 р. валовий внутрішній продукт (ВВП) країни скоротився майже наполовину (U.S. Department of Commerce Bureau of the Census, 1976, p. 154) і різкий економічний спад вплинув на розвиток американської системи освіти.

Утім, академічна успішність студентів у часи Великої депресії зросла (Jeunes, 2007, p. 311). Це пов'язано з тим, що в часи Великої депресії молоді люди почали більше читати. Вони хотіли навчатися та цінували можливість здобути освіту. Тогочасний середньостатистичний учень читав значно більше, ніж сучасні американські діти (Jeunes, 2007, p. 312). Велика депресія сприяла підвищенню рівня якості освіти. У цей період люди вважали, що освіта зможе вивести країну з економічної кризи (Cremin, 1961, p. 59). Під час Великої депресії кількість студентів у ЗВО зросла. Щоправда, найпрестижніші заклади освіти, які входять до Ліги Плюща, дуже прискіпливо відбирали абітурієнтів. Навіть у кризові часи в коледжах Ліги Плюща кількість студентів не зросла. А от кількість студентів державних коледжів різко збільшилася: цей показник зріс на 20–40 % (Brint, & Karabel, 1989, p. 63). Витрати федерального уряду на освіту значно скоротилися. Проте, основне фінансування загальноосвітніх шкіл, як і раніше, здійснювалося за кошти штату й місцевих бюджетів (Jeunes, 2007, p. 312).

На основі статистичних даних можна визначити, що фінансування практично всіх шкіл зменшилося, але економія досягалася, в основному, через замороження капітальних витрат, а не зниження вчительської зарплати. Наприклад, у 1932 р. у низці штатів сходу Америки зарплатня вчителів та директорів шкіл складала 98 % від заробітної плати 1929 р. (Tuack, Lowe, & Hansot, 1984, р. 35). Для порівняння: у цілому по країні у 1933 р. суттєво знизилися особисті доходи громадян, склавши лише 45 % порівняно з відповідними сумами 1929 р. (Jeunes, 2007, р. 314).

Вихід із масштабної економічної кризи забезпечено економічною політикою, яку проводила адміністрація президента Ф. Рузвельта. Він 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 р. 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 р. за ініціативою Американської медичної асоціації Палатою представників прийнято рішення про запровадження обов'язкового медичного страхування. Згодом, 1935 р. 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 нововведенням країна суттєво зміцніла напередодні нового випробування – II Світової війни. Незважаючи на те, що розвиток вищої освіти в США уповільнився у зв'язку з призовом молодих людей до армії, стандарти медичної освіти зростали. 1940 р. опубліковано Доповідь Комісії з вищої медичної освіти, у якій уперше описано процес підготовки інтернів та резидентів і запропоновано рекомендації з її покращення. Комісію зі зв'язків із

медичною освітою створено 1942 р. (Poncelet, & Hirsh, 2016, p. 285). Участь США у II 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.

У контексті медичної освіти цей період також характеризувався закріпленням інституту резидентури. На початку II 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 вважалася більш елітною. Лише третина випускників отримувала дозвіл на вступ до резидентури після проходження інтернатури. Крім того, особливістю резидентури було те, що резиденти несли відповідальність за лікування пацієнтів. Вони самі обстежували пацієнтів, вирішували питання щодо діагностики та терапії, а також виконували різні процедури (Ludmerer, 2005). Хоч їхня діяльність контролювалася лікарями, кожен слухач резидентури мав значну клінічну автономію. Це вважалося найкращим способом трансформації вчорашнього студента у самостійного лікаря. Окрім того, проходження резидентури передбачало виконання наукових досліджень. Резидентура стала важливою ланкою для формування нового покоління клінічних дослідників та лікарів-науковців.

У післявоєнний період вища освіта в США продовжувала стрімко розвиватися. Якщо у час загострення військово-політичної ситуації актуалізується військова медицина, то в мирний час фахівці зосереджуються на інших її галузях. Післявоєнний період надав поштовх розвитку вищої освіти не лише у зв'язку з формуванням нових суспільних вимог, а й через збільшення кількості молоді, яка мала потребу в здобутті освіти. Так, 1944 р. урядом США встановлено освітні привілеї для ветеранів та учасників II Світової війни у результаті прийняття т. зв. Солдатського білля про права (Servicemen's Readjustment Act / GI Bill) (Fraser, 2009, p. 121).

Завдяки виділеним Федеральним урядом США освітнім кредитам, значна кількість молоді отримала можливість вступати до закладів вищої освіти. Біллі про права ветеранів, прийняті після II Світової й корейської воєн (впроваджені відповідно 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 (Dye, 2007, p. 196).

У відповідь на запуск СРСР штучного супутника, прийнято Закон про освіту в галузі національної оборони (National Defense Education Act) 1958 р., який також вплинув на сферу вищої освіти, завдяки допомозі студентам, зокрема у вивченні природничих наук, математики й іноземних мов. Законом було визначено основну мету державної політики у сфері освіти – зміцнення потенціалу військово-технічного сектору США. Загалом період 1945–1960 рр. відзначився надзвичайно інтенсивним розвитком системи освіти США, що зумовлювався прагненням здобути військову перевагу. Найбільших змін та оновлення зазнали якісне оновлення технічного устаткування, форми і методи навчання. Відбулося посилення матеріально-фінансового забезпечення шкіл середньої і вищої ланки. Удосконалення торкнулося й освітніх програм, зокрема у галузі математично- природознавчих наук. Здійснювалося широке впровадження ідеї програмованого навчання. Відтак відбулася трансформація школи з елітарного інституту в масовий (Шутова, 2005, с. 8).

Щодо фінансування вищої медичної освіти, тут також спостерігаються зміни. У 1950-их рр. почали виділяти федеральні гранти на підтримку медичних шкіл та університетських лікарень. У практику входить отримання грантів на наукові дослідження (Barber, 2016).

Після II Світової війни викладачі медичних шкіл продовжують підкреслювати важливість «активного навчання». Проте післявоєнний період ознаменувався впровадженням кількох важливих нововведень: розробка навчального плану, заснованого на вивченні систем органів (1950-ті рр.),



винахід «проблемного» навчання Макмастером (1970-і рр.), упровадження програми первинної медичної допомоги Університетом Нью-Мексико (1980-ті рр.); створення програми «Новий шлях» в Гарвардській медичній школі (1980-ті рр.). 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 навчання у медичній школі.

Відображаючи зміни у суспільстві, медичні школи також стали більш репрезентативними для різноманітних груп населення, яким надавали освітні послуги. Релігійні квоти щодо унеможливлення навчання єврейських та католицьких студентів, які існували в багатьох медичних школах на початку 1920-их рр., зникли в 1950-их рр. після запровадження змін у законах про громадянські права. Вища медична освіта також суттєво змінилася після II Світової війни. Наприкінці 1940-их та 1950-их рр. проходження резидентури стало доступним для всіх випускників медичних закладів, а не лише для академічної еліти (Ludmerer, 2005).

Суттєві зміни спостерігаються у 1960-і рр., які відзначилися значними успіхами в різних сферах життя, зокрема і в медицині, сплеском громадської активності. Велике суспільство (Great Society) – це сукупність внутрішніх програм, які прийнято 1964 р. у 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 з метою викорінення бідності та расової сегрегації. Також запущено нові і вкрай важливі програми з реформування освіти та 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 суттєво скоротилося, такі програми як Медікер (Medicare) і Медікейд (Medicaid), а також програма федерального фінансування освіти, продовжують діяти дотепер (Ludmerer, 2005).

Унаслідок прийняття Закону про вищу освіту 1965 р. запропоновано федеральні стипендії та позики для студентів коледжів, субсидії кращим академічним бібліотекам, засновано декілька нових технічних інститутів, аудиторії для кількох сотень тисяч студентів, 25–30 нових громадських коледжів на рік. Окремий закон про освіту, прийнятий у тому ж році, надавав аналогічну допомогу стоматологічним та медичним школам (Higher Education Act, 1965).

Загалом, кінець 1950-их – 1960-і рр. 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: 1973 р. США довелося вивести війська з В'єтнаму; різке підвищення цін країнами-експортерами нафти призвело до енергетичної кризи, яка переросла в економічну; а 1974 р. президент Р. Ніксон змушений піти у відставку під загрозою неминучого імпічменту. Також у 1960–1970-их рр. впроваджується принцип «висока якість навчання для всіх». Забезпечується доступність навчання за допомогою законодавчих та адміністративних заходів, спрямованих на дотримання рівності різних рас та національностей (Шутова, 2005, с. 8).

1960-і рр. для американської освіти стали періодом різких змін. Це період студентських демонстрацій, які охопили багато університетських містечок, та протестів, передусім, проти війни у В'єтнамі. Виступи студентів справили істотний вплив на американську освіту й суспільство. Разом з тим, відбулися й інші важливі події, які суттєво вплинули на освіту, зокрема страйк учителів Нью-Йорка 1968 р.; рух, очолюваний Мартіном Лютером Кінгом-молодшим, за громадянські права; широке впровадження новітніх освітніх методик, які підтримували багато учених-теоретиків (Jeunes, 2007, р. 397).

Ці події сприяли запровадженню важливих змін в освітній сфері ХХ ст. В академічному середовищі наполегливо культивувалися ідеї необхідності перебудови освітніх та медичних структур з метою зміцнення престижу

професії сімейного лікаря. 1966 р. була опублікована доповідь Комітету Віларда, відповідно до висновків якої була надана рекомендація щодо зміни співвідношення кількості лікарів загальної та спеціалізованої практики в США й підвищення рівня якості вишкілу фахівців у галузі сімейної медицини. Була також надана рекомендація про введення до медичних вищих шкіл нової спеціальності, що отримала назву «сімейна практика», розроблена її концепція та окреслена відповідна програма навчання. У зазначений період також відбулося перетворення вищої школи США в багатоступеневий механізм. У системі вищої освіти США сформувалися такі види закладів освіти:

- дворічні коледжі гуманітарних і природничих наук;
- чотирирічні коледжі гуманітарних і природничих наук;
- дослідні та професійні школи університетів і коледжів з терміном навчання від 1 до 4-х років.

Одночасно активізувалися процеси інтеграції та кооперації ЗВО, що дозволило реалізувати у навчанні міждисциплінарний підхід. Орієнтація американської вищої школи на цей підхід у процесі професійної підготовки фахівців спричинила структурні зміни й всередині самих університетів, зокрема створення міждисциплінарних підрозділів. Поряд зі структурними змінами у вищій школі США також відбулися значні кількісні зрушення, пов'язані зі зміною чисельності студентів, професорсько-викладацького штату та різних типів закладів вищої освіти. У цей час у вищій школі США впроваджено низку новацій в організації освітнього процесу: міждисциплінарний принцип навчання, гуманітаризація освіти, інтенсифікація навчання; система керованої (контрольованої) факультативності, система індивідуалізованого навчання (система тьюторства), застосування активних методів навчання. Таким чином, у цей період актуалізувалася проблема реалізації рівності громадянських прав, зокрема, й у доступності до освіти, що знайшла успішне розв'язання у наданні грантів на дослідження у галузі медицини. Сфера фінансування вищої медичної освіти також зазнала суттєвих змін. Зокрема, інтенсифікувалося виділення федеральних грантів на підтримку медичних шкіл та університетських лікарень.

Усі ці зміни стали основою і результатом нової історичної реальності – глобалізованого суспільства (Ludmerer, 2005).

## **2.2. Особливості розвитку вищої медичної освіти у США на сучасному етапі**

Основними ознаками глобалізованого суспільства є стандартизація та уніфікація різних сфер людської діяльності, створення транснаціональних компаній, зростання ролі мережі Інтернет та англійської мови як мови міжнародної комунікації. Розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації (1975 р. – дотепер) характеризується зростанням її доступності для різних груп населення та іноземних громадян. У цей період особливого значення набувають Академічні центри здоров'я – інкорпорування медичної школи та університетської лікарні, які стали залучати найбільш кваліфікованих фахівців з усього світу, ставши надзвичайно впливовими закладами освіти та центрами наукових досліджень.

Цей період характеризується особливо активною участю президентів США у формуванні освітнього курсу країни. Загалом, зазначений період відзначається тенденцією істотного посилення державного регулювання вищої освіти, як на законодавчому, так і на адміністративному рівні. Це проявилось в реформуванні системи федерального і штатного управління вищою школою, у підсиленні значення системи законодавчого регулювання вищої освіти США. Розвиток освіти пов'язується із зміною технологій, методів та форм здобуття вищої освіти, що спрямовані на індивідуалізацію, гуманізацію та інтенсифікацію освітнього процесу.

Утім, у сучасних аналітичних дослідженнях американської освіти наводяться оптимістичні дані щодо її стану. Так, дослідники Дж. Ма, М. Пендер та М. Уелч (Ma, Pender, & Welch, 2016), проаналізувавши різноманітні показники, отримали можливість констатувати значний прогрес нації щодо збільшення кількості випускників середніх шкіл, що вступають до вищих шкіл. Також збільшився відсоток випускників середніх шкіл у коледжах

різних типів: з 51% у 1975 р. до 63% у 2000 р. і до 69% у 2015 р. Станом на сьогодні у 65% дорослих американців віком від 25 до 34 років наявний певний досвід навчання у коледжі. Варто відзначити, що у 2000 р. цей показник складав 57%, 1970 р. – лише 30%. Зросла й кількість дорослих з ступенем бакалавра чи вище: від 16% (1970 р.) до 29% (2000 р.) та до 36% (2015 р.) (Ma, Pender, & Welch, 2016).

Погоджуємося з твердженням дослідників про труднощі у висвітленні стану системи освіти в США, що детермінується низкою причин. Наприклад, дослідник історії американських коледжів Е. Дельбанко вважає, що однією з чеснот освітньої системи США є те, що вона узагалі по-справжньому ніколи й не була системою (Delbanco, 2012).

Система освіти Сполучених Штатів Америки охоплює такі структурні компоненти:

- дошкільну освіту, яку презентують дошкільні заклади – дитячі садки (kindergardens) та підготовчі дошкільні центри (preschools);
- шкільну освіту як сукупність початкових шкіл (elementary schools); шкіл неповної середньої освіти (middle schools); старших (повних) шкіл середньої освіти (high schools);
- вищу освіту (higher education), до якої належать коледжі, університети, технологічні інститути (college, university, institute of technology), що забезпечують освіту за різними програмами трьох рівнів (Bachelor's degree, Master's degree, PhD.).

Американську освіту можна назвати класичним прикладом децентралізованої освітньої системи, що адекватно управляється. Відповідно до чинного законодавства, управління системою середньої освіти здійснюється урядами штатів, їхніми органами та відомствами. У кожному з 50 штатів функціонування освітньої сфери регулюється власними нормативними документами. На рівні штату визначаються як умови зарахування та терміни навчання, зміст освіти, так і джерела та обсяги фінансування, вимоги до кваліфікації педагогічних працівників, регламентується оплата їхньої праці

тощо. Освітня політика на рівні штату визначається Радою з освіти штату (State Board of Education). До неї, як правило, входять 7–11 осіб, призначених губернатором з представників ділових кіл, професійних асоціацій, релігійних конфесій тощо. Радою з освіти регламентується діяльність виконавчого органу з освіти у штаті, яким є Департамент з освіти (Department of Education) та виборного службовця – Інспектора державних шкіл (Superintendent of Public Instruction). Основною адміністративною одиницею в освіті США є Місцевий шкільний округ (Local Education Agency). Однак управлінські повноваження названих органів поширюються, в основному, на дошкільну та шкільну освіту. Натомість вища освіта, презентована закладами різних типів, має широку автономію.

Довгий час у Сполучених Штатах Америки не було окремого департаменту (міністерства), що опікувався б питаннями освіти. У 1979 р було створено Департамент з питань освіти США (United States Department of Education). Сьогодні за кількістю виконавчих департаментів він є одним з найменших у США. Місія Департаменту полягає у сприянні успішності та конкурентоспроможності здобувачів освіти шляхом забезпечення досконалості освіти та рівного доступу громадян до неї. Останнє десятиріччя засвідчило значні успіхи Департаменту щодо збільшення інвестицій у сферу освіти, запровадження гнучких управлінських стимулів, підтримки учителів, запровадження змін у діяльність неефективних шкіл, популяризації та впровадження нових методів навчання.

Задля підтримки сфери освіти Конгресом США (United States Congress) у законодавчому порядку щорічно затверджується значна кількість різноманітних програм, фінансування яких здійснюється з федерального бюджету. Переважна їх кількість реалізується Департаментом з питань освіти. Чільне місце серед них відводиться програмам фінансового сприяння студентам університетів та коледжів в отриманні освіти. Прикладом може бути система грантів Пелла (Pell Grants). Варто відзначити плідну співпрацю Департаменту з питань освіти США з громадськими організаціями та структурами різного спрямування.

Відтак управління стає ефективнішим та спостерігається значна фінансова економія. Оскільки Департамент з питань освіти не здійснює адміністративні та розпорядчі функції стосовно закладів освіти (ця функція залишається у підпорядкуванні штатів), його діяльність переважно зосереджується на ухваленні рішень на макрорівні, що презентований рівнем загальнонаціональних інтересів, а, відтак, пов'язана з розв'язанням стратегічних завдань розвитку освіти в країні загалом (U.S. Department of Education, 2021).

Суттєва риса управління освітою в США – розробка стратегічних рішень на основі досліджень та об'єктивної інформації про її стан. Так, підґрунтям для здійснення реформ в освіті стали доповіді: «Нація в небезпеці: імператив для освітніх реформ» (A Nation at Risk. The Imperative for Educational Reform (Gardner, 1983) та «Випробовування лідерства: карта майбутнього вищої освіти США» (A Test of Leadership: Charting the Future of U.S. Higher Education) (U.S. Department of Education, 2006).

Структура вищої школи в США характеризується різноманіттям, чіткою ієрархією залежно від обсягу здійснюваних наукових досліджень, рівня освітніх курсів та присвоєваних академічних ступенів. У країні відсутнє чітке визначення поняття «заклад вищої освіти». До закладів цього рівня належать усі освітні установи, що реалізують підготовку фахівців після завершення середньої школи (postsecondary institutions). З практичної точки зору найбільш прийнятною у США вважається Класифікація закладів вищої освіти Карнегі (The Carnegie Classification), яка застосовується вже понад 40 років. Це розробка Фонду Карнегі (1970 р.), створена як інструмент для опису інституційного різноманіття закладів вищої освіти в контексті дослідницьких програм в галузі освітньої політики. В основі цієї класифікації – емпіричні дані щодо коледжів та університетів. Початково Комісія Карнегі з питань вищої освіти здійснила розробку класифікації коледжів та університетів задля підтримки власної програми досліджень та аналізу політики. Розроблена на основі емпіричних даних про коледжі та університети, класифікація Карнегі

(1970 р.) була опублікована 1973 р., а згодом оновлена 1976, 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2015, 2018 і 2021 рр. Ця класифікація широко використовується в дослідженнях, присвячених вищій освіті, як спосіб представлення та контролю за інституційними відмінностями (Carnegie Classifications, 2021).

Заклади вищої освіти США мають повну свободу щодо вибору освітніх програм, пошуку джерел фінансування. Зокрема, свобода стосується плати за навчання, підтримки різноманітних фондів, випускників, прибутків від наукової діяльності тощо. У кожному штаті сформувалася своя система ЗВО, що помітно вирізняються один від одного завданнями діяльності, а також якістю навчання. Розмаїття освітніх установ створює умови для оптимального вибору особистістю університету чи коледжу, що може реалізувати персональні запити щодо академічного, культурного та територіального контексту. Студенти мають свободу вільного переходу з одного закладу вищої освіти до іншого у межах штату. При цьому важливим є дотримання умови відповідності їхнього академічного статусу. Форми контролю (заліки та екзамені), складені студентом в одному університеті чи коледжі, перезараховуються в іншому. Є відмінності в оплаті навчання студентами – мешканцями інших штатів чи іноземців. Для них плата є вищою. Велика кількість закладів вищої освіти у США створює широке конкурентне поле, тому перед ними стоїть завдання запровадження новацій, пропонування нових освітніх програм, забезпечення високих стандартів навчання з метою залучення на навчання здібних та талановитих студентів.

Внаслідок широкої автономії закладів вищої освіти у США відсутні єдині критерії для відбору студентів. Кожен заклад вищої освіти визначає такі критерії на власний розсуд, керуючись принципом відбору необхідних йому («своїх») студентів. Серед таких критеріїв можна виділити наявність певних документів, до яких належать: атестат про опанування шкільної програми (high school); додаток до атестата – документ, який вказує на перелік опанованих учнем (студентом) курсів; документи, свідоцтва, сертифікати про участь у позанавчальній діяльності; документ, що засвідчує середній бал з попереднього



закладу освіти (Grade Point Average); документи, якими підтверджується платоспроможність кандидата на навчання.

Крім цього, при відборі абітурієнтів заклади вищої освіти керуються:

- результатами: вступного (мотиваційного) есе або вступного випробовування; стандартизованих тестувань (ACT, SAT тощо);
- наявністю: рекомендацій від учителів чи адміністрації середньої школи / закладу вищої освіти; праць наукового чи творчого характеру; досвіду роботи;
- враженням, яке справив абітурієнт у процесі вступної співбесіди.

Вважаємо за необхідне подати коротку характеристику перелічених тестів. Так, ACT (American College Testing) є стандартизованим тестуванням, що складається учнями після закінчення школи. Воно дає змогу оцінити наявні знання для вступу до закладів вищої освіти (спостерігається певна аналогія зі ЗНО, яке складають в Україні). Тестування проводиться некомерційною організацією ACT, Inc. Первинно ACT охоплював чотири тестові завдання з англійської мови, математики, суспільних та природничих наук. 1989 р. замість суспільних наук запропоновано розділ читання (Reading), що містить підрозділ «Суспільні науки», а природничі науки отримали назву Science Reasoning Test, до якого включено завдання, спрямовані на розв'язання проблем та розвиток логіки. З весни 2015 р., ACT можна скласти не лише в паперовому, але й комп'ютерному форматі. Однак школи, які не мають змоги проводити комп'ютерне тестування, можуть й надалі приймати тести в стандартному паперовому форматі.

Щодо тесту SAT, то тут зауважимо, що при започаткуванні тесту аббревіатура розшифровувалась як Scholastic Aptitude Test. 1993 р. тест отримав назву SAT I: Reasoning Test, натомість інші тести, як наприклад, Achievement Tests, були перейменовані у SAT II: Subject Tests. З 2004 р., ці тести називають SAT та SAT Subject Tests. Тестування SAT передбачає оцінювання за шкалою 200–800 балів: письмо (W 200–800 балів), математика (M 200–800 балів) і читання (R 200–800 балів). Розділ «Письмо» містить два підрозділи: перший охоплює питання множинного вибору (multiple choice questions) та оцінюється

за шкалою 20–80 балів; другий підрозділ передбачає написання твору й оцінюється за шкалою від 2 до 12 балів (United States Department of State, 2021).

В основі системи вступу до закладу вищої освіти у США лежить низка загальних принципів:

- демократії (здобувачем вищої освіти може бути будь-яка особа, незалежно від соціального чи расового походження, якщо вона відповідає вимогам, які висуваються до всіх);
- рівності (при вступі до закладу вищої освіти усі абітурієнти мають рівні права, що регламентується насамперед рівнем підготовки; за необхідності можуть бути застосовані компенсаційні механізми для осіб, які мають особливі потреби, однак вони жодним чином не нівелюють показники знань);
- недискримінаційності (відсутність упередженого ставлення до вступника за ознаками, які не стосуються його навчального потенціалу);
- змагальності (вступник має довести власні академічні і практичні переваги порівняно з іншими);
- конкурентності (перевага при зарахуванні надається тим особам, які мають вищі показники та досягнення, порівняно з іншими).

Структура американських університетів є доволі гнучкою завдяки відсутності у ній кафедри як підрозділу. Натомість відбувається формування на факультетах науково-освітніх програм, очолюваних професорами. Важливою характеристикою системи університетської освіти США є її індивідуальна спрямованість, що забезпечується індивідуальним обранням навчальних дисциплін в конфігурації: основна спеціальність (Major) та друга спеціальність (Minor). Вона спрямована на продуктивне становлення майбутнього фахівця, розвиток творчих потенцій особистості, упевненості в собі та своїх можливостях.

Варто зазначити, що при розробці освітніх програм значна увага приділяється дисциплінам, що є необхідними для отримання кваліфікації. До них належать основні дисципліни, що є обов'язковим для усіх студентів (Core courses); дисципліни спеціальності (Major courses); дисципліни додаткової

спеціалізації, що поєднані із основною спеціальністю (Minor courses); дисципліни за вибором (Elective courses).

В американській вищій школі відбувається реалізація новітніх освітніх технологій, широко застосовуються сучасні технічні засоби навчання та інформаційні технології. Для комунікації зі здобувачами освіти американські викладачі застосовують різноманітні канали. Зокрема, свою продуктивність у процесі навчання виявили електронна пошта, програми для обміну миттєвими повідомленнями, соціальні мережі, особисті web-сторінки та блоги, що містять вичерпну інформацію про викладача, пропоновані ним навчальні курси, а також різноманітні навчальні та довідкові матеріали на допомогу студентам.

У ЗВО США здійснюється діяльність різноманітних осередків, покликаних надавати майбутнім фахівцям допомогу у здобутті освіти та вибудовуванні власної кар'єри. Зокрема, до них можуть належати: мовний центр, основною метою діяльності якого є надання допомоги у формуванні різноманітних навичок, необхідних для виконання письмових робіт (доповіді, презентації, виступи); центр розвитку кар'єри, працівники якого надають допомогу у працевлаштуванні, організують зустрічі з потенційними роботодавцями тощо.

Відсутність в американських закладах вищої освіти академічних груп вносить специфіку до вільного вибору студентами навчальних дисциплін. Дуже часто студенти, які записалися на певний курс, вирізняються різним рівнем попередньої підготовки. З огляду на це, викладачам доводиться при розробці курсів дбати про їх зрозумілість для усіх і водночас про забезпечення зацікавлення дисципліною студентів, які вже мають певний академічний досвід.

Здебільшого діяльність американських закладів вищої освіти оцінюється за низкою параметрів: результативністю (кількість поданих заяв на вступ; кількісні та відносні показники випуску чи відрахувань; випуску за останні 6 років; працевлаштувань за фахом); рівним доступом до вищої освіти (вік, стать, етнічна та расова приналежність здобувачів освіти); економічною та фінансовою діяльністю (вартість навчання, матеріальна допомога студентам);

показниками якості професорсько-викладацького складу (наявність наукового ступеня, публікаційна активність, якість та результативність викладацької діяльності).

До найпрестижніших закладів вищої освіти у США відносять:

- ті, які належать до Ліги Плюща (Ivy League), яка поєднує вісім ЗВО, розташованих у семи штатах Атлантичного узбережжя США – університети Брауна (Brown University), Пенсильванії (The University of Pennsylvania); Колумбійський (Columbia University), Корнельський (Cornell University), Гарвардський (Harvard University), Принстонський (Princeton University), Йельський (Yale University), а також Коледж Дортмунда (Dartmouth College),
- Приватний університет Чикаго (штат Іллінойс) (University of Chicago, Illinois), заснований Дж. Рокфеллером (John Davison Rockefeller, 1839–1937),
- університети Тихоокеанського узбережжя, що функціонують у штаті Каліфорнія (California) – Стенфордський (Stanford University) та Берклі (University of California, Berkeley);
- технологічні інститути: Массачусетський (Massachusetts Institute of Technology, MIT) та Каліфорнійський (California Institute of Technology);
- коледжі, що є членами асоціації найбільш престижних та найстаріших жіночих коледжів на східному узбережжі США під назвою «Сім сестер» (Seven Sisters): Вассара (Vassar College), Редкліфф (Radcliffe College), Брін Мар (Bryn Mawr College), Веллслі (Wellesley College), Майнт-Голіок (Mount Holyoke College), Сміт (Smith College), Бернард-коледж (Barnard College).

Загалом, функціонування вищої освіти у Сполучених Штатах Америки регламентується відповідним законодавством. Насамперед мова йде про Закон про вищу освіту (публічне право 110–315) (The Higher Education Opportunity Act (Public Law 110–315), ухвалений 2008 р. Його положення уточнюють ті, що були задекларовані в аналогічному законі від 1965 р. з поправками (U.S. Department of Education, 2021).

Характерна різниця між американською та українською системами управління вищою освітою полягає в ступені автономії університетів, що

передбачає відмінності у ступені контролю державними інституціями, підходах до акредитації, характері та інтенсивності взаємодії ЗВО з ринком праці, що є високою у США та низькою в Україні, джерелах фінансування, зорієнтованості систем управління, критеріях якості освіти, підходах та ступені сформованості внутрішньої системи управління якістю освіти, ступені прозорості та відкритості даних про роботу закладу вищої освіти.

Друга половина XX – початок XXI ст. вважається особливо важливим періодом для розвитку освіти у США, оскільки у цей час відбуваються суттєві трансформаційні процеси в освіті, яка стає одним із ключових напрямів державної політики. Прийнято низку законодавчих актів і державних програм для вдосконалення системи загальної і вищої освіти. Ці зміни стосувалися нових видів фінансової допомоги, проблем гендерної рівності, навчання етнічних меншин, підготовки абітурієнтів до вступу у ЗВО, дистанційної освіти, академічної мобільності студентів тощо. Особливо слід акцентувати на посиленні уваги до питання відповідності вищої школи ринку праці, сприяння зв'язку вищої школи з виробництвом. Це стосувалося не лише професійної підготовки фахівців, але й діяльності дослідницьких університетів. Така тенденція, безумовно, є позитивною, однак, існує небезпека комерціалізації університетів.

Наприкінці XIX ст. американські ЗВО почали запроваджувати елективну систему формування освітніх програм. Відтоді вона неодноразово трансформувалася, однак й до цього часу залишається елективно зумовленою і називається системою контрольованої і керованої факультативності. Така система дає можливість студентам самостійно обирати дисципліни серед переліку запропонованих навчальних курсів у ЗВО. Усі курси поділяються на обов'язкові та факультативні, причому заклад освіти має змогу самостійно обирати кількість обов'язкових курсів, необхідних для отримання конкретного ступеню. Передбачається обов'язкове опанування частини з них у повному обсязі. Питома частка обов'язкових та факультативних курсів може варіюватися залежно від традицій чи спрямування закладу освіти.

До змісту освіти входять як фундаментальні знання, так і спеціалізація. Фундаментальні знання лежать в основі навчального плану професійної підготовки в університетах чи академічних коледжах. Як правило, вони опановуються до початку вивчення спеціалізації. Фундаментальні дисципліни вивчаються із дотриманням принципів «ядра», вибіркості та елективності. Принцип «ядра» передбачає вивчення основних предметів, які забезпечують освоєння широких фундаментальних знань. За принципом вибіркості студент самостійно складає індивідуальну програму і обирає для вивчення фундаментальні дисципліни. Реалізація принципу елективності передбачає опанування окремих предметів із запропонованих ЗВО, які вважаються основними.

Можливість вибирати дисципліни має як переваги, так і недоліки. Передусім, серед переваг виокремлюємо гнучкість, оскільки програма охоплює певну кількість доволі коротких курсів, що легко піддаються модернізації. Завдяки постійному оновленню освітніх програм з'являється можливість навчати студентів із залученням новітніх досягнень науки і техніки, враховувати потреби ринку праці, а також зважати на тенденції розвитку вищої освіти у світі. До переваг елективної системи також належить міждисциплінарний підхід до процесу опанування знань та проведення наукових досліджень. Серед основних недоліків цієї системи виділяють слабку теоретичну підготовку, фрагментарність набутих знань, надмірне врахування вимог регіонального ринку праці. В американських закладах вищої освіти постійно відбувається модернізація і вдосконалення навчальних дисциплін, що не дає змоги відобразити повний теоретичний обсяг в доволі коротких курсах. Це веде до втрати фундаментальними дисциплінами значущості та актуальності. При цьому сьогодні принципово змінилися вимоги до фахівців, що спричинено швидким оновленням знань, інтеграцією навчальних дисциплін, а також виникненням нових, що творяться на межі наукових галузей, тощо. Якщо раніше, головним завданням вищої освіти була підготовка фахівців, здатних вільно оперувати основами наукової галузі, то сьогодні на чільне місце

виходить здатність до генерації нових ідей на основі різноманітних знань. У результаті в освітніх програмах зменшилася питома вага теоретичних знань, натомість зріс масив інформації щодо останніх досягнень науки і техніки, їхнього практичного застосування тощо.

Окрім елективності, організації освітнього процесу у вищій школі притаманне використання кредитної системи, що базується на модульній організації навчальної дисципліни та передбачає поділ змісту навчання на структурні елементи (модулі). Традиційно навчальний курс охоплює лекції, лабораторні заняття, семінари, а також передбачає самостійну роботу, стажування, реалізацію індивідуальних та групових проєктів тощо (Shedd, 2003; Ehrlich, 2003).

Наприкінці ХХ ст. актуалізувалося питання доступності освіти. У США відбувалося становлення нетрадиційних ЗВО формальної освіти, що дають можливість вчитися з частковим відривом або без відриву від виробництва. Більшість студентів при зарахуванні до коледжів мають право самостійного укладання розкладу, що дозволяє навчатися в умовах системи «неповного навчального дня», у вихідні дні та впродовж канікул. До найбільш поширених структур нетрадиційного типу можна віднести «коопероване навчання», «університет без стін», екстернат, дистанційне навчання тощо. Деякі з них забезпечують рівень початкової професійної освіти, а інші – підвищення кваліфікації чи післядипломну освіту (Bowers-Brown, 2006).

Упродовж останніх десятиліть спостерігаються зміни у фінансуванні американської вищої школи, яка має два джерела – державний бюджет і приватний капітал. Спершу, державне забезпечення було незначним, а вища освіта отримувала фінансування, в основному, від приватного капіталу. Проте, в другій половині ХХ століття обсяг державного фінансування почав перевищувати приватний. Сьогодні зберігається стабільна тенденція балансування між державними і приватними пріоритетами незважаючи на те, що державне фінансування вищої освіти дещо скоротилося. Фінансове забезпечення вищої освіти у Сполучених Штатах Америки реалізується у

межах трьох основних напрямів, що охоплюють наукові дослідження, інституційну допомогу і допомогу студентам (Мартинов, 2016). Трансформаційні процеси, що відбувалися в системі американської вищої освіти за останні десятиліття, сприяли якісним зрушенням у вищій освіті. Однак, пріоритетним завданням вищої школи США залишається підвищення рівня якості освіти.

Проблеми в медичній освіті зростали поступово, критика незадоволених ставала все більшою. У світі інтенсифікувалися процеси інтернаціоналізації, що спричинили, зокрема, міграцію, як студентів, так і практикуючих лікарів. Рівень освіти визначався цілою низкою чинників: економічним становищем країни, традиціями, матеріальною базою та розвитком науки. Відтак постала необхідність змінюватись разом із суспільством. Серед світової спільноти медиків та наукових працівників тривалий період часу проводилися опитування, дослідження та аналіз стану медицини в цілому і було зроблено висновок про необхідність реформи у відповідь на очікування та потреби суспільства, розвиток нових наукових знань та інформаційних технологій, що засвідчує потребу у постійній професійній співпраці та вдосконаленні знань впродовж всього життя (WHO, 1995).

Всесвітня федерація медичної освіти – ВФМО (WFME) є міжнародною організацією, що ставить основною метою покращення якості медичної освіти та фахової підготовки лікарів. Вона презентує заклади, що здійснюють фахову підготовку медиків, та реалізує заходи у напрямі підтримки найвищих етичних та наукових стандартів у медичній освіті. У 1984 р. ВФМО започаткувала роботу над проведенням реформ у медичній освіті, зініціювавши розробку «Міжнародної програми співробітництва з переорієнтації медичної освіти», що втілилася у змісті Единбурзької декларації, рекомендацій Всесвітнього саміту з медичної освіти (1993 р.), а також Резолюції 48.8 «Переорієнтація медичної освіти та медичної практики в ім'я здоров'я для всіх» (World Federation for Medical Education, 2003). У ході обговорення на 5-й Всесвітній конференції з медичної освіти Всесвітньої медичної асамблеї стану медичної освіти (ВМА)



(Декларація 5-ї Всесвітньої конференції ВМА щодо медичної освіти, 1991), було резюмовано:

- метою медичної освіти має бути виховання кваліфікованих та високоморальних лікарів, здатних до формування конструктивних взаємин із пацієнтами;
- складовими кваліфікації мають бути знання, навички, цінності, поведінка й етика, спрямовані на забезпечення якісної профілактики та лікування кожного пацієнта і суспільства в цілому;
- дослідження, навчання та етичний догляд за пацієнтом нероздільні й істотні для досягнення мети – кваліфікованості лікаря;
- необхідна розробка міжнародної базової освітньої програми, яка дозволить підтримувати кваліфікацію лікаря, навички якого не залежали б від державних кордонів;
- необхідна розробка міжнародних стандартизованих методів для визначення рівня професійної кваліфікації і діяльності, що могли б застосовуватися на всіх етапах професійного розвитку: переддипломному, післядипломному і неперервної медичної освіти;
- для сприяння розвитку суспільної політики, освіти лікарів та просвітництва громадськості необхідне забезпечення вільного і швидкого розповсюдження отриманої та проаналізованої інформації з проблем епідеміології, епідеміологічного процесу та громадського здоров'я;
- необхідне встановлення міжнародних стандартів для оцінювання програм медичної освіти;
- навчання протягом усього життя лікаря необхідно віднести до моральних обов'язків всіх лікарів та Міжнародного кодексу з медичної етики;
- у всіх країнах світу має бути швидке реагування медичних асоціацій на чинники, що загрожують цілісності медичної освіти;
- особливу увагу варто звернути на ефективність, безпеку і використання нових технологій як чинники, що мають значний вплив на розвиток медичної

освіти (Декларація 5-ї Всесвітньої конференції ВМА щодо медичної освіти, 1991).

За участю міжнародних організацій, зокрема, ЮНЕСКО, ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), Всесвітньої медичної асоціації, започатковане упровадження програми «Міжнародні стандарти медичної освіти». Її мета полягає у забезпеченні підвищення якості медичної освіти. До того ж Міжнародною радою з акредитації медичної освіти було впроваджено стандарти оцінювання закладів освіти, що дало поштовх до змін. Відповідаючи на потребу переорієнтації та реформування медичної освіти й розвиваючи власний проєкт «Міжнародні стандарти медичної освіти» (The World Federation for Medical Education, The Executive Council, 1998), ВФМО розробила «Міжнародні стандарти базової (додипломної) медичної освіти» (International Standards in Basic Medical Education) та рекомендації щодо їх застосування. Проєкт опубліковано 2000 р. (WFME, 2020, р. 665–675), а триплет стандартів затверджено 15–19 березня 2003 р., оновлено в 2017 р. Він стосується не лише базової, але й післядипломної медичної освіти та неперервного професійного розвитку лікаря.

Ці стандарти розроблено трьома міжнародними комісіями та обговорено у різних країнах світу. Перший обмін думками робочої групи відбувся в Данії (Копенгаген, жовтень 1999 р.) (World Federation for Medical Education, 2003). Було визначено декілька першочергових стандартів базової медичної освіти для медичних ЗВО. Ці стандарти дали вагомий поштовх до реформування. Серед основних рекомендацій: створення спільних навчальних планів, які б включали блоки фундаментальних знань як з базових, так і клінічних дисциплін, медичну етику, клінічні і комунікативні навички, а також нерозривне навчання на основі практики; освітні програми можуть доповнюватись до 40% певними елементами, відповідно до регіональних, національних та інституційних потреб згідно зі станом здоров'я, традиціями та культурою країни; унезалежнення від політичного та економічного становища країни; впровадження наукових новацій та обмін знаннями в освітньому процесі, застосування проблемно-

орієнтованого навчання та проведення занять у малих групах; скорочення кількості іспитів з одночасним підвищенням якості оцінювання знань та створенням єдиних критеріїв щодо контролю професійної компетентності; завданням медичної освіти має стати розвиток аналітичних здібностей та стимулювання до перманентного навчання.

Другий обмін думками відбувся в Іспанії (Барселона, 2001 р.). Робочою групою було розроблено основні принципи реформ й видано посібник щодо запровадження розроблених стандартів. Варто зазначити, що хоча першопочатково стандарти ВФМО розроблялись як інструмент акредитації, згодом вони послужили запорукою якості освіти у різних країнах світу.

Третій обмін думками та ухвалення Триплету стандартів відбулися в Данії (Копенгаген, червень 2001 р.) (World Federation for Medical Education, 2003).

У 2020 Всесвітня федерація медичної освіти (WFME) опублікувала третє видання Стандартів базової медичної освіти у неперервній програмі Глобальних стандартів покращення якості медичної освіти. Перше видання цих стандартів опубліковано 2003 р., друге – 2012 р. з доопрацюванням у 2015 р. (WFME, 2020).

ВФМО завжди наголошувала, що стандарти є вказівкою для розвитку та оцінювання медичної освіти. Їх слід розглядати як рамку, яку можна змінювати та адаптувати до локальних умов. Зі зростанням розуміння важливості медичної освіти, ВФМО вирішила переглядати стандарти, щоб їх можна було застосувати у різних країнах за різних умов (Karle, Christensen, Gordon, & Nystrup, 2008). Медична освіта характеризується цінностями та ідеями, що різняться залежно від соціальних та географічних контекстів. Те, що буде корисним для одного медичного закладу, може не відповідати потребам іншого. Тому ВФМО постановила, що кожен заклад має право на свою версію базових стандартів, котрі будуть найбільш прийнятними (Black, Hopper, & Vand, 2007).

Стандарти охоплюють 8 напрямів: 1. Місія та цінності; 2. Робочий план; 3. Оцінювання; 4. Студенти; 5. Академічний персонал; 6. Освітні ресурси; 7. Забезпечення якості; 8. Управління та керівництво (WFME, 2020; Karle,

Christensen, Gordon, & Nystrup, 2008; Black, Hopper, & Band, 2007) (див. Додаток А).

Таким чином, сформульовано критерії трьох етапів неперервної медичної освіти (НМО) – додипломного, післядипломного та неперервного професійного розвитку (НПР): додипломна медична освіта – мінімум 6 років, 5500 год. Підготовка лікарів у закладах вищої медичної освіти; післядипломна медична освіта тривалістю 2–10 років. Повний курс підготовки дозволяє фахівцю отримати ліцензію на самостійну медичну практику, сертифікат на лікарську спеціалізацію. Неперервна професійна освіта, самоосвіта та саморозвиток тривають 30–40 років.

Спостерігається чітка наступність у підготовці лікарів: в основі кожного наступного етапу – попередній. При цьому кожен з етапів забезпечує вищий рівень професійного вишколу. На кожному освітньо-кваліфікаційному рівні медичної освіти відбувається завершена і поступова підготовка медиків залежно від опановуваної на додипломному, післядипломному рівнях, зрештою, впродовж усієї професійної діяльності, кваліфікації (World Federation for Medical Education, 2003).

Охорона здоров'я у США розглядається як приклад державно-приватної системи зі стійкими ринковими механізмами і однією з найбільших галузей економіки, що має розвинену систему державної підтримки та регулювання.

Акредитація Комітету по Взаємодії в сфері медичної освіти – КВМО (Liaison Committee on Medical Education – LCME) – це добровільний, рецензований процес забезпечення якості, який визначає, чи відповідає програма медичної освіти встановленим стандартам. Цей процес також сприяє інституційному та програмному вдосконаленню. Щоб отримати та зберегти акредитацію, програма медичної освіти, яка веде до ступеня доктора медицини в США та Канаді, повинна відповідати стандартам акредитації КВМО, що містяться в документі «Функції та структура медичної школи». Заклади освіти повинні підтвердити, що їхні випускники демонструють загальні професійні компетентності, які є відповідними для вступу на наступний етап підготовки, і,

які слугують основою для навчання протягом усього життя та кваліфікованого медичного обслуговування.

Цей документ містить вказівки щодо місії, планування, організації та цілісності освітніх програм; лідерства й адміністрування; академічного середовища; підготовки, продуктивності, участі та політики факультетів; навчальних ресурсів та інфраструктури; компетентностей, освітніх цілей та навчальних планів; змісту освітньої програми; управління, оцінювання та покращення освітньої програми; навчання, керівництва, безпеки студента та пацієнта; відбору студентів-медиків, завдань та успішності; академічної підтримки студентів-медиків, консультацій з питань кар'єри; послуг системи охорони здоров'я для студентів-медиків, персональних консультацій та послуг фінансової допомоги (Liaison Committee on Medical Education, 2019). Стандарти щодо змісту освітньої програми подано у Додатку Б.

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі «Ретроспективний аналіз розвитку вищої медичної освіти у США» представлено періодизацію розвитку вищої медичної освіти країни дослідження, а також охарактеризовано специфіку розвитку вищої медичної освіти на сучасному етапі.

Відповідно до критерію періодизації, що базується на домінуючій науково-педагогічній парадигмі, в межах якої розвивається вища медична освіта, періодизація розвитку системи медичної освіти США поділяється на дореформений (заселення Північної Америки першими племенами із Азії – 1910 р.) та післяреформений (1910 р. – дотепер) періоди.

Визначено інший критерій періодизації, що базується на характері політичного, соціального та економічного становища країни та охоплює такі періоди: доколоніальний (заселення Північної Америки першими племенами із Азії – 1620 р.), колоніальний (1620–1783 рр.), період становлення національної системи медичного забезпечення (1783–1910 рр.), період реформування та

удосконалення національної системи медичної освіти (1910–1975 рр.), розвиток системи медичної освіти в умовах глобалізації (1975 р. – дотепер).

Установлено, що характеристикою доколониального періоду є: відсутність єдиної централізованої стандартизованої педагогічної системи. Медичні знання передавалися в усній формі, а в їх основі лежав багатовіковий емпіричний досвід корінних жителів Америки. Початок колониального періоду пов'язується з поселенням на території США пуритан-емігрантів. До найважливіших напрацювань цього періоду належать впровадження інституту обов'язкової освіти, заснування перших колониальних коледжів, розвиток медичної освіти у формі «учнівської» моделі навчання. Окрім того, що період становлення національної системи медичного забезпечення був часом фундаментальних соціально-політичних перетворень, він мав вагоме значення для становлення медичної освіти Сполучених Штатів Америки. Активні політичні дискусії, розвиток державної законодавчої бази, територіальна експансія, розвиток економіки стали чинниками, які викликали потребу у працівниках економічної, політичної, медичної, освітньої сфер. Відбувається реформування чинної «учнівської» моделі, формується уявлення про роль медичної освіти, що покликана формувати проблемне та критичне мислення, вміння знаходити, опрацьовувати та оцінювати інформацію. З'явилася ідея про необхідність здобуття нових знань шляхом клінічних досліджень. Це стало чинником трансформації медичних шкіл як автономних закладів у структурні підрозділи університетів, що були потужними освітньо-дослідницькими установами. Періоду, пов'язаному із реформуванням та удосконаленням національної системи медичної освіти, притаманна необхідність подолання кількох соціальних викликів. Одним з них стала боротьба із сегрегацією в галузі освіти загалом та медичної освіти зокрема. Найбільшим здобутком цього періоду стало удосконалення структури навчання у медичних школах. Зокрема, з'явилися нові дисципліни, було впроваджено наукові та лабораторні роботи, імплементовано чотирирічний навчальний план з тривалістю семестрів – дев'ять місяців, почалося поступове заміщення окремих приватних медичних

шкіл такими ж школами при університетах. Медичні школи упродовж цього часу накопичили значні фінансові ресурси, було збудовано нові лабораторії, впроваджено інститут інтернатури та резидентури як необхідних складових фахової підготовки лікаря. Цей період став свідченням готовності США до тогочасних викликів. Унаслідок двох масштабних військових конфліктів, які трапилися протягом доволі короткого періоду, американська освітня система почала змінюватися та розвиватися. Актуальним в Америці стало питання забезпечення рівних громадянських прав та доступності освіти.

З'ясовано також суттєві зміни у сфері фінансування вищої медичної освіти. Зокрема, фінансові виклики спонукали до започаткування федеральних грантів, спрямованих на підтримку як медичних шкіл, так і лікарень, що функціонували при університетах. Відбулася також активізація процесів кооперації та інтеграції закладів вищої освіти, що посприяла реалізації міждисциплінарного підходу до навчання. Міждисциплінарна основа підготовки спеціалістів призвела до появи структурних змін і в межах університетів, пов'язаних із створенням міждисциплінарних департаментів.

Висновуємо, що 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 виявилось в перебудові системи управління вищої освіти на федеральному та рівні штатів, у зростанні ролі системи законодавчого регулювання вищої освіти США. Стала відчутною стійка тенденція до гуманізації, індивідуалізації та інтенсифікації освітнього процесу шляхом впровадження нових форм, методів та технологій здобуття вищої освіти.

Матеріали розділу висвітлено у таких публікаціях автора: Шумило (2019b), Шумило (2021).

## РОЗДІЛ 3

### СИСТЕМА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У США

У третьому розділі «Система вищої медичної освіти у США» виконано аналіз особливостей організації медичної освіти, представлено сучасний стан та перспективи розвитку вищої медичної освіти в Україні, а також запропоновано авторське бачення можливостей використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України.

#### **3.1. Організація вищої медичної освіти**

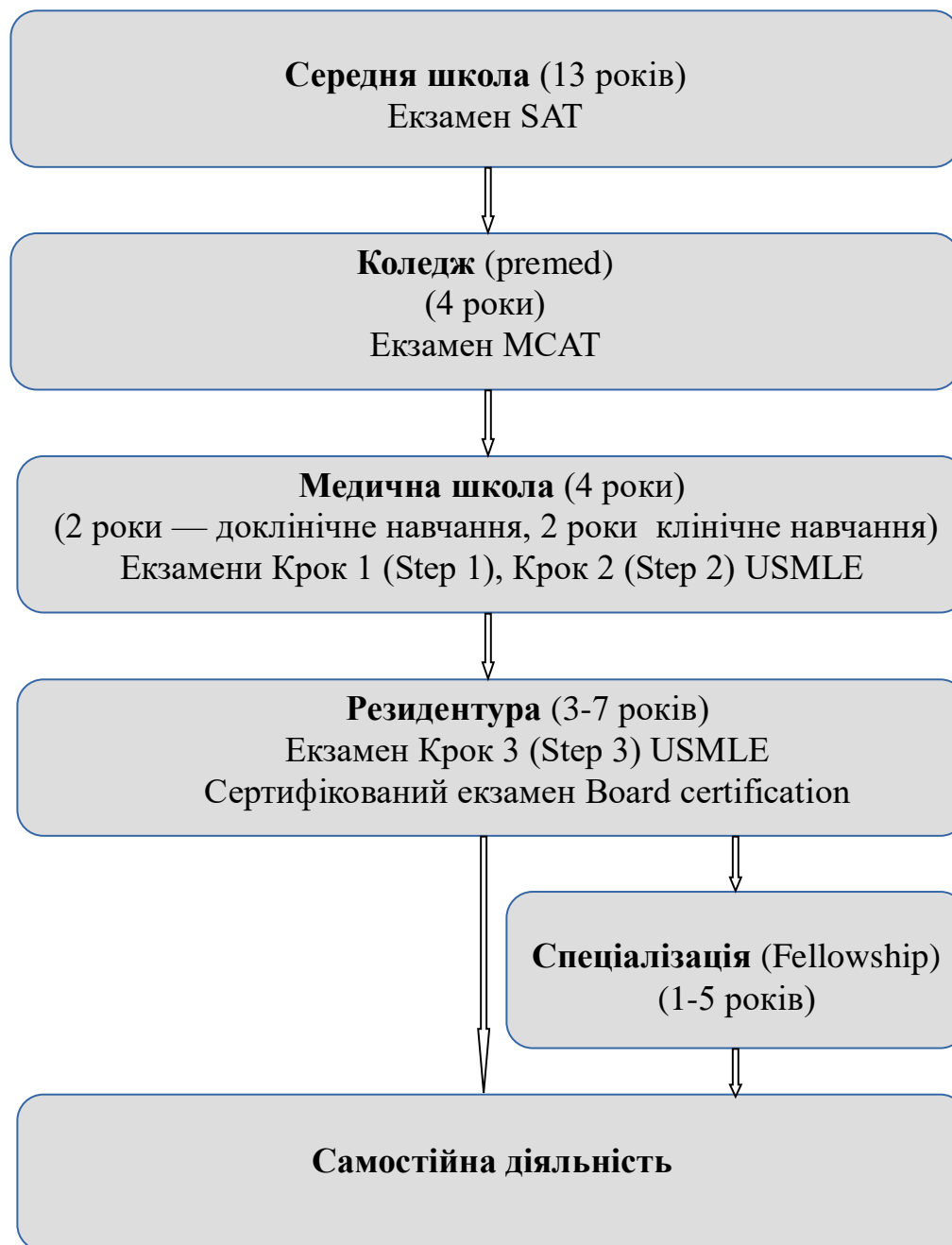
Більшість медичних шкіл у США – це структурні підрозділи університетів, лише деякі з медичних шкіл – це самостійні заклади. Рада опікунів – найвищий адміністративний орган університету – призначає декана, який очолює університетську медичну школу. Декан підпорядковується ректору університету, а також раді опікунів. Академічна рада факультету функціонує як головний консультаційний орган. Навчання у медичній школі триває чотири роки, перші два з яких присвячені доклінічній підготовці, а наступні два – клінічній. У багатьох американських медичних школах широко застосовується системний підхід до організації освітнього процесу: майбутні медики комплексно вивчають органи та системи людського організму за нормальних та патологічних умов. У медичних школах США значна увага приділяється кожному студенту. Деякі медичні школи у Північній Америці послуговуються системою співвідношення викладачів і студентів 1 до 5-9, на відміну від 1 викладача до 20 або навіть 100 студентів у деяких університетах інших країн.

Структура вищої медичної освіти має свою специфіку у США. Для кращого її розуміння подаємо її схематичне зображення на рис. 3.1.

Домінантною формою медичної освіти в США є алопатична, інша форма – остеопатична медицина. Остеопатичні медичні школи присуджують ступінь доктора остеопатичної медицини (DO), тоді як традиційний медичний ступінь,



доктор медичних наук (MD), вимагає підготовки з алопатичної медицини. Вимоги для вступу і навчання схожі в обох формах, лише в остеопатичних школах навчають маніпуляцій (Gevitz, 2009).



*(Рисунок підготовлений авторкою на основі опрацювання джерельної бази дослідження)*

Медична освіта у США дещо відрізняється від європейської. Для вступу до закладів вищої медичної освіти у США необхідно здобути ступінь бакалавра, як

правило, навчаючись протягом 4 років після школи. Цей ступінь можна отримати в будь-якій галузі, проте, перевагою буде біологія, хімія, фізика та математика. Студенти також повинні здати вступний тест в медичний коледж (Medical College Admission Test – MCAT), екзамен, що оцінює основні знання з біології, хімії та фізики, а також критичний аналіз і навички мислення. Цей екзамен був реструктурований 2015 р. для перевірки наукових компетентностей, як відповідь на усвідомлення важливості соціальних, психологічних та поведінкових факторів у системі охорони здоров'я, у відносинах лікар-пацієнт. Він розглядається як можливість перевірити не лише знання абітурієнтів, але і того, як вони можуть використовувати власні знання на практиці. Студенти зазвичай витрачають понад 2000\$ на підготовчі курси, оскільки результати тесту MCAT є важливими для вступу у більшість медичних шкіл (Mowery, 2015). Такі вимоги встановлено Асоціацією американських медичних коледжів – ААМК (ААМС). Екзамен MCAT є частиною вступного процесу у медичні школи вже понад 90 років, проте його переглянуто 2015 р., щоб відобразити найновіші зміни в науці та медицині. MCAT – стандартизований тест, призначений Асоціацією американських медичних коледжів для абітурієнтів, які прагнуть вивчати медицину у США чи Канаді.

Слід зазначити, що на цей час складати MCAT можна максимум 7 разів упродовж життя та не більше, ніж 3 рази на рік (Duke NUS Medical School, 2020). Також додано нову секцію «Психологічні, соціальні та біологічні основи поведінки». Тести з цієї секції спрямовані на перевірку здатності розуміти соціокультурні, біологічні та психологічні впливи на поведінку, соціальну взаємодію, а також як люди справляються з емоціями і стресом. Сучасний MCAT охоплює чотири частини, пов'язані з хімічними та фізичними азами біологічних систем; біологічними та біохімічними азами живих систем; психологічними, соціальними та біологічними основами поведінки; критичним аналізом і навичками мислення (U.S. News & World Report, 2019).

Варто зазначити, що вступ до однієї зі 141 акредитованих алопатичних медичних шкіл, що присвоюють ступінь доктора медицини (MD), у США є надзвичайно конкурентним (Association of American Medical Colleges, 2021).

Інші вагомі фактори, які враховуються під час вступу, – середній бал коледжу / університету; рекомендаційні листи; медичний, волонтерський досвід; співбесіда (Elam, & Johnson, 1997). Немає й застережень щодо спеціалізації бакалаврської програми, однак перевага надається тим, які мають стосунок до медичної царини (біологія, хімія тощо). Якщо випускник бакалаврату планує вступити до медичної школи, склавши MCAT, то він має паралельно простудіювати домедичний курс (pre-med track), де студент вивчає хімію, біологію, фізику, органічну хімію. Поширеною є робота волонтерами у медичних закладах для здобуття досвіду та вивчення можливостей кар'єри в медицині. Такий досвід може стати перевагою під час вступу до медичного закладу. Таким чином, оцінюється рівень мотивації студента, його зацікавленість медичною професією.

Медичні університети у США, як правило, пропонують 4-річну підготовку, що передбачає 2 роки вивчення базових дисциплін та 2 роки – клінічних дисциплін. Протягом перших двох років студенти вивчають такі базові дисципліни, як біохімія, молекулярна біологія, фізіологія, загальна анатомія, гістологія, мікробіологія, імунологія, нейробиологія, патологія та елективні курси (див. Додаток В). Більшість закладів освіти також запровадили певну взаємодію з пацієнтами протягом цих двох років, зокрема й навчання щодо формування відносин лікар-пацієнт, ефективної комунікації, гуманізму та професіоналізму.

Елективні курси становлять значну частину освітньої програми в усьому світі, забезпечуючи багато переваг для студентів-медиків. Метою таких курсів є орієнтація студентів на індивідуалізацію навчання та соціалізацію, свідомий та відповідальний вибір предметів, які сприятимуть майбутній професії. Основними завданнями курсів за вибором є створення позитивної мотивації до

оволодіння обраним предметом, активізація пізнавальної діяльності студентів, удосконалення інформаційно-комунікативної компетентності студентів тощо.

Як свідчать результати нашої дослідницької роботи, елективні курси спрямовані на розробку та розширення змісту одного з обов'язкових предметів, засвоєння якого здійснюється на мінімальному фундаментальному рівні, що сприятиме освоєнню студентами глибших знань із навчальної дисципліни; задоволення пізнавальних інтересів студентів у різних сферах діяльності, розширюючи таким чином загальну компетентність та здатність приймати індивідуальні рішення у складних ситуаціях.

Отже, курси за вибором можна віднести до двох основних типів: предметно-орієнтовані, які дають змогу студентам розвинути власні пізнавальні інтереси в обраній галузі, отримати глибокі знання у сфері інтересів, а також сформувати навички виконання важливих практичних завдань (дослідницька діяльність, практичне навчання, майбутня професія); міждисциплінарні, метою яких є освоєння знань та методів з однієї дисципліни та їх застосування в іншій для забезпечення глибшого досвіду навчання та ширших перспектив.

Як приклад, наводимо перелік елективних курсів на першому та другому році навчання, що є складовими освітньої програми Медичної школи Браун Елперт (Brown Alpert Medical School, 2019): Раса, здоров'я та структурна нерівність; Інтегративна медицина: від альтернативи до мейнстріму; Медична китайська (іспанська, португальська, арабська) мова; Бідність, здоров'я і закон; Охорона здоров'я в Америці; Вступ до медицини плоду; Наука і влада: біоетичне дослідження; Факультативний тренінг усвідомленості; Гендер і сексуальність в охороні здоров'я: турбота про всіх пацієнтів; Введення в хірургічні спеціалізації; Медичні теми – міжнародна перспектива в університеті Ростока, Німеччина; Порівняльна медична етика в Тюбінгенському університеті, Німеччина; Сучасна генетика: етика, політика та стосунки лікар-пацієнт; Драматургія в медицині; Хвороби, лікарі та примадонни: опера та медицина; Дизайн і здоров'я; Командна робота в медичних професіях; Мистецтво цілителя; Релігійна грамотність в медицині; Введення в спортивну

медицину; Мистецтво як джерело зцілення; Ліки від залежності; Клінічне застосування інтегративної та традиційної китайської медицини; Біонічний вибір людини; Охорона здоров'я біженців та захист прав біженців; Медичний вплив перекладацької та фундаментальної науки; Харчування та здоров'я; Бізнес у медицині; Цифрове здоров'я; Історія медицини; Медична журналістика; Вступ до інтервенційної радіології (урологія, електронна медична карта, багатопрофільна фетальна медицина); Медицина в кіно і на телебаченні, Студійне мистецтво для лікарів, Духовність в охороні здоров'я тощо.

У США застосовують різні системи оцінювання, проте більшість закладів на сьогоднішній день надають перевагу системі оцінювання здав / не здав (pass / fail) або відмінно / здав / не здав (honors / pass / fail), аніж системі з цифрами чи літерами протягом двох перших років (Association of American Medical Colleges, 2019). Базові знання, освоєні під час двох років навчання, оцінюються у формі складання іспиту Medical Licensing Exam (USMLE) Step 1 (United States Medical Licensing Examination, 2021a).

Третій рік навчання у медичному університеті, як правило, передбачає освоєння основних клінічних дисциплін, що охоплюють внутрішні хвороби (в середньому 10 тижнів), хірургію (8 тижнів), педіатрію (7 тижнів), акушерство та гінекологію (6,5 тижнів), сімейну медицину (6 тижнів) і психіатрію (5,5 тижнів) (Association of American Medical Colleges, 2019). Багато шкіл передбачають практику з неврології, радіології, невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії на третьому-четвертому році навчання. Під час цієї практики, студенти-медики залучені до медичної команди, що проводить обхід у стаціонарному відділенні, тісно співпрацюючи з лікарями-резидентами та лікуючим лікарем. Загалом, студенти-медики одночасно працюють з 1–4 пацієнтами. Вони ведуть історію хвороби та проводять фізикальний огляд пацієнтів, а також щоденно спостерігають за пацієнтами, охоплюючи укладання плану ведення пацієнта, інформацію про обхід пацієнтів та моніторинг прогресу. Деякі практики, наприклад, сімейна медицина, частково

чи повністю базуються на амбулаторному лікуванні. Це дає змогу студентам розвивати навички спілкування з пацієнтами для збору інформації, фізикального огляду та лікування незначних розладів, вкладаючись у час візиту 10–30 хвилин (Mowery, 2015).

Четвертий рік навчання у закладі вищої медичної освіти передбачає додаткову клінічну практику, що охоплює в середньому 4 тижні на кожен цикл. Гнучкість та студентоцентризований підхід дозволяють самостійно обирати місце проходження практики, що дозволяє збагатити досвід відповідно до спеціалізації, консультаційних послуг та в амбулаторних клініках. Необхідним компонентом четвертого року навчання є субінтернатура (sub-I) або додаткова практика чи діюча інтернатура (acting internship). Студент-медик виконує роль інтерна. Субінтернатура проводиться на базі відділу внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології, залежно від того, яку подальшу кар'єру планує майбутній медик. Субінтерн працює під керівництвом старшого резидента та лікуючого лікаря. Під час субінтернатури студенти ведуть записи в історії хвороби, виконують процедури, пишуть медичні призначення, беруть участь у ранкових обходах, комунікують з представниками інших служб та медичними працівниками щодо пацієнтів та їхнього лікування. Рекомендаційні листи для програм резидентури часто базуються на успішності студентів в субінтернатурі, що характеризується високим рівнем відповідальності та автономії порівняно з іншими видами практики. Деякі студенти проходять кілька субінтернатур, часом в інших закладах, де вони бажають отримати посаду в резидентурі.

Крім того, під час четвертого року навчання студенти складають ліцензійні іспити Крок 2 «Клінічні знання» (USMLE Step 2 Clinical Knowledge (CK)) та Крок 2 «Клінічні навички» (Step 2 Clinical Skills (CS)). Крок 2 CK передбачає оцінювання здатності здобувача освіти застосовувати медичні знання, навички та розуміння клінічної науки, що необхідні для надання допомоги пацієнтам під наглядом, з акцентом на зміцненні здоров'я та профілактиці захворювань. Крок 2 CK спрямований на перевірку, чи приділяється належна увага принципам

клінічних наук й основним навичкам, орієнтованим на пацієнта, які забезпечують основу для безпечної та компетентної медичної практики під наглядом. Крок 2 СК – це одноденний іспит. Він розділений на вісім 60-хвилинних блоків і проводиться за одну 9-годинну сесію. Кількість тестових запитань, що складають блок цього іспиту, різна, але не перевищує 40. Загальна кількість запитань повного екзамену не перевищує 318. Крок 2 CS – одноденний іспит, під час якого студент взаємодіє з 12 стандартизованими пацієнтами та записує відповідні дані, здійснює диференційну діагностику та планує лікування кожного випадку (United States Medical Licensing Examination, 2021b).

Варто зазначити, що інші медичні ліцензійні іспити оцінюються за певною шкалою, проте Крок 2 CS оцінюють як здав / не здав, базуючись на рівні розмовної англійської мови, спілкування та міжособистісних навичок (оцінюється кожним стандартизованим пацієнтом), а також даних клінічного огляду пацієнта і документації (Mowery, 2015). Ці тести передбачають оцінювання медичного персоналу чи студентів-медиків, котрі прагнуть отримати ліцензію та практикувати медицину у США. USMLE має на меті оцінювання вмінь лікарів застосовувати освоєні знання та навички на практиці, а також демонструвати навички догляду за пацієнтами. Проходження тестування передбачає три кроки (Steps), кожен з яких є необхідною складовою для отримання ліцензії та практики медицини.

2004 р. структура тестування USMLE зазнала певних змін. Таким чином, друга частина екзамену Step 2 містить перевірку клінічних здатностей. Попередньо, студенти мали скласти екзамен ECFMG CSA з метою підтвердження наявних клінічних навичок та отримання сертифікації Освітньої ради (ECFMG). Проте з 2004 р. впроваджено нововведення, яке вимагає проходження тестування USMLE Step 2 CS задля підтвердження клінічних навичок та отримання допуску до наступного (третього) етапу тестування USMLE Step 3 (United States Medical Licensing Examination, 2021c). Для тих студентів, які успішно виконали завдання тестування ECFMG CSA до 2004 р.,

передбачено можливість складання третьої частини тестування USMLE Step 3. Проте, внаслідок пандемії Covid-19 Крок 2 CS скасовано 2020 р. Федерація державних медичних рад (FSMB) і Національна рада медичних екзаменаторів (NBME) оголосили про припинення роботи, щоб перезапустити модифікований іспит клінічних навичок Крок 2 CS. Ці організації заявили, що після перегляду поточного та очікуваного прогресу в іспиті та з огляду на швидкий розвиток медичної освіти, практики та технологій, прийнято рішення про припинення практики складання Step 2 CS. Однак, планується скористатися цією можливістю, щоб зосередитися на роботі з колегами в галузі медичної освіти та органів державних медичних рад, а також визначити інноваційні способи оцінювання клінічних навичок.

Незалежне стандартизоване оцінювання медичних знань та клінічних навичок є важливим матеріалом для прийняття рішень про державну медичну ліцензію. За відсутності Кроку 2 CS, елементи клінічного обґрунтування та спілкування будуть і надалі оцінюватися у вигляді інших іспитів (Крок) у послідовності USMLE (United States Medical Licensing Examination, 2021b). Комп'ютерна медична симуляція під час проведення іспиту Крок 3 та комунікативний компонент, нещодавно доданий до змісту екзамену Крок 1, є прикладами таких новацій. Організації стверджують, що зміна напряму дозволить їм приділити додатковий час для співпраці з фахівцями в галузі медичної освіти та спільнотою медичної ради, щоб розробити інноваційні способи оцінювання клінічних навичок у медицині (United States Medical Licensing Examination, 2021b).

Крок 3 оцінює, чи зможе майбутній лікар застосувати медичні знання та розуміння біомедичної й клінічної науки, необхідної для самостійної медичної практики, з акцентом на ведення пацієнтів в амбулаторних умовах. Це завершальний іспит у послідовності USMLE, що веде до отримання ліцензії на медичну практику без нагляду.

Екзаменаційний матеріал готується екзаменаційними комісіями, членами яких є представники професійної медичної спільноти. До їхнього складу



входять визнані експерти у своїх галузях, охоплюючи як академічних, так і неакадемічних представників, а також членів державних медичних ліцензійних рад. Зміст Кроку 3 відображає модель загальної медичної практики в Сполучених Штатах. Елементи тестування охоплюють клінічні ситуації, з якими може зустрітися лікар загальної практики. Крок 3 передбачає остаточне оцінювання майбутніх лікарів, які беруть на себе відповідальність за самостійне надання загальної медичної допомоги пацієнтам (United States Medical Licensing Examination, 2021c).

Під час останнього року навчання у медичній школі студенти, як правило, звертаються за програмою національної резиденції – резидентурою, тривалість якої від 3 до 7 років, залежно від майбутньої спеціалізації. Перший рік резидентури стартує після успішного складання першого ліцензійного іспиту, коли резиденти повністю фокусуються на практичному навчанні, тобто здобувають професійні компетентності у процесі клінічних, лабораторних, стандартизованих зустрічей з пацієнтами. Саме практичним тренінгам надається перевага порівняно з теоретичним навчанням. На цьому етапі майбутні лікарі вибирають, так звану, під-спеціалізацію.

Найпомітніші зміни у тривалості робочого дня в резидентурі спостерігаємо у 2003 р., коли Акредитаційна рада для вищої медичної освіти (Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME) зобов'язала обмежити роботу в резидентурі 80-годинним робочим тижнем (Bolster, & Rourke, 2015). Резиденти працюють в лікарнях з метою поглиблення знань та їх практичного використання відповідно до спеціальності. Вони працюють під керівництвом лікаря, який відповідає за призначене резидентами лікування. У лікарнях більша частина роботи та навчання резидента відбувається під час обходів, коли група лікарів переходить від пацієнта до пацієнта, перевіряючи їхній стан, призначене лікування та прогрес. Працюючи в такій команді, резидент вчиться оцінювати здоров'я пацієнта, процес одужання та призначати лікування.

Асоціація американських медичних коледжів (ААМС) охоплює заклади освіти, що пропонують навчання за освітніми програмами відповідно до 135

медичних спеціальностей. Залежно від спеціальності, резидентура може тривати від 3 до 7 років. Для лікарів сімейної чи внутрішньої медицини резидентура завершується через 3 роки. Такі спеціальності, як анестезіологія, дерматологія, акушерство та гінекологія вимагають 4 років резидентури. Резидентура у загальній хірургії триває 5 років, тоді як у нейрохірургії – 7 років. Після її завершення резиденти можуть бути сертифіковані та практикувати медицину самостійно (American University of the Caribbean School of Medicine, 2021).

Як відомо, досвід стажування відрізняється і змінюється залежно від спеціальності, установи, її розташування та багатьох інших факторів. Однак, цей етап клінічної підготовки є досить складним, оскільки передбачає значне робоче навантаження та високий рівень відповідальності. Стажери або лікарі першого року післядипломної освіти є основними лікарями, які готують клінічну документацію, спілкуються з пацієнтами, їхніми родинами та представниками системи охорони здоров'я.

Для того, щоб отримати вузьку лікарську спеціальність, необхідно пройти ще один етап навчання – спеціалізацію (fellowship), наприклад, щоб стати кардіохірургом чи отоларингологом потрібно спочатку пройти резидентуру із загальної хірургії, а потім ще трирічну спеціалізацію з вузької хірургічної спеціальності. Аналогічно, щоб стати кардіологом чи гастроентерологом, необхідно спочатку пройти резидентуру з внутрішніх хвороб, а потім спеціалізацію з відповідної терапевтичної спеціальності. Варто зауважити, що конкурс на популярні лікарські спеціальності (дерматологія, гастроентерологія, кардіологія) дуже високий – на одне місце претендує 40–100 осіб, які вже пройшли резидентуру. Після завершення навчання лікарі отримують диплом доктора медицини (Medical Doctor – MD) і розпочинають сертифікацію – процес, який засвідчує, що лікарі пройшли підготовку за спеціальністю і продемонстрували відповідний рівень професійної компетентності.

Американська рада медичних спеціальностей охоплює 24 головні ради. Сертифікат, виданий комітетом є чинним упродовж 6–10 років та свідчить про

високий рівень кваліфікації лікаря за фахом. Усі лікарі повинні мати ліцензію на практику медицини в США. Ця практика почалася у 1800-их рр., коли кожен окремий штат створив власну раду для надання ліцензій. Усі комітети штатів вимагають, як мінімум, успішного завершення медичної школи, складання ліцензійних іспитів, завершення як мінімум 1 року резидентури. Нині ліцензійний іспит охоплює три частини: медичний іспит США (USMLE) – United States Medical Licence Exam, Крок 1 та Крок 2 – медичні знання та Крок 3 – практичні навички.

Варто зауважити, що вищій медичній освіті у США на початку XXI століття характерна реалізація реформ. Метою реформ визначено удосконалення вищої медичної освіти шляхом її орієнтування на практику і використання кращих освітніх стратегій. Заслуговує на увагу педагогічний досвід щодо організації освітнього процесу у закладах вищої медичної освіти США. Тут спостерігаємо використання лекцій, які відвідує значна кількість студентів, а також різноманітних семінарів, що проводяться для декількох студентів. Атмосфера в аудиторіях американських ЗВО надзвичайно динамічна. Йдеться про залучення студентів до активних дискусій, висловлювання власної думки, відстоювання своєї точки зору, підготовки презентацій тощо. Освітній процес передбачає використання потенціалу самостійної роботи, ознайомлення з підручниками, монографіями, публікаціями у наукових періодичних виданнях, що висвітлюють інновації у медичній галузі, їх критичний аналіз та подальше обговорення в аудиторії. Освітній процес, що передбачає проходження практики у професійному медичному середовищі з перших років навчання стимулює інтеграцію теоретичних знань, розуміння особливостей їх використання на практиці.

Навчання у закладі вищої медичної освіти платне та, порівняно з іншими спеціальностями, одне з найдорожчих у країні, що спонукає студентів брати позики у банках для забезпечення фінансових потреб. Автономія закладів вищої освіти у США дозволяє кожному університету формувати власну цінову політику, відтак оплата за навчання є прямо пропорційною рівню престижності

закладу освіти. Заклади вищої медичної освіти у межах своїх повноважень диференціюють оплату за навчання на основі територіального принципу. Йдеться про те, що для мешканців штату, в якому розташований медичний ЗВО, оплата за навчання є нижчою, ніж для мешканців інших штатів. Така політика ґрунтується на очікуванні, що після завершення ЗВО випускник залишиться мешкати і працювати у цьому ж штаті, а відтак сплачуватиме податки до його бюджету, що передбачає фінансування й освітньої галузі. Як і в багатьох країнах світу, найвищою оплатою за навчання у медичних ЗВО є для громадян інших країн. На тлі економічного зростання чи занепаду, сума оплати за навчання коливається щорічно. Висвітлюючи проблему оплати за навчання, варто зауважити, що медичні ЗВО у США користуються схемою, відповідно до якої кожен студент оплачує навчання на основі вибору навчальних дисциплін: чим більше обрано дисциплін для вивчення, тим вищою буде оплата. Заслуговує на увагу досвід США щодо відбору абітурієнтів на основі результатів вступного тестування MCAT (Medical College Admission Test). Проте, професія лікаря залишається однією з найбільш високооплачуваних у США.

Прикметно, що медична освіта у США впродовж свого розвитку трансформувалася з такої, що спирається на запам'ятовування до тієї, яка зосереджена на самому процесі отримання науково обґрунтованої інформації. Навчальний план визначається як складний комплекс, що охоплює змістовий та операційний компоненти, результативний компонент тощо. Не менш важлива роль відводиться оцінюванню та формуванню конструктивного академічного середовища, застосуванню потенціалу індивідуального стилю навчання студента тощо. У 1980-их рр. науковці запропонували модель освіти SPICES (S-student-centered, P-problem-based, I-integrated teaching, C-community-oriented, E-elective study periods, S-systematic approaches) (Harden, Sowden, & Dunn, 1984), в основу якої покладено такі принципи:

S – студентоцентризму: навчання зорієнтоване на студента, який бере на себе відповідальність за власне навчання. Студент визначає мету навчання,

приймає рішення щодо послідовності та темпу навчання (кількість навчальних дисциплін на семестр), оцінює власний прогрес. Всі ці аспекти реалізуються під керівництвом викладача.

**P** – проблемного навчання: передбачає застосування знань в клінічній практиці та наукових дослідженнях.

**I** – інтегрованого навчання: комплексне, інтегроване освоєння навчальних дисциплін, наприклад, анатомія, біохімія, клінічна медицина.

**S** – орієнтованості на потреби і запити суспільства: з метою підготовки майбутніх медиків до надання високоякісних послуг населенню.

**E** – елективності навчання: забезпечення гнучкості програми, в основу якої покладено свободу вибору навчальних дисциплін та проєктів.

**S** – системності навчання: чітке структурування теоретичної та практичної підготовки з метою формування професійної компетентності майбутніх медиків.

З метою оцінювання навчального плану варто брати до уваги такі його компоненти, як очікувані результати навчання, зміст навчання, особливості оцінювання, можливості навчання, локалізацію навчання, ресурси, розклад, викладацький склад (наставники), управління освітніми програмами, здобувачі освіти. Ключем до забезпечення ефективності навчання вважають тісну співпрацю між професорсько-викладацьким складом, узгодження змістового наповнення навчальних дисциплін, що формують єдину систему, диверсифікацію практичних завдань, координацію освітнього процесу з метою досягнення визначених результатів навчання (Harden, 2000).

Низка науковців запропонували модель PRISMS (product-focused, relevance to communities and students, interprofessional, smaller class sizes, multisite, symbiotic) при розробці освітньої програми (Bligh, Prideaux, & Parsell, 2001). Програма PRISMS реалізується на основі таких положень:

**P** – фокусування на продукті: програма повинна акцентувати увагу на клінічній практиці та бути практично орієнтованою. Це передбачає формування

навичок професійної поведінки, застосування знань в реальному професійному середовищі та врахування зворотного зв'язку, зокрема відгуків пацієнтів.

R – відповідність потребам суспільства та студентів: тобто програми повинні плануватися відповідно до потреб місцевої громади, переглядатися та оновлюватися.

I – міжпрофесійність: міждисциплінарне навчання з наголосом на командній роботі та співпраці між усіма членами медичної команди (лікарями, медсестрами, допоміжним персоналом тощо).

S – навчання у невеликих групах, використання короткотривалих курсів, а також використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

M – мультицентрованість: практична підготовка майбутніх медиків у різних інституціях (міські, сільські, навчальні лікарні).

S – симбіотичність: усі вищезазначені компоненти поєднуються і формують унікальну та послідовну філософію побудови освітньої програми, а також сприяють досягненню визначеної мети.

В основу моделі PRISMS покладено принципи освіти дорослих та рефлексія. Дослідники наголошують, що зміст навчання має бути контекстним, релевантним та значущим (Bligh, Prideaux, & Parsell, 2001).

Починаючи з 2000 р. Асоціація американських медичних коледжів (AAMC) публікує коротку характеристику медичної освіти у США та Канаді (A Snapshot of Medical Student Education in the United States and Canada) кожні 10 років, як додаток до журналу «Академічна медицина». У 2020 р. висвітлено особливості програм медичної освіти 150 акредитованих закладів освіти. Ці описи забезпечують можливість проаналізувати специфіку освітньо-професійних програм підготовки бакалаврів. Зокрема, подається інформація про структуру освітньої програми, управління, інновації, а також запроваджені зміни. Збірник дає змогу порівнювати досвід різних закладів медичної освіти: змістове наповнення програм, методика викладання різних навчальних дисциплін, ресурси, що пропонуються для використання студентам, нові

підходи до навчання, наставництва, оцінювання та професійного розвитку професорсько-викладацького складу тощо.

Незважаючи на відмінності, що формують унікальність кожної освітньо-професійної програми, простежуються загальні ознаки цих програм та специфіка їх реалізації:

- інтеграція теоретичного та практичного навчання, шляхом організації клінічної практики з перших років навчання. Такий підхід обґрунтовується необхідністю засвоєння теоретичного навчального матеріалу з подальшим його використанням у реальному професійному середовищі;
- оновлення змісту освіти шляхом його збагачення знаннями про професіоналізм, готовність до професійної діяльності, конструктивний емоційний та психологічний стан, норми соціальної та професійної поведінки, професійної етики, формування професійної ідентичності майбутнього фахівця, що сприяють підтримці здоров'я суспільства, підготовки до кваліфікаційних іспитів та резидентури;
- диверсифікація системи оцінювання, що передбачає залучення зовнішніх експертів та представників професійної спільноти (McOwen, Whelan, & Farmakidis, 2020).

Як приклад, наведемо стислий опис освітніх програм, що пропонуються провідними закладами вищої медичної освіти США. Серед таких ЗВМО виокремлюємо Гарвардську медичну школу (ГМШ) (Harvard Medical School). ГМШ пропонує студентам унікальне академічне середовище, яке формують 15 визначних афілійованих лікарень та найбільше підприємство біомедичних досліджень у США. Освітня програма підготовки майбутніх медиків охоплює 3 етапи навчання, в основу якого покладено принципи гнучкості та вибору власної освітньої траєкторії для кожного здобувача.

Освітня програма є надзвичайно інтегрованою:

- 1) Етап допрактичний (preclerkship phase) має тривалість 14 місяців та передбачає опанування блоків соціальних та базових наук, а також щотижневого курсу практичної медицини, що дозволяє майбутнім медикам

ознайомитися із азами фізикального огляду, сформувати комунікативні та навички співпраці у професійній діяльності. Студенти розподіляються до однієї з чотирьох клінік Гарварда для опанування курсу з практичної медицини, де вони залишаються також впродовж наступної фази освітньої програми.

2) Етап основного клінічного досвіду (The principal clinical experience (PCE) phase) триває 12 місяців та починається восени другого року навчання і передбачає поглиблену практику у ключових клінічних галузях, довготривалу практику первинної допомоги та довготривалі конференції щодо клінічних випадків.

3) Етап післяосновного клінічного досвіду (The post-PCE phase) триває 19 місяців та забезпечує гнучкість для студентів, котрі навчаються за індивідуальною програмою, що передбачає: субінтернатура з медицини; не менше 3 прогресивні клінічні практики у афілійованих лікарнях; клінічний місяць під час останнього семестру медичної школи для підготовки студентів до інтернатури, що допомагає студентам обрати серед галузей інтернатури; два прогресивні курси інтегрованих наук – інноваційні курси, що забезпечуються науковцями базових та клінічних дисциплін; місяць складних тем з соціальних наук та систем охорони здоров'я; науковий проєкт, за допомогою якого кожному студенту пропонується глибоко зануритися в сферу, яка цікавить серед фундаментальних або клінічних досліджень, глобального здоров'я, медичних гуманітарних наук, соціальної справедливості чи іншої сфери інтересів; можливості для більшості студентів продовжити свою медичну освіту на додатковий рік, близько половини з них займаються проєктом, зосередженим на дослідженнях, міжнародному здоров'ї, адвокації або підприємстві, а інша половина здобуває ступінь доктора філософії або магістра.

Інноваційна освітня програма стартувала в 2015 році після інтенсивного 3-річного процесу планування, що залучав велику кількість викладачів, студентів і співробітників. Огляд досліджень теорії навчання та результатів призвів до зосередження на моделі змішаного навчання. Крім того, під час фази



післяосновного клінічного досвіду було запропоновано нові навчальні дисципліни, наприклад: біологія раку, імунологія, генетика, фармакологія, нейробиологія, інформаційні технології в медицині, трансляційна біоінженерія, метаболізм/харчування, глобальне здоров'я, наука про системи охорони здоров'я. Новий клінічний фінальний курс розроблено як одномісячну інтенсивну субінтернатуру з акцентом на комунікативних навичках, необхідних для інтернатури та можливостей для кожного студента обрати власні галузі для тривалого розвитку в резидентурі.

У 2017 році Програма Медичної Освіти (Program in Medical Education (PME)) утворила новий Офіс Покращення Якості Освіти – ОПЯО (Office of Educational Quality Improvement (OEQI)). ОПЯО простежує здобутки студентів на основі даних записів навчальної успішності студентів, курсових екзаменів, об'єктивних структурованих клінічних іспитів – ОСКІ (OSCEs), оцінок студентами викладачів, курсів, практики. Протягом перших двох років навчання студентів оцінювали «задовільно-незадовільно» багато десятиліть, що і надалі продовжується. Субінтернатура в медицині та всі елективні практики оцінюються за шкалою відмінно, добре, здано, незадовільно. Після фази основного клінічного досвіду студенти повинні здати екзамени Крок 1 і Крок 2, а також ОСКІ після завершення третього курсу навчання. Освітня програма також передбачає сесії, здебільшого інтерактивні, у великих групах; лабораторії; розтини; симуляції (включаючи міжпрофесійні); стандартизовані зустрічі з пацієнтами; клінічний та дослідницький досвід під наглядом (McOwen, Whelan, & Farmakidis, 2020).

Нью-Йоркський медичний коледж (New York Medical College School of Medicine (NYMC SOM)) – один із найстаріших медичних закладів освіти. Основні особливості освітньої програми охоплюють: тривалу клінічну програму підготовки, що забезпечує ранній клінічний досвід; надзвичайно інтерактивні асинхронні елективні курси онлайн, що дають можливість студентам досліджувати актуальні питання в медицині (мультикультурність в медицині, етичні та клінічні проблеми догляду за невиліковно хворими

пацієнтами, практичні навички); програму галузі концентрації (Areas of Concentration (AOC) program), що дозволяє студентам брати участь у наукових проєктах поза формальною освітньою програмою. Сучасні пропозиції включають біомедичні дослідження, біомедичну етику, медичну освіту, глобальне та громадське здоров'я.

Програма організована у трьох інтегрованих етапах: основні науки, клінічне занурення та прогресивна практика. Допрактична освітня програма організована у модульні блоки із фундаментальними науками та клінічним вмістом інтегрованими між дисциплінами. Довготривалі програми догляду за пацієнтом, навчок міжособистісного спілкування, біомедичної етики, міжпрофесійної практики та доказової медицини переплетені з відповідною курсовою роботою.

Студенти проходять практику під час третього року навчання, що передбачає ротації у внутрішній медицині (8 тижнів), хірургії (8 тижнів), педіатрії (6 тижнів), акушерстві-гінекології (6 тижнів), психіатрії (6 тижнів), неврології та реабілітаційній медицині (4 тижні), і сімейній медицині (6 тижнів). Окрім того, студенти також мають 4-тижневий елективний курс для допомоги у прийнятті рішення щодо подальшої кар'єри. Четвертий рік організований курсами залежно від сфери інтересів. Загальні вимоги для студентів четвертого року навчання охоплюють обов'язкову субінтернатуру (наприклад, медицина невідкладних станів, радіологія, діагностична медицина), 5 елективних місяців залежно від інтересів серед спеціальностей, два перехідні курси, що готують студентів до суттєвої відповідальності на резидентурі.

З 2010 року у Нью-Йоркському медичному коледжі відбуваються вдосконалення та зміни до освітньої програми, збільшено використання принципів активного навчання та упроваджено контент, який відображає сучасні проблеми охорони здоров'я. Специфічні галузі, що було розширено, включають жіноче здоров'я, безпека пацієнтів, міжпрофесійна співпраця та лікування болю. Також особливу увагу зорієнтовано на дослідницькі принципи для сприяння розвитку аналітичного та критичного мислення студентів. У 2018

році школа змінила систему оцінювання, зокрема на допрактичних курсах знання оцінюються здано/не здано. Оцінювання з ключових клінічних практик залишається відмінно/добре/здано/не здано. У 2018 році Нью-Йоркський медичний коледж запровадив першу довготривалу інтегровану клінічну практику. Ця програма триває 6 місяців та охоплює наступні дисципліни: внутрішню медицину, неврологію, педіатрію, акушерство та гінекологію. Студенти проводять більшість часу в амбулаторних умовах, об'єднаних із міждисциплінарними командами медичних працівників. Регулярний, позаплановий час самостійного навчання також включено в розклад, щоб студенти могли стежити за призначеними пацієнтами в різних місцях надання допомоги (консультації спеціалістів, призначені тести, процедури).

Освітня програма передбачає різноманітні педагогічні підходи для досягнення мети освітньої програми, включаючи навчання на основі кейсів, клінічний досвід у амбулаторних та стаціонарних умовах, дискусії у великих та малих групах, розтини, лабораторні дослідження, програми наставництва, рольові ігри, самостійне навчання, симуляції, стандартизовані пацієнти та семінари. Значними змінами в педагогіці за останнє десятиліття було прогресивне зменшення використання традиційних лекцій у великих групах та запровадження змішаного навчання; інтерактивні заняття у великих групах, навчальні формати на основі кейсів у малих групах; симуляційне навчання.

Заклад освіти використовує різноманітні установи для клінічного навчання: центри третинної допомоги, академічні медичні центри, місця для амбулаторної практики та лікувальні центри у сільській місцевості, що забезпечує різноманітність пацієнтів, медичних станів, закладів для збагачення освітнього досвіду студента. Клінічне навчання починається з першого тижня медичної школи, де студентів ознайомлюють із серцево-легеневою реанімацією та навичками комунікації між медичним представником і пацієнтом. Протягом року студенти беруть участь у майстер-класах, де практикують укладання історії хвороби, міжособистісну комунікацію та навички фізикального огляду.

Тоді студентів прикріплюють до клінічних наставників, де вони мають змогу брати участь як члени міжпрофесійної команди охорони здоров'я.

Коледж розробляє освітню програму у сфері охорони здоров'я, щоб включити модулі наукової роботи і основи прийняття рішень на основі даних; принципи колаборативної практики; громадські та соціальні детермінанти здоров'я; економіку, політику та структуру охорони здоров'я; безпеку пацієнтів та високоякісний догляд; якість та лідерство у команді із застосуванням релевантних концепцій у ключовій клінічній практиці (McOwen, Whelan, & Farmakidis, 2020).

Освітня програма в Школі медицини Кайзера Перманенте Бернарда Ж. Тайсона (Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine) (McOwen, Whelan, & Farmakidis, 2020) має назву INSPIRE, що перекладається як “надихати” та розшифровується (Integration, Nurturance, Scholarship, Population Health, Innovation, Resilience, Equity) – Інтеграція, Опіка, Наука, Охорона здоров'я, Інновація, Стійкість, Об'єктивність.

Курс раннього занурення (Early Immersive Experience – EIE course) охоплює орієнтаційну діяльність, ознайомлення з місією школи, баченням та цінностями; педагогічні підходи до навчання, які передбачають навчання у невеликих групах, навчання на основі кейсів та командне навчання. Це також дає змогу студентам розвивати ключові клінічні навички, розпочати будувати стосунки із одногрупниками та спільнотою школи.

Інтегровані курси наук (Integrated Sciences courses): ці курси забезпечуються впродовж чотирьох років навчання у медичній школі, інтегруючи біомедичні, клінічні та науки про систему охорони здоров'я, що освоюються на основі застосування кейс-методу.

Тривала інтегрована практика (Longitudinal integrated clerkship – LIC) починається під час першого року навчання з сімейної / внутрішньої медицини, при якій студенти практикують в одній з шести клінічних баз. Чотири додаткові ключові практики під час другого року навчання також використовують цю модель (плюс додаткову ключову практику у медицині надзвичайних станів).

Студенти перебувають на відповідних місцях, що дає змогу їм вивчати клінічні навички, спостерігаючи за групою пацієнтів протягом певного періоду часу та на всіх етапах діагностики і лікування, одночасно підтримуючи зв'язок з лікарем-наставником у кожній галузі. Досвід такої практики уможливорює застосування знань, здобутих на заняттях у клінічному середовищі, що базується на міжпрофесійному, командному догляді.

Блоки занурення у стаціонарний догляд (Inpatient immersion blocks): на другому курсі є чотири однотижневі блоки занурення у стаціонарний догляд – внутрішня медицина, акушерство та гінекологія, педіатрія та хірургія.

Сервісно-навчальний курс (Service-learning course): студенти беруть участь у сервісно-навчальному досвіді тривалістю один місяць упродовж 1 та 2 років навчання, що проходить в одному з шести федерально-кваліфікованих центрів охорони здоров'я. У рамках цієї програми студенти навчаються як розпізнавати соціальні, економічні та екологічні фактори, що впливають на здоров'я; як підтримувати профілактику захворювань та сприяти громадському здоров'ю; охоплювати турботу про населення; і співпрацювати з громадою, щоб допомогти задовольнити їхні потреби.

Курс «Рефлексія, Освіта, Оцінка, Коучинг, Здоров'я та Благополуччя» (Reflection, Education, Assessment, Coaching, Health and well-being – REACH course) проводиться кожні 3–4 місяці однотижневими блоками та періодично в понеділок по обіді. Лікарі-наставники регулярно зустрічаються зі студентами один-на-один та в малих групах упродовж 4-річного навчання в медичній школі для перегляду академічних портфоліо студентів, щоб допомогти їм визначити сильні сторони та недоліки, визначити цілі та простежити прогрес. Курс зосереджений на особистісному та професійному розвитку і охоплює час для освоєння знань про здоров'я та дослідження способів максимізувати навички стійкості.

Роки навчання 3 і 4 охоплюють 20 тижнів необхідного клінічного досвіду: субінтернатура (4 тижні — сімейна медицина чи внутрішня медицина), субінтернатура (4 тижні — за вибором студента), розширена клінічна ротація

(4 тижні); ротація у закладі з недостатніми ресурсами (4 тижні), ротація у навчальному медичному центрі (4 тижні), а також елективні курси, що передбачають освоєння гуманітарних та соціальних наук (8 тижнів).

Науковий проєкт: студенти працюють над науковим проєктом, під час якого вони змістовно досліджують сферу індивідуальних інтересів під наставництвом викладачів протягом 1–3 років навчання, охоплюючи 4 тижні відведеного часу на 3 курсі.

Резидентура занурення: цей курс охоплює як загальні навички для переходу до інтернатури, так і тренінги, орієнтовані на спеціальність.

Інші ступені: співпраця налагоджена із сусідніми університетами для отримання інших ступенів, включаючи доктора філософії, магістра управління охорони здоров'я, магістра охорони здоров'я, магістра системної інженерії.

Комітет з компетентності (A Competency Committee) оцінює всі дані у портфоліо студента та дає рекомендації Комітету студентського прогресу та промоції (Student Progress and Promotion Committee), який визначає чи студент кваліфікований для переведення на наступний рік та, зрештою, закінчення закладу медичної освіти. Кожна з восьми областей оцінюється різноманітними методами. Результати освітньої програми та методи оцінювання подано в Додатку Г.

Для досягнення мети освітньої програми, передбачено таку організацію навчання:

Інтегровані курси наук: заняття проводяться в аудиторії, використовуючи поєднання інтерактивного та змішаного навчання. Кожен тиждень побудований навколо презентації пацієнта (або випадку), що розгортається протягом тижня, разом із додатковими клінічними віньєтками. Ці клінічні сценарії служать контекстом для інтегрованого виконання освітньої програми з сесіями протягом тижня, що охоплюють біомедичні, клінічні, гуманітарні та соціальні науки.

Три дні на тиждень сесії, організовані навколо біомедичних наук та їх застосування у клінічній науці, гуманітарних та соціальних дисциплінах, передбачають навчання до 8 студентів у групі, у кожній з яких є вчений-

біомедик і лікар-педагог. Співорганізатори використовують різні підходи до організації активного навчання в малих групах, охоплюючи забезпечення можливостей для самостійного навчання. Навчання анатомії використовує мультимодальний підхід, що передбачає використання пластинат (людські зразки, що зберігаються завдяки процесу, який замінює воду та жир полімерами), віртуальних розтинів, віртуальної реальності, технології діагностичної візуалізації та портативного апарату УЗД.

Раз на тиждень лікарські сеанси акцентують увагу на клінічних і етичних судженнях та розвитку клінічних навичок. На заняттях використовуються інтерактивні методи викладання та навчання в малих групах, такі як симуляція зі стандартизованими пацієнтами і навчання процедурним навичкам, що охоплює технологію віртуальної реальності.

Один раз на тиждень заняття з гуманітарних та соціальних наук проводяться переважно з використанням таких методів, як командне навчання (team-based learning). Маленькі команди зустрічаються у великому спільному приміщенні, що дозволяє взаємодію команд. Студенти залучаються до освоєння тем, пов'язаних зі здоров'ям громади та населення, етикою, охороною здоров'я та соціальними системами, інформаційними технологіями про здоров'я, а також якістю та безпекою.

Практичне навчання з елементами громадської діяльності забезпечує щомісячні можливості для використання досвіду навчання та рефлексії.

Цікавим є досвід США щодо управління освітніми програмами. Комітет з освітньої програми та освітньої політики – (The Curriculum and Education Policy – CEP committee) курує програму медичної освіти в цілому і несе відповідальність за загальний дизайн, управління, інтеграцію, оцінку та покращення узгодженої і координованої медичної програми для забезпечення її відповідності місії, баченню та цінностям школи, стандартам ліцензування та акредитації. Цей комітет має 3 підкомітети: підкомітет інтегрованих наук (Integrated Sciences Subcommittee), підкомітет з клінічного досвіду (Clinical Experience Subcommittee) та підкомітет тривалої координації (Longitudinal

Coordination Subcommittee) і відповідає за перегляд та аналіз освітньої політики, стандарти, звіти та рекомендації підкомітетів, а також голосування щодо рекомендації освітньої програми. Комітет аналізу, оцінювання та вдосконалення програми (The Program Evaluation, Assessment, and Improvement (PEAI) Committee) є окремою комісією для оцінювання освітніх програм та забезпечення її якості. Робочі групи для кожного основного курсу розробляють інструкційні матеріали та інструментарій оцінювання. Курси проходять формальний процес перегляду, затвердження та модифікації курсу відповідними підкомітетами.

У медичній школі функціонує 3 кафедри: біомедичні науки, клінічні науки і наука про системи охорони здоров'я. Завідувачі кафедр відповідальні за комунікацію з викладачами кафедри та персоналом факультету щодо очікувань, розвитку та змін, які впливають на забезпечення освіти. Кожен завідувач кафедри співпрацює з викладачами кафедри та співробітниками факультету, а також іншими завідувачами кафедр та керівництвом медичної школи для розробки освітньої програми і забезпечення її якості.

Деякі заклади медичної освіти скоротили навчальний план з чотирьох до трьох років на основі попереднього навчання або навчальних досягнень / підготовленості чи за умови проходження резидентури у первинній практиці (сімейній медицині) (Raymond, Kerschner, Hueston, & et al., 2015).

Майже п'ята частина американських медичних шкіл є членами Консорціуму пришвидшення змін у медичній освіті Американської медичної асоціації (AMA Accelerating Change in Medical Education Consortium). Відтоді, як АМА почала співпрацювати з медичними школами у 2013 р., до початкових 11 шкіл консорціуму приєдналися 26 інших медичних шкіл та 11 проєктів резидентури на рівні післядипломної медичної освіти.

Однією з початкових цілей консорціуму став розвиток програм медичної освіти, які, в основному, ґрунтувалися на досягненні визначених результатів та формуванні конкретного комплексу компетентностей. На думку науковців, це було необхідно, «оскільки кожен студент має різні сильні сторони та освітні



потреби; повне сприяння їхньому розвитку та розвитку компетентностей вимагає застосування гнучких, індивідуальних підходів до навчання» (Lomis, Santen, Dekhtyar, Stagg Elliott, Richardson, Hammoud, Hawkins, & Skochelak, 2021, p. 980). На сьогоднішній день спостерігається широке застосування компетентнісного підходу у підготовці майбутніх лікарів у медичних школах США (див. Таблицю 3.1).

*Таблиця 3.1.*

**Ініціативні цілі, відповідні тематичні області та приклади міжінституційних зусиль пришвидшення змін у медичній освіті**  
(Lomis, Santen, Dekhtyar, Stagg Elliott, Richardson, Hammoud, Hawkins, & Skochelak, 2021)

<b>Ціль</b>	<b>Тематична область</b>	<b>Приклади міжінституційних зусиль</b>
Мета 1: Розробка нових методів для навчання та оцінювання ключових компетентностей і сприяння створенню більш гнучких, індивідуальних планів навчання.	Компетентнісна медична освіта.	Уточнення розуміння рамок компетентностей. Модель адаптивної концепції здобувача освіти. Підручники з коучингу.
Мета 2: Пропагування зразкових методів досягнення безпеки пацієнтів, підвищення продуктивності та медична допомога, орієнтована на пацієнта. Мета 3: Удосконалення розуміння студентами-медиками системи охорони здоров'я та фінансування охорони здоров'я.	Науки про здоров'я (HSS).	Підручник із науки про системи охорони здоров'я та додатковий оглядовий посібник. Онлайн-модулі відкритого доступу. Предметний іспит Національної ради медичних екзаменаторів (NBME). Структура лікування хронічних захворювань. Соціальні детермінанти випадків охорони здоров'я закладені в навчанні студентів як користуватися електронною медичною картою. Стипендіальна програма наук про здоров'я.
Мета 4: Оптимізація навчального середовища.	Оптимізація навчального середовища.	Хороша інституційна структура. Оцінювання освітньої програми на різноманітність та інклюзивність. Цілісні інструменти для вступу. Технологічні платформи.

За перші п'ять років діяльності Консорціуму підготовлено близько 19000 студентів-медиків у Сполучених Штатах, які, за прогнозами, надаватимуть допомогу понад 33 мільйонам пацієнтів щорічно. Завдяки концепції наук про

здоров'я вони будуть краще підготовлені, оскільки ознайомлені зі середовищем, в якому вони працюють.

Науки про здоров'я є основоположною платформою та структурою для вивчення та розуміння того, як надається допомога, як медичні працівники працюють у команді, щоб надавати цю допомогу і як система охорони здоров'я може покращити догляд за пацієнтами та забезпечення медичної допомоги.

Зміни в освітній програмі, упроваджені школами Консорціуму, часто охоплюють нові методи навчання та оцінювання. Згодом ця ініціатива призвела до значних змін у функціях викладачів. У 32 школах Консорціуму перепрофільовано або створено 900 посад викладачів, а загалом було перерозподілено 87 еквівалентних штатних посад.

Особливості змін в освітній програмі полягали у збільшенні важливості, що приділяється командному догляду, якості і безпеці, різноманітності та інклюзивності, добробуті студентів та використанні технологій у навчанні та оцінюванні. Дослідники вважають, що школи зробили значні кроки до покращення досвіду закладів медичної освіти, що дасть змогу студентам практикувати у комплексних системах охорони здоров'я в майбутньому (Lomis, Santen, Dekhtyar, Stagg Elliott, Richardson, Hammoud, Hawkins, & Skochelak, 2021). Усі 32 школи-учасниці постановили продовжувати членство у Консорціумі.

Зважаючи, що навчання випускників тих шкіл відрізнялося від попереднього, АМА скерує увагу на сприяння запровадженню інновацій у післядипломній медичній освіті. Нова 5-річна грантова програма, що фокусується на вдосконаленні післядипломної освіти, спрямована на сприяння системним інноваціям у післядипломній освіті. Передбачено забезпечення змістовного та безпечного переходу від медичних шкіл до післядипломної освіти, а згодом від післядипломної освіти до практики; розробка нового змісту освітніх програм для покращення підготовки випускників, які будуть готові до практики, включаючи науки про здоров'я. Для формування остаточного бачення динаміки розвитку освітньої системи, спрямованої на підтримку

лікарів упродовж їхньої кар'єри, АМА моніторить нові тенденції, що впливають на освітні процеси і співпрацює з іншими агентствами для інкорпорування нових цілей у системі додипломної, післядипломної та неперервної медичної освіти.

Слід зазначити, що важливе місце серед студентів медичних коледжів США посідає комунікативна культура, яка є необхідною для формування професійних та комунікативних навичок майбутнього медичного фахівця. Комунікативні навички дозволяють урегулювати конфлікти, непорозуміння та неприємні ситуації, налагодження стосунків між лікарем та пацієнтом, уникнення помилок у лікуванні пацієнта. Постійне тренування комунікативних навичок є важливою складовою підготовки медичного працівника (Гребеник, 2013).

Рада з акредитації вищої медичної освіти (The Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME) зазначила, що зосередженість на освітніх результатах відбувається через використання базових компетентностей загального та спеціального профілю та пов'язаних з ними освітніх цілей. Консультативний комітет результатів проєкту (Outcome Project Advisory Committee) визначив 6 загальних ключових компетентностей за допомогою вивчення існуючих досліджень компетентностей лікарів. Ці компетентності схвалено Радою з акредитації вищої медичної освіти у лютому 1999 р.:

- догляд за пацієнтами (є співчутливим, відповідним та ефективним для лікування проблем зі здоров'ям і зміцнення здоров'я);
- медичні знання (про існуючі та нові біомедичні, клінічні та споріднені (наприклад, епідеміологічні та соціально-поведінкові) науки, а також застосування цих знань у догляді за пацієнтами);
- професіоналізм (проявляється через відданість виконанню професійних обов'язків, дотримання етичних принципів і чутливість до різноманітних верств пацієнтів);
- системна практика (проявляється в діях, які демонструють усвідомлення та чуйність до ширшого контексту та системи охорони здоров'я і здатність

ефективно використовувати ресурси цієї системи для забезпечення оптимальної допомоги);

– навчання на основі практики (навчання на основі практики та вдосконалення передбачає власне дослідження та оцінку особистого догляду за пацієнтами у поєднанні з науковим дослідом, а також покращення догляду за пацієнтами);

– навички комунікації та міжособистісного спілкування (сприяють ефективному обміну інформацією та співпраці з пацієнтами, їхніми сім'ями та іншими професіоналами у галузі охорони здоров'я) (Kavic, 2002, p. 96).

2011 р. Американська асоціація лікарень (American Hospital Association – АНА) зобов'язала регіональні ради переглянути перелік компетентностей. Окрім попередніх шести, виділено навички лікаря, необхідні для надання медичної допомоги майбутній генерації: навчання навичкам лідерства; системи теорії та аналізу; міждисциплінарне навчання; розуміння та повага до навичок інших медичних спеціалістів; менеджмент охорони здоров'я населення; паліативна допомога; політика та регулювання системи охорони здоров'я; співпраця у команді; емпатія / обслуговування клієнта, тайм менеджмент, зворотний зв'язок, управління конфліктними ситуаціями, розуміння економічних та культурних відмінностей, емоційний інтелект, інформатика (Combes, & Arespachaga, 2012, p. 402).

У жовтні 2011 р. АНА зібрала оперативну групу лікарів та інших клініцистів для перегляду результатів обговорення політики АНА та вироблення рекомендацій щодо удосконалення компетентностей. Оперативна група підкреслила, що удосконалення компетентностей працівників системи охорони здоров'я сприятиме підвищенню якості медичних послуг, зменшенню витрат та допоможе координувати догляд за особами з хронічними станами.

Рекомендації оперативної групи викладено у тезах:

а) для лікарень: важливо, щоб лікарні створювали середовище, що сприяє розвитку та постійній підтримці компетентностей; лікарні повинні забезпечувати зворотній зв'язок з лікарями щодо компетентностей та

пропонувати засоби покращення; лікарні відіграють роль у навчанні та залученні лікарів до вдосконалення якості та проєктів безпеки пацієнтів; лікарні повинні заохочувати обговорення клінічних випадків та залучати всіх членів команди; лікарів слід залучати у комплексне забезпечення медичних послуг та повне розуміння сутності охорони здоров'я; варто збільшити використання симуляційних центрів не лише для процедурного навчання, а й для командного навчання та розвитку комунікативних і міжособистісних навичок;

б) для системи забезпечення: заохочення ширшого використання інформаційних технологій; періодичний перегляд та оновлення компетентностей;

в) для медичної освіти: оскільки реформа медичної освіти не може усунути всі існуючі проблеми в забезпеченні охорони здоров'я, зміни допоможуть підготувати наступні покоління лікарів до реформ майбутнього. Слід враховувати скорочення чисельності лікарів, щоб зміни не спричинили ще більше проблем у цьому напрямі: розширити охоплення вступу до медичних закладів освіти та розробити інструменти для оцінки здібностей абітурієнтів за межами фундаментальних наук, для пошуку тих, для яких прикладом служать висококваліфіковані лікарі. Слід звернути увагу на традиційну домедичну освітню програму і чи є зміни, необхідні для детальнішого відображення компетентностей; зменшити навчальне навантаження та розширити способи навчання, включаючи розширення освітньої програми навколо науки про командну роботу, покращення якості, культури інновацій та безпеки, а також використання соціальних медіа та інших технологій для розширення можливостей навчання; формувати компетентності, професійні цінності та ставлення у процесі медичної підготовки. Необхідно вжити заходів для забезпечення того, щоб і викладачі, і наставники мали достатню підготовку для оцінювання навчальних результатів та сформованих компетентностей;

г) для післядипломної медичної освіти: резидентура стикається з багатьма викликами щодо формування професійних компетентностей, як і медична

школа, акцент також потрібно зробити на інтеграції процесу формування компетентностей у програму резидентури: якість та безпека пацієнта повинні бути невід'ємною частиною програми; навчання має відображати різноманітність середовища, де забезпечується охорона здоров'я; турбота повинна спрямовуватися на задоволення потреб пацієнта, отже лікарі потребуватимуть комунікативних навичок і знань для взаємодії з пацієнтом. У резидентів слід розвивати навички порадників, консультантів тощо, щоб допомогти пацієнтам прийняти рішення при виборі складного лікування. Крім того, у випадку паліативної допомоги, резиденти зможуть забезпечити широкий спектр варіантів, що найкраще задовольнятимуть потреби та бажання пацієнтів; д) для неперервної медичної освіти: розвиток компетентностей – постійний процес, що триває протягом всього життя. Неперервна медична освіта може запропонувати унікальну можливість швидких рішень якщо акредитацію оновлювати щороку (Combes, 2012, с. 404).

Розвиток інтелектуальних та творчих здібностей молоді посідає чільне місце в освітній політиці США. Діяльність американських ЗВО не обмежується лише власною країною, а охоплює багато держав світу. Співпрацюючи із найкращими закордонними університетами та науково-дослідницькими установами, американські університети навчають талановитих студентів у світі, що дає можливість реалізовувати постійний обмін знаннями та запозичувати прогресивні досягнення з різних галузей діяльності суспільства. Навчання за кордоном дає змогу талановитим студентам обирати програми, що найкраще враховують їхні потреби та можливості, і при цьому удосконалити інтелектуально-творчі здібності. Це, зокрема: «повністю інтегровані програми навчання в іноземному університеті; програми, спеціально розроблені для студентів американських університетів; гібридні програми» (Горпініч, 2015, с. 135).

Погоджуємося з думкою науковця Т. Хвалибоги, що серед основних переваг американської медичної освіти можна назвати «оптимальне педагогічне навантаження викладачів, їхній високий рівень відповідальності, академічну

мобільність студентів і викладачів. Проте, головними недоліками є слабка теоретична підготовка студентів, відсутність послідовності та системності при вивченні предметів, що ускладнює формування клінічного мислення» (Хвалибога, 2020).

### **3.2. Сучасний стан та перспективи розвитку вищої медичної освіти в Україні**

Важливою складовою української національної системи охорони здоров'я є медична освіта, що реалізується у закладах вищої медичної та фармацевтичної освіти. Фахова підготовка майбутніх медичних працівників здійснюється із дотриманням вимог низки нормативно-правових документів: Закону України «Про вищу освіту» (2014), положення «Про клінічну ординатуру» (МОЗ України, 1998), «Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» (МОЗ України, 2021) тощо.

Освітньо-професійна програма базується на основі низки нормативних документів, зокрема:

- Законів України: «Про вищу освіту» 01.07.2014 р. №1556-VII; «Про освіту» 05.09.2017 р. №2145-VIII;
- Постанов Кабінету Міністрів: №11341 від 23.13.2013 р. «Про затвердження Національної рамки кваліфікацій»; № 266 від 29.04.2015 р. «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти»; № 334 від 28.03.2018 р. «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів освітнього ступеня магістра за спеціальностями галузі знань «Охорона здоров'я»; № 354 від 10.05.2018 р. «Про затвердження переліку спеціальностей, за якими проводиться єдиний державний кваліфікаційний іспит для здобуття ступеня магістра»; № 684 від 17.07.2019 р. «Деякі питання атестації осіб, які здобувають ступінь магістра, у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту»;

- Наказів МОН України: № 673 від 22.05.2020 р. «Про затвердження переліку спеціальностей, здобуття ступеня освіти з яких необхідне для доступу до професій, для яких запроваджено додаткове регулювання»; № 239 від 16.04.2003 р. «Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 «Медицина»;
- Національного класифікатора України: «Класифікатор професій» ДК 003:2010. К.: Видавництво «Соцінформ», 2010 та Наказу Міністерства економічного розвитку і торгівлі України № 1361 від 18.11.2014 р. «Про затвердження зміни до національного класифікатора України ДК 003:2010» (зміна № 2);
- Методичних рекомендацій щодо розроблення стандартів вищої освіти, затверджених наказом МОН України від 01.06.2016 № 600, поданих відповідно до редакції Наказу Міністерства освіти і науки України від 30.04.2020 № 584 «Про внесення змін до Методичних рекомендацій щодо розроблення стандартів вищої освіти».

Завданням вищої медичної освіти є високоякісна підготовка фахівців. Його розв'язання спрямовується на реалізацію реформ у галузі охорони здоров'я, а також забезпечення державних соціальних пріоритетів. Оскільки рівень готовності майбутніх лікарів визначає якість надання медичних послуг населенню, на сучасному етапі увиразнюється необхідність внесення змін до професійної підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів із врахуванням вимог міжнародних стандартів. З огляду на це, вбачаються такі шляхи підвищення якості освіти у закладах вищої освіти, зокрема й медичних: ефективна організація та інформатизація освітнього процесу, упровадження новітніх досягнень у практику викладацької діяльності, відбір висококваліфікованих науково-педагогічних кадрів, забезпечення сучасної навчальної та науково-методичної бази тощо (Мороз, Гумінський, Фоміна, & Полесья, 2015).

Реформи у системі охорони здоров'я невід'ємно пов'язані зі змінами у підготовці майбутніх лікарів та інших спеціалістів, котрі повинні надавати



громадянам якісну медичну допомогу, забезпечувати належне лікування та вдосконалювати вміння і навички відповідно до потреб сьогодення.

2005 р. Україна підписала Болонську декларацію, що визначає мету, методологію розвитку освіти та відповідні терміни. Основна мета передбачала прагнення до підвищення якості вищої освіти, формування стандартів освіти, забезпечення якості підготовки фахівців. Важливу роль відіграло створення двоступеневої системи вищої освіти – бакалавр і магістр. США вже тривалий період використовують таку систему освіти, при якій фахівець може працювати за спеціальністю, здобувши ступінь бакалавра, а після здобуття ступеня магістра можна займатися викладацькою та науковою діяльністю, подальшим кроком якої є ступінь доктора філософії. Уніфіковані ступені і кваліфікації сприяють інтеграції та мобільності освітнього простору. Європейська кредитно-трансферна система (ЄКТС) є розроблена з метою уніфікації підходів до оцінювання академічної успішності студентів (слухачів та курсантів), що навчаються в різних закладах вищої освіти. По суті, ЄКТС не здійснює регулювання структури, змісту чи еквівалентності освітньо-професійних програм. Такі питання відносяться до якості і визначаються самими ЗВО. Натомість ЄКТС дозволяє забезпечити прозорість і сприяння визнанню освіти. Ця система була розроблена, насамперед, для врахування інтересів здобувачів освіти та дає змогу враховувати їхнє навантаження, необхідне для реалізації цілей освітньої програми.

З 1999 по 2011 рр. у межах Болонського процесу було проведено значну кількість зустрічей на різних рівнях (конференції, семінари, робочі наради тощо), що дали змогу сформулювати такі основні позиції:

– упровадження двоциклового навчання: 1-й: для набуття першого академічного ступеня – бакалавра (3–4 роки) і 2-й – для набуття ступеня магістра (1–2 роки), а також ступеня доктора. При цьому загальна тривалість здобуття освіти повинна становити 7–8 років;

- імплементація європейської кредитно-трансферної системи (ЄКТС) як накопичувальної та здатної бути ефективною у межах концепції «навчання впродовж життя»;
- забезпечення системи контролю якості освіти, яка передбачає створення акредитаційних агентств, незалежних від урядів та різних організацій;
- інтенсифікація мобільності суб'єктів освітнього процесу з метою набуття та обміну європейським досвідом;
- створення умов для працевлаштування випускників. При цьому набуті ними компетентності мають приносити користь усій Європі. Відтак академічне і професійне визнання, визнання іноземних освітніх кваліфікацій здійснюється спеціально створеними компетентними органами. При цьому впроваджується уніфікований зразок «Додатка до диплома про освіту» (Diploma Supplement), рекомендований ЮНЕСКО;
- забезпечення зацікавленості системами освіти європейських країн щоразу більшої кількості студентів, що походять з інших регіонів. Задля цього здійснюється імплементація загальноєвропейських систем гарантій якості освіти та накопичення кредитів, а також легкодоступних кваліфікацій, що підвищує інтерес до вищої освіти громадян європейських та інших країн світу;
- упровадження стратегії «навчання впродовж усього життя» як основи конкурентоспроможності фахівців, впровадження нових технологій та підвищення якості життя.

Створений відкритий Європейський освітній простір уможливорює безперешкодну мобільність викладачів та студентів. Важливою умовою такої мобільності є офіційне визнання як самого факту навчання, так і дипломів про вищу освіту. Навчальне навантаження студентів у межах ЄКТС передбачає час відведений на лекції, семінари, самостійну роботу, підготовку до складання екзаменів тощо. За всіма компонентами освітньої програми, що охоплюють окремі модулі, навчальні дисципліни, стажування, кваліфікаційну роботу тощо, розподіляються кредити. Вони відображають кількість, час та обсяг роботи,

необхідних для опанування кожного компонента, у співвідношенні до загальної кількості часу та роботи, необхідних для закінчення навчання за освітньою програмою.

Кредит охоплює як аудиторну, так і самостійну роботу студента. Аудиторна навчальна діяльність студента є сукупністю лекцій, практичних занять, семінарів, написання історії хвороби, консультацій тощо. Самостійна робота студента (СРС) передбачає різні види діяльності, серед яких: підготовка до семінарів чи практичних занять, підсумкового контролю з модулю, підготовка доповіді, написання реферату чи індивідуального науково-дослідницького завдання, самостійне опанування окремих тем тощо. Усі види аудиторної та самостійної роботи студентів з конкретної навчальної дисципліни регламентуються її робочою програмою, що затверджується в установленому порядку та зберігається на кафедрі, де з нею може ознайомитися кожен студент (Болонський процес, 2016).

Запровадження ЄКТС також викликало зміни у роботі медичних факультетів, де розроблено нові навчальні плани, що передбачали 240 кредитів ЄКТС за 6 років навчання. Оскільки кількість годин в українських медичних ЗВО на 2–3 тисячі перевищувала кількість годин у навчальних планах європейських країн, виникла потреба зменшити аудиторне навантаження та збільшити кількість годин, відведених на самостійну роботу (Поляченко, Передерій, Волосовець, & et al., 2005).

Законом України «Про вищу освіту» (2014) декларується формування у здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти здатності розв'язувати спеціалізовані задачі підвищеної складності, що є притаманними певній галузі професійної діяльності. Проходження курсу навчання обсягом 180–240 кредитів ЄКТС на цьому рівні завершується присудженням випускникам освітнього ступеня бакалавра. Якщо цей освітній ступінь здобувається на базі завершеної фахової передвищої освіти або ж на основі набутого освітнього ступеня «молодший бакалавр», закладом вищої освіти може бути визнана та

перезарахована певна кількість кредитів ЄКТС. Їх максимальний обсяг прописаний у стандарті вищої освіти (Закон України «Про вищу освіту», 2014).

Натомість на другому (магістерському) рівні вищої освіти майбутні магістри отримують можливість набути здатності розв'язувати дослідницькі задачі, що можуть мати інноваційний характер та є притаманними конкретній галузі професійної діяльності. Є певна специфіка у здобутті ступеня магістра медичного та фармацевтичного спрямувань. Для вступу на навчання абітурієнти повинні мати завершену повну загальну середню освіту або здобутий ступінь фахового молодшого бакалавра, молодшого бакалавра чи наявний освітньо-кваліфікаційний рівень молодшого спеціаліста за відповідною спеціальністю. Успішне опанування освітньої програми, обсягом 300–360 кредитів ЄКТС (за умови, що освіта здобувається на основі атестата про повну загальну середню освіту) дає підстави для присудження випускникам ЗВО ступеня магістра медичного чи фармацевтичного спрямувань. Якщо освітній ступінь магістра медичного чи фармацевтичного спрямувань прагнуть опанувати здобувачі, що вже мають диплом молодшого бакалавра чи фахового молодшого бакалавра, заклад вищої освіти отримує право на визнання та перезарахування раніше опанованих кредитів ЄКТС. Їх граничний обсяг регламентується стандартом вищої освіти (Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти», 2020).

На третьому (освітньо-науковому / освітньо-творчому) рівні здобувачі освіти отримують можливість набути здатність до розв'язання комплексних проблем, притаманних професійній галузі чи дослідницько-інноваційній діяльності. На цьому рівні вищої освіти здобувач освіти вчиться ідентифікувати та розв'язувати системні соціально значущі проблеми, що є важливими та актуальними для забезпечення сталого розвитку, в конкретній галузі діяльності. Для цього здобувачі освіти отримують можливість отримати системотвірні знання та опанувати прогресивні технології. Завершення навчання на третьому (освітньо-науковому / освітньо-творчому) рівні дозволяє здобувачам вищої

освіти отримати можливість здобути освітній та водночас науковий ступінь доктора філософії. Його можна опанувати на основі наявного диплома магістра. Присудження ступеня доктора філософії здійснюється разовою спеціалізованою вченою радою, що створюється у закладі освіти чи науковій установі, після, як вже зазначалося, успішного опанування здобувачем освіти відповідної освітньо-наукової програми та прилюдного захисту дисертації (Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти», 2020).

Зміст вищої освіти регламентовано низкою документів: освітньою програмою, структурно-логічною схемою підготовки, робочими програмами навчальних дисциплін, навчальними планами, індивідуальним навчальним планом студента, нормативними документами органів державного управління вищою освітою та закладу освіти. Він знаходить своє відображення у підручниках, навчальних посібниках, методичних рекомендаціях, дидактичних засобах, транслюється у ході навчальних занять та інших форм та видів освітньої діяльності.

Сьогодні підготовка фахівців, що реалізуватимуть професійну діяльність у сфері охорони здоров'я, здійснюється закладами вищої медичної та фармацевтичної освіти. На прикладі трьох відомих університетів розглянемо особливості освітньої програми.

У Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця підготовка фахівців реалізується за такими напрямками: Фізична терапія, ерготерапія; Стоматологія; Стоматологія ортопедична; Медицина; Медична психологія; Фармація, промислова фармація; Педіатрія; Менеджмент у сфері охорони здоров'я.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського готує майбутніх лікарів за такими напрямками: Медицина; Медсестринство; Стоматологія; Фармація, промислова фармація; Громадське здоров'я, Фізична терапія, ерготерапія.

Навчання у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького відбувається за такими спеціальностями: Медицина; Педіатрія; Стоматологія; Фармація, промислова фармація. Розглянемо освітньо-професійну програму «Медицина», що реалізується за другим (магістерським) рівнем вищої освіти спеціальності 222 Медицина галузі знань 22 Охорона здоров'я, яка була розроблена, затверджена Вченою радою Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, та введена в дію з 01.09.2021 р. (Радченко, Лукавецький, & et al., 2021).

Метою освітньої програми є підготовка майбутнього медичного фахівця, що здатний розв'язувати складні завдання та проблеми у сфері охорони здоров'я та у процесі навчання, а також провадити професійну лікарську діяльність. Змістовий компонент предметної області програми охоплює знання гуманітарних (4,4%), природничих та суспільних (фундаментальних) (31,5%) та клінічних наук (64,1%). Останні охоплюють низку питань щодо: охорони здоров'я населення, запобігання, діагностування та лікування захворювань на різних рівнях (індивідуальному, родинному та популяційному). Ці знання складають необхідний мінімум для реалізації професійної діяльності лікаря. Випускник може претендувати на опанування програм післядипломної освіти, а саме: інтернатури та резидентури, що реалізують освітні програми підготовки лікаря конкретної спеціальності, а також продовжувати навчання на третьому (освітньо-науковому) рівні вищої освіти чи здобувати додаткові кваліфікації у системі післядипломної освіти (Радченко, Лукавецький, & et al., 2021).

Освітньо-професійна програма передбачає формування комплексу компетентностей, серед яких: інтегральна здатність, а також загальні та фахові здатності.

Інтегральна здатність полягає у можливості застосування набутих загальних та професійних компетентностей у процесі розв'язання складних професійних задач та практичних проблем у сфері охорони здоров'я, область застосування яких передбачається «...визначеними переліками синдромів та симптомів захворювань, невідкладних станів, фізіологічних станів та

захворювань, які вимагають специфічної тактики ведення пацієнтів; лабораторних та інструментальних досліджень, медичних маніпуляцій; питань трудової, судової та військової експертизи та/або здійснення інновацій» (Радченко, Лукавецький, & et al., 2021).

До загальних належать здатності: абстрактно мислити, здійснювати аналіз і синтез, вчитися і опановувати сучасні знання, використовувати набуті знання на практиці, адаптуватися та діяти в новій ситуації, обирати обґрунтовані рішення, діяти в команді; здійснювати усне та письмове спілкування державною мовою, вести комунікацію іноземною мовою, здійснювати дії соціально відповідально та свідомо з урахуванням етичних міркувань; знання та розуміння предметної області та специфіки майбутньої професійної діяльності; навички реалізовувати міжособистісну взаємодію та користуватися інформаційними і комунікаційними технологіями; наполегливість у виконанні поставлених завдань і взятих зобов'язань; прагнення зберігати навколишнє середовище (Радченко, Лукавецький, & et al., 2021).

До фахових належать: навички опитувати та клінічно обстежувати пацієнта; здатності визначати доцільний перелік досліджень (лабораторних чи інструментальних) та оцінювати їх результати, встановлювати діагноз (попередній та клінічний), визначати принципи та обирати характер лікування захворювань, діагностувати невідкладні стани, встановлювати оптимальний режим праці та відпочинку, а також спосіб харчування у ході лікування захворювань (Радченко, Лукавецький, & et al., 2021).

Загальний обсяг освітньої програми складає 360 кредитів, з них обов'язкових компонент – 270, а вибіркового компонент – 90. Обов'язкові компоненти охоплюють дисципліни загальної підготовки, дисципліни фундаментальної підготовки, дисципліни професійної підготовки та виробничу лікарську практику в поліклініці та амбулаторії сімейної медицини (див. Додаток Д).

Практика є обов'язковим складником підготовки фахівців на усіх освітніх рівнях. Мета практики полягає у набутті здобувачами вищої освіти

професійних навичок і вмінь, необхідних для роботи у реальних умовах професійної діяльності, вихованні потреби регулярно і систематично оновлювати знання, формуванні умінь та навичок творчо їх використовувати на практиці. Освітні програми підготовки майбутніх фахівців можуть включати, як навчальні, так і виробничі практики. Допускаються й інші види практик, що передбачається навчальними планами. Практична підготовка студентів реалізується на базах практики, що відповідають необхідним умовам. Зокрема, це можуть бути університетські клінічні бази.

Відділ виробничої практики здійснює підготовчу роботу: укладає договори з Управліннями охорони здоров'я області і міста про проходження практики студентами; організовує обстеження студентів для допуску їх до роботи в закладах охорони здоров'я; проводить наради з керівниками закладів охорони здоров'я з питань організації і забезпечення керівництва практикою, побуту студентів-практикантів, інструктажі зі студентами та викладачами.

Забезпеченням навчально-методичного керівництва і виконання програм практики займаються відповідні кафедри. Керівниками практикою здобувачів освіти призначаються досвідчені працівники з числа викладацького персоналу кафедр. Кафедра, яка отримала доручення керувати практикою, зобов'язана розробити та затвердити в установленому порядку низку документів, серед яких: робоча програма, методичні матеріали та щоденник практики, якими чітко регламентуються: перелік знань, навичок, вмінь, якими повинні оволодіти студенти-практиканти; рекомендації щодо перевірки рівня володіння навичками, уміннями, знаннями в контексті видів, форм цієї діяльності; форма звіту про проходження практики студентами (Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2021).

Кожна практика завершується звітом про виконання її програми та індивідуального завдання. Формою звітності студентів-практикантів є письмовий звіт або щоденник практики, що підписується і оцінюється керівниками: від бази практики та університету. У звіті відображаються відомості про виконання студентом-практикантом усіх розділів програми,



сформовані уміння та навички, передбачені програмою. Звіти, виконані у письмовому вигляді, упродовж одного року зберігаються у відділі виробничої практики.

Курси за вибором становлять значну частину освітньо-професійних програм підготовки майбутніх лікарів у всьому світі, забезпечуючи багато переваг для студентів-медиків. Метою елективних курсів є орієнтація студентів на індивідуалізацію навчання та соціалізацію, свідомий та відповідальний вибір предметів, які сприятимуть майбутній професії. Дисципліни за вибором враховують регіональні особливості щодо необхідності у фахівцях конкретної спеціальності та спеціалізації, наявний досвід підготовки фахівців в університеті, особливості і характер наукових шкіл тощо. Дисципліни вільного вибору спрямовуються на задоволення освітніх і культурних потреб здобувачів освіти, поглиблення фундаментальної і спеціальної підготовки.

Для формування груп студентів щодо вивчення дисциплін за вибором на наступний навчальний рік декани факультетів ознайомлюють в осінньому семестрі студентів із затвердженим переліком вибіркового дисциплін (спеціалізацій). Анотації навчальних дисциплін за вибором, підготовлені факультетами та кафедрами, оприлюднюються на веб-сайті університету. Анотація містить обов'язкову інформацію про передумови для вивчення навчальної дисципліни, максимальну і мінімальну кількість студентів, які можуть одночасно вивчати дисципліну (Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2021).

Основними завданнями курсів за вибором є створення позитивної мотивації до оволодіння обраним предметом, активізація пізнавальної діяльності студентів, удосконалення інформаційно-комунікативної компетентності студентів тощо. Як свідчить аналіз досвіду вітчизняних закладів вищої медичної освіти, курси за вибором можна віднести до двох основних типів:

- курси для розширення змісту одного з обов'язкових предметів, засвоєння якого здійснюється на мінімальному фундаментальному рівні, що сприяє

одержанню студентами глибших знань із предмета, що формує інтерес студента;

– курси для задоволення пізнавальних інтересів студентів у різних сферах діяльності, розширюючи таким чином загальну компетентність студентів, здатність приймати індивідуальні рішення у складних ситуаціях.

Перелік елективних курсів, що вивчаються у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького подано в Додатку Е.

Слід зазначити, що студенти-медики в Україні мають фіксований вибір елективних курсів на кожен рік, наприклад, протягом першого року навчання вони можуть вибрати певну кількість дисциплін, які пропонуються лише на цей рік. Донедавна недоліком було те, що вся група повинна була обирати певний предмет, з 2021 р. запроваджено зміни, котрі дають можливість кожному студенту індивідуально обирати бажані курси за вибором. Крім того, студенти українських медичних університетів традиційно обирають курси у своїх університетах, проте є невеликий відсоток студентів, що беруть участь у програмах обміну. Щодо США, то тут ситуація інша: значну частину курсів за вибором можна проходити в різних географічних та культурних умовах. Більше того, для американських студентів курси за вибором – це додаткова можливість отримати практичний досвід за межами свого університету та країни, що може бути корисним для набуття нових культурних та клінічних навичок, а також додаткового досвіду.

В освітньому процесі університету знайшли застосування такі шкали оцінювання: традиційна 4-бальна шкала, 200-бальна шкала та рейтингова шкала ЄКТС.

Порівнявши освітньо-професійні програми напряму “Медицина” трьох ЗВО, можна зробити висновок, що мета, характеристика, цілі програми спрямовані на систему внутрішнього забезпечення якості вищої освіти та не мають суттєвих відмінностей між освітніми закладами. Дещо відрізняється кількість годин виділених на певні дисципліни та перелік елективних курсів. Отже, метою освітньої програми є підготовка висококваліфікованого лікаря,

який зможе застосовувати знання, уміння та навички набуті під час загальної та фахової підготовки для розв'язання типових задач лікарської діяльності у галузі охорони здоров'я на конкретній посаді.

До 2018 р. вступ на медичні спеціальності не обмежувався певними рамками чи бар'єрами. У 2018 р. було визначено мінімальний бал ЗНО на рівні 150 з двох профільних предметів для вступу на спеціальності: медицина, педіатрія та стоматологія. Вимоги до вступу у медичні заклади є надзвичайно високими у багатьох країнах.

Ліцензійні інтегровані іспити «Крок 1», «Крок 2» і «Крок 3» – це комплекс засобів стандартизованої діагностики, що дозволяє визначити рівень професійної компетентності майбутніх медиків. Їх метою, згідно із стандартами вищої освіти, є визначення відповідності рівня професійної компетентності здобувача вищої освіти мінімально необхідному рівню.

Підсумкова атестація випускників, що навчалися за освітньо-професійною програмою спеціальності 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» з метою здобуття ступеня вищої освіти «магістр» здійснюється шляхом складання єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ). Порядок його проведення регламентується низкою нормативних актів: Постановами Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» (Кабінет Міністрів України, 2018) та від 19.05.2021 № 497 «Про атестацію здобувачів ступеня фахової передвищої освіти та ступенів вищої освіти на першому (бакалаврському) та другому (магістерському) рівнях у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту» (Кабінет Міністрів України, 2021).

ЄДКІ має складну структуру та охоплює об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит (ОСП(К)І) і тестові компоненти. Останні охоплюють іспити «КРОК» та англійську мову за професійним спрямуванням. Зазначимо, що ЄДКІ встановлює досить високі вимоги як для студентів, так і для університетів, які ведуть їхню підготовку. Це сприяє підготовці

висококваліфікованих випускників закладів вищої медичної освіти. Також ЄДКІ забезпечує мінімізацію можливостей для корупційних дій у ході його складання. Кваліфікований лікар повинен володіти англійською мовою, щоб мати можливість стежити за інноваціями у медичній науці. Крім того, участь у міжнародних конференціях та стажуваннях вимагає високого рівня володіння англійською мовою.

«Всесвітня декларація про вищу освіту для XXI століття: підходи й практичні заходи» декларує якість у сфері вищої освіти як багатовимірну концепцію, яка має урахувати усі функції та види діяльності. До них, зокрема, належать академічні програми, стипендії, науково-дослідницька робота, забезпеченість науково-педагогічним персоналом, матеріально-технічне оснащення, обладнання клінік, суспільно корисна робота, а також академічне середовище. Підготовка майбутнього фахівця є вихованням свідомого українця, що знає історію, звичаї і традиції свого народу, володіє сучасними технологіями (інформаційними і лікувальними), іноземними мовами, є провідником і взірцем здорового способу життя для інших (Лазоришинець, Банчук, Волосовець, Фещенко, & Булах, 2016).

Сьогодні, академічна та професійна мобільність є невід'ємною складовою професійного розвитку особистості, що також вимагає володіння англійською мовою на рівні B2. Право на академічну мобільність забезпечує низка документів: міжнародні договори про співробітництво в галузі освіти та науки, міжурядові угоди про співробітництво, договори про співробітництво з вітчизняними чи іноземними закладами вищої освіти. Академічна мобільність може реалізуватися шляхом участі у міжнародних програмах і проектах, діяльності у наукових та лікувально-профілактичних установах. Учасники освітнього процесу можуть реалізувати право на академічну мобільність з власної ініціативи, а також скориставшись індивідуальним запрошенням. Академічна мобільність забезпечує участь студентів, аспірантів, докторантів, лікарів-інтернів та науково-педагогічний персонал університету у навчанні, стажуванні, проходженні навчальної або виробничої практик, проведенні

наукових досліджень тощо в іншому ЗВО, українському чи закордонному; лікувальних установах; у приватних закладах освіти; у закладах спеціалізованої освіти, закладах, що мають специфічні умови навчання тощо.

Участь в програмах академічної мобільності дозволяє здобувачам освіти набувати професійний досвід; підвищувати ефективність наукових досліджень, опановувати новітні методи дослідження, набувати досвід здійснення науково-дослідницької роботи та впроваджувати її результати; підвищувати конкурентоздатність випускників і співробітників медичних університетів на вітчизняному та міжнародному ринках освітніх послуг та праці; підвищувати рівень володіння іноземними мовами; забезпечувати інформаційний обмін та розширення наукових контактів. Власне, у цьому й полягають основні завдання академічної мобільності.

Реформи медичної освіти відповідають трансформаціям вітчизняної вищої освіти, що беруть початок 2014 р. та пов'язані з прийняттям Закону України «Про вищу освіту». З 2019 р. Міністерством охорони здоров'я запроваджено єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ) у сфері охорони здоров'я. Він охоплює чотири компоненти: 1) іспит КРОК, 2) екзамен з англійської мови професійного спрямування, 3) міжнародний екзамен з основ медицини (IFOM), а також 4) практичний екзамен (ОСК(П)І). Розробкою перших двох іспитів займаються фахівці Центру тестування при МОЗ. Натомість Міжнародний іспит з основ медицини, що передбачає завдання з дисциплін фундаментального та клінічного циклів, розробляється іноземною агенцією з оцінки якості знань здобувачів освіти (МОЗ України, 2019).

У процесі складання ОСП(К)І, що включає базові клінічні дисципліни, здійснюється контроль рівня клінічної компетентності випускника. У процесі іспиту оцінюються практичні та комунікативні навички майбутніх медиків. При проведенні ОСП(К)І залучаються реальні або віртуальні пацієнти. При цьому використовується необхідне обладнання, фантоми, прилади, випускникам пропонуються ситуаційні завдання тощо. На різних станціях здійснюється моделювання видів клінічної компетентності. Варто зазначити, що станцією

ОСП(К)І слугує стандартизоване місце, обладнане для короткотривалої (5–30 хвилин) взаємодії студента з пацієнтом чи певною клінічною ситуацією. На основі спостереження за такою взаємодією здійснюється оцінювання за стандартизованими протоколами набутих здобувачем освіти компетентностей в умовах, наближених до реальних (МОЗ України, 2019).

Станції для проведення екзамену ОСП(К)І можуть бути: клінічні та практичні. Перші з них дають змогу змоделювати взаємодію студента з пацієнтом, реальним або віртуальним. Натомість практичні станції дозволяють продемонструвати виконання відповідних маніпуляцій чи процедур. В екзаменаційній аудиторії та кімнатах для виконання практичних завдань наявні камери відеоспостереження, відеозапис із яких може бути корисним при апеляціях здобувачів освіти чи забезпеченні об'єктивності рішень екзаменаційної комісії (МОЗ України, 2019).

Найважливішою інновацією, безперечно, є упровадження міжнародного іспиту з основ медицини (International Foundations of Medicine – IFOM). Розробку міжнародного іспиту з основ медицини здійснює одна з найбільш поважних у світі організацій – Національна рада медичних екзаменаторів США (National Board of Medical Examiners – NBME). В Україні цей іспит адмініструють фахівці Центру тестування при МОЗ України спільно з NBME. За змістом тестові завдання іспиту включають питання з таких галузей, як внутрішня медицина, хірургія, педіатрія, психіатрія, акушерство та гінекологія, з якими мають бути обізнані майбутні лікарі будь-якої країни світу, завершуючи навчання на останньому курсі закладу вищої медичної освіти (див. Додаток Ж).

Практична компонента екзамену ОСП(К)І перевіряє сформовані уміння та навички студента, його здатність здійснювати медичні маніпуляції, вести комунікацію з пацієнтом, застосовувати отримані теоретичні знання на практиці. Надання медичної допомоги студентом відбувається на «станції», де створені умови для перевірки окремих навичок. Кожен екзаменатор має можливість приймати лише одну складову практичного іспиту. При цьому він

не має можливості самотійно вплинути на загальний результат. У такий спосіб забезпечується об'єктивність оцінки та мінімізується суб'єктивність викладача. Такий формат екзамену дозволяє оцінити практичні навички майбутнього фахівця.

В основу ОСП(К)І покладено наступні принципи:

- об'єктивності, що реалізується шляхом виконання усіма студентами завдань однакової складності із наступним оцінюванням результатів шляхом застосування стандартного інструменту (контрольного чек-листа);
- структурованості – структурна організація іспиту забезпечується сталою кількістю (наприклад, 12) спеціально обладнаних приміщень – «Станцій ОСП(К)І»;
- клінічності – створення ситуацій, максимально наближених до клінічних (кейси), у межах яких майбутні медики отримують можливість застосовувати отримані теоретичні знання та практичні уміння й навички;
- вимірюваності – оцінка компетентностей та навичок здобувачів вищої освіти з дотриманням вимог низки принципів, серед яких: об'єктивність, структурованість та наближення до реальної клінічної ситуації засобами стандартної оціночної шкали.

Вони цілковито відповідають порядку та умовам проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту, а також критеріям оцінювання результатів навчання (Наказ МОЗ України, 2019).

Інтернатура – є важливим етапом лікарської підготовки. Після завершення шостого року навчання та успішного складання ЄДКІ, перед студентом-медиком постає завдання проходження практичної підготовки упродовж кількох років у закладі системи охорони здоров'я. Наказом МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» передбачено зміни у зарахуванні та проходженні інтернатури для тих осіб, які вступали в 2022 році (МОЗ України, 2021). Відповідно до положення, розподіл в інтернатуру відбуватиметься за рейтингом випускників за допомогою електронної системи.

Конкурсний бал випускників формується електронною системою рейтингового розподілу. При його обчисленні враховується середній бал академічної успішності за весь термін навчання, результати Крок 2, ОСП(К)І. Також випускник сам вказує пріоритетність бажаної спеціалізації. У випадку, якщо конкурсний бал недостатній, аби потрапити на обрану спеціальність, розглядатиметься його заява з нижчою пріоритетністю. Якщо ж конкурсний бал є недостатнім, щоб потрапити на усі обрані випускником спеціальності, він має можливість обрати інші, запропоновані МОЗ України. У випадку відмови повторна участь у рейтингуванні можлива лише в наступному році. Упродовж підготовки лікарі-інтерни мають набути відповідних знань, навичок та компетентностей відповідно до вимог програми. Лише лікарі (провізори)-інтерни, які повністю виконали навчальний план та програму підготовки, а також склали ліцензійний інтегрований іспит Крок-3, допускаються до атестації. Стане меншою також кількість первинних спеціальностей для проходження в інтернатурі, – 23 супроти 35. Вторинних, що є більш «вузькими» спеціальностями, буде 131. Вони можуть опановуватися у закладах післядипломної освіти після завершення інтернатури. Зміни стосуватимуться також баз проходження інтернатури. Раніше між базою стажування та закладом освіти укладався договір про спільну підготовку інтернів за певною спеціальністю. Натомість зараз бази та ЗВО не матимуть зв'язків між собою. Проте, бази стажування повинні відповідати низці вимог та бути обладнані апаратурою, приміщеннями, необхідними для здійснення лікувальної, діагностичної, провізорської роботи, щоб мати можливість забезпечити лікарям (провізорам)-інтернам достатній обсяг роботи, що відповідав би вимогам програм та навчальних планів інтернатури з певної спеціальності на сучасному рівні.

У медицині спостерігається тривалий та бурхливий прогрес у всіх галузях. Значні кроки зроблено у розумінні причин захворювань, що уможливило появу більш раціональних підґрунть для діагностики та лікування різних захворювань. Постійно з'являються нові діагностичні та лікувальні засоби, що



роблять значний внесок у покращення охорони здоров'я та ведення пацієнтів. Медична практика постійно змінюється. Отже, питання концепцій, принципів та стандартів неперервної медичної освіти є важливим для реформування вищої медичної освіти та охорони здоров'я.

Окрім того, наголос зроблено на вдосконаленні практичних умінь та навичок інтерна, тому зменшено тривалість освітньої складової інтернатури. Відтак вона триватиме щорічно три місяці, що дозволить майбутнім лікарям більше уваги приділити практичній діяльності у закладах охорони здоров'я. Також переглянуто термін навчання для окремих спеціальностей. Наприклад, майбутні анестезіологи та лікарі інтенсивної терапії проходитимуть інтернатуру не два, а три роки. Для деяких спеціальностей термін проходження інтернатури подовжено з півтора до двох років. Натомість, для майбутніх стоматологів цей термін скорочено з двох до одного року, що, на нашу думку, не зовсім доречно, оскільки закордонний досвід показує, що післядипломна освіта лікаря має становити не менше трьох років.

Незважаючи на те, що ЗВО мають достатньо автономії, проте консервативні тенденції нівелюють сучасні підходи до навчання, а також до культурно-ідеологічного складника осучаснення процесу викладання; пасивність мислення професорсько-викладацького колективу деструктивно впливає на ініціативність та креативність студентів; недостатній контроль якості практичної підготовки призводить до недостатньої професійної компетентності в майбутньому; нестача матеріально-фінансового стимулювання праці викладацького персоналу викликає небажання якісно формувати професійну компетентність майбутніх фахівців; недостатнє фінансування наукових досліджень, відсутня або застаріла навчальна база гальмують прогресивні та інноваційні підходи тощо.

Отже, соціальна значущість медичної освіти полягає, перш за все, в її модернізації згідно з нормативно-правовими та навчально-методичними світовими стандартами у медичній галузі, превентивних заходах із збереження здоров'я нації унаслідок актуалізації питань розвитку освітньої політики з

урахуванням європейських стандартів, забезпеченні та реалізації новітніх досягнень медичної науки. «Тому професійне навчання у вищих закладах освіти України варто спрямовувати на оволодіння студентами сучасних компетентностей, в основі яких закладено культуру, мораль та етику особистості як базові складові медичної освіти» (Ісаєва, 2016. с. 81–84.).

Варто зазначити, що окрім розвитку особистості лікаря, оволодіння ним основами професійної і особистісної культури та фаховою компетентністю, що дозволять реалізувати професійну діяльність успішно, не слід забувати і про комунікацію. Адже вміння коректно і чітко висловлюватися та вести бесіду є вкрай необхідними навичками для майбутніх медиків. Такі навички студенти здобувають шляхом вивчення умовно стимульованих мовних висловлювань та послідовного практикування комунікативних вправ. Тому, практичний матеріал слід підбирати згідно з навчальною та професійною тематикою, що спонукає до суперечок, дискусій та диспутів. Ці види діяльності з майбутніми медиками сприяють формуванню вмінь вирішувати реальні життєві завдання у професійній діяльності, зосереджуючись на проблемах етики і моралі.

Доцільно зазначити, що найефективнішими видами діалогічної взаємодії для формування комунікативних навичок і розвитку особистісної та професійної культури студентів-медиків є диспути, дебати, круглі столи, обговорення, конференції.

Провівши анкетування старшокурсників ЛНМУ імені Данила Галицького (350 студентів медичного факультету), слід підкреслити, що студенти виокремлюють дебати, круглі столи й конференції як важливі групові форми аудиторної роботи. У медичних закладах освіти студенти самостійно організовують круглі столи та проводять їх під керівництвом викладача, обговорюючи актуальні медичні проблеми, причини виникнення та шляхи подолання поширених захворювань та епідемій тощо.

Слід зазначити, що вище виокремлені види діяльності сприяють розвитку критичного мислення, уяви, творчих навичок, здатності самостійно творчо мислити, навичок публічної дискусії, комплексно формують низку

комунікативних умінь та навичок, що є надзвичайно важливими при постановці діагнозу пацієнту, інтерпретації результатів обстеження, моніторингу стану хворого, визначенні ефективності лікування, презентації клінічних випадків тощо.

Варто наголосити і на важливості постаті викладача в освітньому процесі. Викладання дисциплін соціально-гуманітарного циклу та організація дискусій у ході практичних занять відіграє значну роль у різнобічному розвитку студентів-медиків. Постановка проблем, суперечностей, інсценізації парадоксальних ситуацій чи клінічних випадків є важливою умовою створення сприятливого середовища та позитивного емоційного стану студентів на практичному занятті.

Науковці також звертають увагу на факт, що створення доброзичливої атмосфери та забезпечення уваги кожному індивіду сприяють ефективності проведення навчальних дискусій. Використання цього методу вчить майбутніх медиків слухати і підтримувати пацієнта, з повагою ставитися до колег та пацієнтів.

Формуючи комунікативну компетентність майбутній медик водночас вчиться мислити, здійснювати аналіз і передачу інформації, ухвалювати рішення, використовувати інтелектуально-творчий потенціал у процесі обходів, аналізу та обговорення з колегами комплексних клінічних випадків, прийняття невідкладних рішень щодо критичних станів пацієнтів тощо.

Формування професійної компетентності майбутніх медиків відбувається на основі низки підходів. Зокрема, в межах соціокультурного підходу культура трактується фундаментальною умовою збереження цілісності суспільства, розвитку освіти, науки тощо. Культурологічний підхід передбачає зосередженість на особистісній і професійній культурі фахівця. В його межах сучасна парадигма освіти має відображати механізми розвитку освітньої системи, яка відповідала б сучасному рівню особистісної і професійної культури й логіці культуровідповідності суспільства. Актуальним і важливим для становлення майбутніх медиків є й когнітивний підхід, в основі якого усвідомлення необхідності виділення основних етапів прийняття рішення у

критичній життєвій чи професійній ситуації. В основі цього підходу – критичність мислення, креативність та інтелектуальні стратегії, що сприяють критичному оцінюванню ситуації і визначенню ймовірних ризиків контексту ситуації (Шумило & Ісаєва, 2018).

Варто зазначити, що врахування багатоманітності сучасного світу створює умови для функціонування різних моделей освіти, які задовольняють потреби представників різних культур та соціальних груп, що є замовниками освітніх послуг. Усвідомлення цього різноманіття формується засобами соціально-гуманітарних дисциплін в умовах аудиторної та позааудиторної діяльності. Сучасна модель медичної освіти є невід’ємною складовою медичних послуг. Вона забезпечує підготовку фахівців нової генерації, яким притаманний широкий світогляд та високий рівень сформованості професійної та особистісної культури.

### **3.3. Можливості використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України**

Удосконалення сучасної вищої освіти вимагає неперервного пошуку дієвих механізмів, які дозволять не лише зберегти найкращі традиції, а й забезпечити постійну підтримку інноваційних процесів і у медичних ЗВО. Слід зазначити, що вища медична освіта займає пріоритетну нішу у розвитку держави, оскільки неможливо забезпечити динаміку розвитку суспільства чи всебічного самовдосконалення на національному рівні з метою збереження і підтримки здоров’я без належних послуг у медицині, які безпосередньо базуються на сучасній вищій медичній освіті.

У широкому розумінні поняття «освіта» означає процес і результат навчання та виховання. Концепція сучасної моделі вищої освіти полягає, насамперед, у тому, що освіту трактують як діяльність, що має на меті сформувати баланс між навчанням та вихованням. Окрім формування культури чи характеру особистості, поняття «освіта» також передбачає здобуття нових

знань, умінь і навичок для застосування у майбутній професійній діяльності. Інтеграція медичної освіти України в європейський простір передбачає узгодженість змісту освіти з цілісною картиною сучасного світу, взаємозв'язок і взаємодію суспільно-гуманітарних дисциплін щодо формування особистості шляхом використання міждисциплінарної інтеграції; добір проблем і аргументів, які потребують творчого мислення та кмітливості у поєднанні зі знаннями. Імплементация інтегрованих курсів з використанням інноваційних технологій, що спонукають розвиток компетентностей, сприятиме сучасному лікарю у практичній діяльності (Шумило & Ісаєва, 2018).

Перед сучасною вітчизняною освітою стоять ключові завдання: підвищення якості людського потенціалу, створення основи для модернізації, викликані розвитком цифрових технологій, а також забезпечення стійкості в швидкозмінних та невизначених умовах сьогодення (Кремень, Луговий & Саух, 2020, с. 3)

Тому наголошуємо на актуальності твердження науковця М. Якібчук, що «на сучасному етапі розвитку виникає загальна необхідність зміни системи глобальної мети освіти з перенесення акценту зі знань спеціаліста на його людські, особистісні якості. Цей перехід від знаннєвої до особистісної орієнтації є однією з передумов гуманізації та гуманітаризації професійної освіти» (Якібчук, 2007, с. 154), оскільки ці поняття залишаються глобальними та нагальними проблемами світового масштабу.

Погоджуємося з думкою Ю. Калюжної, котра наголошує, що для досягнення цілей фундаменталізації освіти у XXI столітті слід звернути увагу на питання розвитку загальної культури, вивчення кращих досягнень цивілізації, розвиток наукових форм мислення; модифікувати зміст та методологію освітнього процесу таким чином, щоб суттєва частина часу приділялась формуванню сучасних понять про інтегрованість системи наук, перспективи їх розвитку, модернізаційний потенціал; робити акцент на дослідження найбільш фундаментальних законів суспільства і природи у їх сучасному розумінні, на розвиток навичок використання знань у сучасному

модернізованому суспільстві (Калюжна, 2006, с. 109). Відомо, що роль інформаційних технологій у становленні сучасного медичного фахівця є фундаментальним, оскільки лікар може їх застосовувати як для формування креативного мислення, так і для удосконалення лікування та діагностики хвороб у пацієнтів.

Відомо, що стандарти медицини США та наукові дослідження займають провідне місце у всьому світі. Здобуття медичної освіти вимагає багато часу і значних фінансових витрат, а процес вступу складний, особливо для іноземних абітурієнтів. Для того, щоб стати лікарем в США, навчання вимагає приблизно 11 років. Проте, після проходження цього тривалого та важкого шляху майбутніх медиків очікує престижна і високооплачувана робота. Стандарти надання медичних послуг у США є одними з найкращих у світі, відтак рівень підготовки медичних працівників також має відповідати найвищим критеріям.

Інновації є невід'ємною складовою медичної освіти з часу доповіді А. Флекснера. Сполучені Штати залишаються однією з найбільш інноваційних країн у медицині. В межах такої складної індустрії як охорона здоров'я, освітні програми медичних шкіл повинні охоплювати інноваційне навчання для активної підготовки студентів до майбутнього. Дотримуючись цього принципу, Американська медична асоціація передбачає вирішення проблем на системному рівні як вимогу у медичній освіті (Niccum, Sarker, Wolf, & Trowbridge, 2017). Аналогічно, інноваційні та підприємницькі навички є важливими для лікарів, оскільки полегшують розпізнавання та аналіз клінічних чи хірургічних втручань з подальшим формулюванням концепції для ефективного вирішення зазначеної проблеми (Jeyabaladevan, & Yogalingam, 2018).

Отже, результати проведеного дослідження розвитку вищої медичної освіти у США, а також аналіз досвіду забезпечення медичної освіти в Україні дають підстави зацентувати увагу на необхідності організації ефективної системи професійної підготовки медичних фахівців у нашій країні. Таким чином, можна запропонувати наступні рекомендації, які дадуть можливість застосувати прогресивні ідеї та позитивний досвід розвитку вищої медичної

освіти у США в умовах освітнього середовища українських закладів вищої медичної освіти.

*1. Рекомендації для керівних кадрів системи охорони здоров'я України:*

– продовжувати роботу над розробкою ефективних механізмів створення сучасної парадигми системи освіти, що відповідає основним ознакам сучасної культури й формуватиме у студентів-медиків здатність до саморозвитку й самоосвіти упродовж життя, креативність, гуманістичну спрямованість соціальних цінностей сучасного суспільства відповідно до міжнародних стандартів, вимог суспільства, враховуючи умови економічної реальності та потреби медичної реформи в Україні;

– продовжити удосконалення нормативно-правової бази для упровадження ІКТ у медичну освіту, оскільки інформатизація передбачає розвиток сучасної медицини зокрема та перспективу формування лікарів-науковців. На сучасному етапі, інформаційні технології становлять невід'ємну компоненту інтегративного освітнього процесу у медичних ЗВО та особливо забезпечують його ефективність в умовах пандемії ковід-19 (Ісаєва & Шумило, 2020). Саме тому «інформатизація освіти розглядається як система взаємопов'язаних організаційно-правових, соціально-економічних, науково-технічних, виробничих та управлінських процесів, спрямованих на задоволення освітніх, інформаційних, обчислювальних і телекомунікаційних потреб учасників навчально-виховного процесу» (Ткачук, 2002, с. 433).

Як відомо, спостерігається різкий дисонанс між рівнем освітньої підготовки студентів-медиків та рівнем розвитку інформаційно-комунікаційних технологій, які використовуються у практичній діяльності лікаря. Тобто, погоджуємося з твердженням науковців, що «широке впровадження в практику медичних закладів ефективних інновацій, заснованих на використанні новітніх інформаційних технологій у процесі навчання, а також в професійній діяльності майбутніх медиків сприятиме продуктивному формуванню ІКТ-компетентності» (Ісаєва & Хміляр, 2020). Отож, необхідно виокремити основні напрями використання інформаційних технологій для формування ІКТ-

компетентності, тобто «використання комп'ютера та інформаційних технологій як засобу навчання та з метою вдосконалення контролю засвоєння знань студентів, моделювання різноманітних процесів, професійне застосування інформаційних технологій у медичній практиці, застосування автоматизованих навчальних систем тощо» (Мисловська, 2015). Власне ІКТ-компетентність майбутніх медиків охоплює формування таких компонентів: інформаційна та цифрова грамотність; основи комунікації за посередництва комп'ютерних технологій; створення і редагування документації; виписування рецептів; розв'язання завдань із відбору, аналізу та синтезу інформації;

– гарантувати забезпечення якості (Quality Assurance) освіти як базису освітньої діяльності закладу вищої освіти, а також однієї з важливих умов мотивації здобувачів освіти, їхньої мобільності, довіри, привабливості навчання, адже завданням медичних закладів освіти є формування висококваліфікованих кадрів для системи охорони здоров'я, реалізація фундаментальних та прикладних досліджень, реалізація професійної медичної допомоги;

– синхронізувати систему підготовки та навчання студентів-медиків з процесами реформування у системі охорони здоров'я. Сьогодні вже розпочато трансформації у вищій медичній освіті, однак цей процес є складним та тривалим. Інновації, що стосуються підвищених вимог для вступу в медичні заклади, оцінювання знань студентів та неперервний професійний розвиток лікарів сприятимуть підготовці фахівців, котрі будуть орієнтовані на інтереси пацієнтів, матимуть відповідні знання, навички і принципи відповідно до сучасних вимог;

– розширити мережі університетських клінік, що реалізують практичну підготовку майбутніх лікарів, а також удосконалювати та підвищувати кваліфікації медичних працівників згідно зі стандартами вищої освіти; сприяти розробці, апробації та упровадженню нових медичних технологій, проведенню науково-дослідної роботи;



- створити ефективну систему, яка б прогнозувала потреби в медичних кадрах в Україні. Наявні реєстри медичних працівників сьогодні не здатні відобразити реальну картину, адже базуються на радянських принципах. Медичні університети / факультети не отримують належних ресурсів для якісної освітньої та наукової діяльності, результатом чого є недостатнє матеріально-технічне забезпечення навчання;
- проаналізувати нормативно-правову базу, яка регулює галузь медичної освіти США для удосконалення чинної бази в Україні;
- підвищити вступні вимоги до абітурієнтів закладів вищої медичної освіти. Нині вищу медичну освіту здобувають понад 150 тисяч громадян України. Однак, враховуючи міжнародний досвід, очевидно, що кількість випускників медичних установ значно перевищує реальні потреби, наприклад, кількість випускників на мільйон населення в Україні вища, ніж у США та Канаді. В Україні залишається актуальним питання якісної освіти. Перші кроки зроблено у 2017 році, коли мінімальний бал результатів незалежного ЗНО для закладів вищої медичної освіти було збільшено зі 100 до 150 для таких предметів, як хімія та біологія для вступу на загальну медицину та стоматологію і 130 балів для вступу на фармацію. Тобто, середній бал абітурієнтів на програми державного фінансування становить приблизно 181–196 балів на спеціальність стоматологія, від 150 до 174 балів на медицину і 182–194 балів на фармацію, що різняться між університетами (Стратегія розвитку медичної освіти в Україні, 2019). Отже, студенти за останні роки демонструють кращі результати при здачі кваліфікаційних іспитів Крок 1 та Крок 2. Більш жорсткі вимоги до вступу на медичні спеціальності поширені в усьому світі. При вступі до медичних закладів враховуються результати навчання, мотиваційні листи, рекомендації вчителів тощо. Крім того, університети також встановлюють власні вимоги до прохідних балів. Мінімальний результат іспиту MCAT у США встановлюється кожним університетом окремо;
- формувати національний рейтинг студентів на основі об'єктивних незалежних критеріїв оцінювання;

- розробити програмне забезпечення для об'єктивного та публічного розповсюдження в місцях проходження інтернатури на основі ранжування;
- удосконалити модель інтернатури: нові бази, навчальні плани, принципи ротації, механізм фінансування; академічна мобільність інтернів; оцінка результатів проходження інтернатури;
- розробити проєкт про організацію резидентури в Україні; дослідити оптимальну модель резидентури; визначити перелік спеціальностей, тривалість навчання, вимоги; сприяти взаємному визнанню резидентури з іншими країнами.
- ратифікувати меморандуми про співпрацю та взаємне визнання результатів оцінювання із світовими освітніми асоціаціями;
- розробляти та реалізовувати комплексну програму підвищення рівня володіння англійською мовою викладачами та студентами, створювати реальні можливості для вивчення англійської мови;
- сприяти підвищенню кваліфікації викладачів у медичних університетах шляхом укладання програм підвищення кваліфікації (зокрема, в частині визначення джерел фінансування, пошуку організацій-партнерів для навчання), розробки програм навчання та підвищення кваліфікації в закладах освіти та медичних установах за кордоном, участі у міжнародних конференціях для викладачів та аспірантів; аналізувати ступінь володіння англійською мовою, публікацій, проіндексованих у Scopus та Web of Science для продовження трудового договору;
- розглянути важливість неперервного професійного розвитку не лише для медичних працівників, але й для науково-педагогічних кадрів закладів вищої медичної освіти. Адже підготовка кваліфікованих медиків вимагає від викладачів ґрунтовної обізнаності з новітніми досягненнями в галузі медицини, тактикою лікування чи техніками діагностики тощо. Адже конче необхідною є відповідність освітніх програм передовим досягненням медичної науки. У цьому контексті варто зазначити, що лише зміна парадигми

середньої і вищої ланок медичної освіти дозволить наблизити стан української системи охорони здоров'я до світових стандартів, імплементувати необхідні реформи та забезпечити у майбутньому якісну медичну допомогу населенню;

– удосконалити та доповнити критерії неперервного професійного розвитку на основі міжнародної практики; визначити вимоги до суб'єктів неперервного підвищення кваліфікації.

Потреба у неперервній медичній освіті зумовлена швидкими досягненнями у медичній науці та технології. Неперервна медична освіта забезпечує підтримку постійного вдосконалення та навчання, що допомагає лікарям заповнити прогалини у професійній практиці, а також є необхідною для сертифікації, продовження ліцензії, здобуття необхідних балів та інших професійних привілеїв (Шумило, 2021b).

Визначення формату навчання, що залежить від цільової групи та передумов для ефективного навчання, є важливим питанням. Неперервну освіту можна поділити на два формати: неперервна освіта з контактом (конференції, лекції, семінари, майстер-класи, тощо) та самостійне навчання (онлайн навчання, програми) (VanNieuwenborg et al., 2015, p. 4).

Практика неперервного навчання спеціалістів сфери охорони здоров'я є давно поширеною в розвинутих країнах Америки, Європи та Азії. У різних країнах існують відмінності між програмами неперервного професійного розвитку. У деяких країнах система є обов'язковою, в інших факультативною. Проте, навіть в країнах, де система є добровільною, лікарі, які успішно беруть участь в навчанні, можуть отримати додаткову кваліфікацію (DeLisa, 2006, p. 187–91);

– розробити механізм визначення потреби в окремих медичних спеціалістах;

– переглянути законодавство щодо надання більшої автономії (фінансової, організаційної та академічної) закладам вищої медичної освіти; переглянути механізми акредитації навчальних планів і програм за медичними спеціальностями, створення університетських клінік;

– розширювати інституційну діяльність медичних університетів і факультетів в умовах міжнародної діяльності.

## *2. Рекомендації для закладів вищої освіти України:*

– забезпечити формування особистісно-професійної культури майбутніх медиків як висококваліфікованих фахівців, професійна компетентність яких відповідає міжнародним стандартам. Як зазначає Н. Скотна, що «нинішня зміна мети освітньо-виховної діяльності пов'язана з орієнтацією на професійний та насамперед особистісний розвиток, всебічну й етично наповнену підготовку до діяльності в проблемному світі, а також у інформаційному суспільстві» (Скотна, 2004, с. 115). Таким чином, метою вивчення медичних гуманітарних дисциплін у освітній програмі є не лише підготовка майбутніх лікарів, а й їхній всебічний розвиток як особистостей. Майбутні медики мають демонструвати здатність до аналітичного мислення, міркування та аналізу; удосконалювати навички спостереження та інтерпретації наявних даних, співпереживання своїм пацієнтам, особливо коли необхідно донести небажану інформацію про важкі або невиліковні захворювання пацієнтам або їх родичам, що особливо важливо для таких спеціальностей, як онкологія тощо;

– оновити зміст освіти, оскільки отримувані студентами знання не завжди можна вважати сучасними та релевантними. Серед проблем медичної освіти також є недостатність зв'язку між вищою освітою, наукою і практичною діяльністю; незадовільне фінансування наукових досліджень; недостатність баз та університетських клінік для практичної підготовки студентів; нестача у викладацького персоналу міжнародного досвіду, низький рівень академічної мобільності, що спричиняють фактичну ізоляваність української медичної освіти та науки від світової.

Перші кроки в Україні зроблено в 2017 році з прийняттям низки законів, які суттєво реформують модель фінансування сфери охорони здоров'я. Відтак це стало початком трансформації системи охорони здоров'я. Проте трансформація сфери охорони здоров'я є надзвичайно складним та багатогранним процесом. Він потребує, щоб процеси реформування були

синхронізовані, а до системи професійної підготовки медичних працівників було внесено зміни, спрямовані на забезпечення нової якості лікування та турботи про пацієнтів. Відтак, основним завданням медичної освіти є підготовка фахівців, здатних забезпечити громадян якісною медичною допомогою. Відтак необхідною вимогою до професійної підготовки майбутніх медиків є формування у них фундаментальних професійних та особистісних цінностей – життя та здоров'я пацієнта. Якісне медичне обслуговування стає можливим завдяки трансформації культурної парадигми та творенню новітнього професійного середовища.

У 2017 році Центром тестування МОЗ України було проведене порівняльне дослідження якості медичної освіти в Україні на рівні післядипломної підготовки фахівців. У дослідженні взяли участь 4906 лікарів-інтернів. Ліцензійний іспит Крок 3 «Підготовка лікаря загального профілю» передбачав тест із 30 завдань з невідкладної допомоги на базі USMLE. Загалом інтерни обрали правильну відповідь на 37,7% запитань; однак лише 3% отримали необхідні бали для успішного складання іспиту (Урядовий портал, 2017). Причинами таких результатів є відсутність фінансування, відмінність освітніх програм від міжнародних, недостатній контроль за якістю тестів, відсутність створеної системи мотивування викладачів до складання якісних завдань тощо. Ці фактори свідчать про важливість і необхідність запровадження незалежного зовнішнього оцінювання якості освіти майбутніх медичних працівників. Така система оцінювання покликана не дозволити випускникам, які не досягли належного рівня, працювати у медичній галузі та водночас стимулювати університети оновлювати та вдосконалювати освітні програми, щоб студенти могли набути такий рівень. У 2017 році було затверджено стандарти Єдиного державного кваліфікаційного іспиту, який висунув до студентів-медиків підвищені вимоги. Таким чином, студенти-медики мають скласти іспити «Крок», міжнародний іспит з основ медицини, екзамен з англійської мови та практично орієнтований іспит, що дозволить дати об'єктивну оцінку їх практичним навичкам. Висококваліфікований лікар

повинен також добре володіти англійською мовою, щоб стежити за останніми досягненнями медичної науки в розвинутих країнах світу, публікувати праці у наукових медичних журналах, брати участь у міжнародних наукових конференціях (Shumylo, 2020);

– розробити, обговорити та затвердити нові стандарти освіти, враховуючи рекомендації Всесвітньої федерації медичної освіти. Важливе значення має укладання медичними університетами нових навчальних планів, які передбачатимуть більше годин для практичних занять за новими стандартами та міжнародним досвідом.

Фахівці Міністерства охорони здоров'я України розробили Стратегію розвитку медичної освіти, окресливши фундаментальні напрями її реформування. Названий документ було ухвалено Кабінетом Міністрів України 27 лютого 2019 р. (Стратегія розвитку медичної освіти, 2019). Основними цілями найближчих десяти років є: удосконалення медичної освіти; оновлення її змісту із врахуванням здобутків сучасної медичної науки та доказової медицини;

– для вдосконалення якості медичної освіти проводити належний відбір студентів на медичні спеціальності; проаналізувати можливості проведення тесту на загальні компетентності;

– проводити соціологічні опитування серед студентів-медиків для визначення рівня задоволеності навчанням, кар'єрними планами тощо;

### *3. Рекомендації для професорсько-викладацького складу:*

– упродовж професійної діяльності займатися саморозвитком і вдосконаленням, вивчаючи прогресивні здобутки в освіті, а також упроваджувати нові технології та інноваційні методики викладання у викладацьку діяльність, а саме змішане навчання;

– брати участь у вітчизняних та міжнародних проєктах академічної мобільності для вдосконалення власної професійної кваліфікації;

– залучати здобувачів вищої освіти до науково-дослідної роботи, участі у проєктах і тренінгах для їх всебічного розвитку з урахуванням професійних інтересів.

#### *4. Рекомендації для здобувачів вищої освіти:*

– користуватись правом відповідально та свідомо обирати навчальні дисципліни серед блоку елективних курсів з урахуванням особистих професійних зацікавлень;

– використовувати можливості академічної мобільності в Україні та за кордоном для вдосконалення фахової підготовки, сприяння всебічному особистісному розвитку, покращення перспектив конкурентоздатності у майбутній професійній діяльності; брати активну участь в освітній та суспільній діяльності, наукових дослідженнях, конференціях, тренінгах, олімпіадах, студентських конференціях та конкурсах, програмах Erasmus+.

Медична освіта постійно розвивалася, щоб задовольнити потреби суспільства у високоспеціалізованих фахівцях, але через пандемію коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) багато парадигм, що лежать в основі медичної освіти, змінилися як в Україні, так і в США, що зробило непридатними численні методи навчання. Однак, пандемія COVID-19 прискорила розробку нових методологій навчання, до яких зараз адаптуються здобувачі медичної освіти навіть в умовах війни.

Традиційні методи навчання можна поєднувати з новішими методами для забезпечення збагачення освітнього досвіду студентами. З дотриманням рекомендацій щодо соціального дистанціювання також важко було дотримуватися деяких нових методологій навчання (наприклад, «навчальні ротації» (teaching rotations) для практикантів). У США студенти, не завжди могли ознайомитися зі спеціальностями, які їх цікавлять, до того, як подати заявку на певну спеціальність резидентури (Hanson et al., 2020). Внаслідок цих та інших обмежень у навчанні під час пандемії COVID-19 були розгорнуті дистанційні освітні методи. Розглянемо деякі із застосовуваних методів у

зкладах вищої медичної освіти США, які можна також вдосконалювати в освітньому процесі України.

*Дистанційне навчання.* Онлайн-платформи, такі як Zoom, Skype, Microsoft Teams, GoToMeeting, Webex, дали змогу перевести дидактичне навчання до дистанційного формату в усьому світі. Лекції та навчання в малих групах продовжувалося у форматі онлайн, заняття з клінічних навичок перемістилися онлайн чи були відкладені. Багато екзаменів теж перейшли в онлайн формат.

*Телемедицина.* Ця пандемія дала можливість медичним школам впровадити телемедицину в освітню програму (Kissler et al., 2020). Телемедицину можна визначити як «надання послуг охорони здоров'я на просторовій відстані шляхом використання телекомунікаційних технологій з метою принести користь пацієнту чи населенню» (Waseh & Dicker, 2019). Всесвітня Організація Охорони Здоров'я також наголосила на телемедицині як важливій послугі у відповідь на пандемію COVID-19 (World Health Organization, 2016).

Основною метою використання платформ телемедицини в медичній освіті є полегшення набуття базових знань, покращення прийняття рішень, вдосконалення сприйняття на заняттях з анатомії, покращення координації навичок, практикування рідкісних чи критичних випадків, командне навчання, покращення психомоторних навичок (Guze, 2015). Такі цілі можуть впроваджуватися у навчальні плани та інтегровані з існуючим клінічним досвідом, готуючи студентів до теперішньої ситуації воєнного стану та майбутніх пандемій. Шляхом постійного віддаленого догляду за пацієнтом у різноманітних клінічних закладах студенти під керівництвом наставників зможуть навчитися впроваджувати телемедицину, записуючи історію хвороби, консультуючи пацієнтів під час самообстеження та набуваючи навичок клінічного мислення віддалено.

Зазвичай, більшість медичних шкіл застосовували телемедицину в освіті під час проходження практики (стажування) (Waseh & Dicker, 2019). Проте, при доклінічному навчанні також можна скористатися таким методом під час



дидактичних лекцій чи дискусій в малих групах. Відеоконференції можуть допомогти при інкорпорації дискусій на основі кейсів, коротких дидактичних презентацій та оглядах в реальному часі (Lewiecki & Rochelle, 2019). Попри те, що студенти-медики можуть не брати безпосередньо участі в догляді за пацієнтом, важливо ознайомити їх із різними технологіями і навчити їх впроваджувати телемедицину у їх власну кар'єру.

Викладачі медичних ЗВО можуть враховувати такі основні напрями телемедицини: доступ до допомоги, вартість, економічна ефективність, досвід з пацієнтами, лікарський досвід (National Quality Forum, 2017). Вони можуть використовувати такі прийоми: асинхронні лекції, що охоплюють історію телемедицини; дискусії щодо застосування, безпеки, етикету та міркування пацієнта; стандартизовані зустрічі з пацієнтами за допомогою телемедицини під наглядом викладачів; прикладні діагностичні або терапевтичні процедури з використанням обладнання телемедицини такого як відео в прямому ефірі, метод зберігання і пересилання, віддалений моніторинг пацієнта і мобільне здоров'я (National Quality Forum, 2017; Jonas et al., 2019).

Університет Джона Хопкінса працював над покращенням навичок фізикального обстеження до пандемії COVID-19 за допомогою проєкту Оцінка фізикального огляду та комунікативних навичок (Assessment of Physical Exam and Communication Skills (APECS)), який дозволив інтернам оглядати реальних пацієнтів із справжніми результатами перед викладачами, які вже оглянули цих осіб. Одразу після оцінки інтерни отримували відгуки від викладачів та пацієнтів. Але під час пандемії можливості зникли. У той же час кількість відвідувань телемедицини різко зросла — з менш ніж 550 за шість місяців до пандемії до понад 600000 випадків за останній рік. Тому університет спробував імплементувати телемедицину у проєкт APECS. Коли він проводився особисто, у APECS було п'ять станцій і вісім пацієнтів, сім з яких були реальними пацієнтами. У новій версії для телемедицини передбачено оцінку на чотирьох станціях із чотирма реальними пацієнтами, кожен з яких має реальні результати анамнезу та фізикального огляду. Кожна зустріч займає до 20 хвилин. Згодом

інтерн представляє висновки викладачам, які вже провели телемедичний візит з пацієнтом і узгодили наявні результати. Потім інтерн повертається через кожну станцію та отримує інтерактивний, цілеспрямований зворотний зв'язок, щоб покращити свої навички телемедицини. Цінність проєкту підтверджується відгуками здобувачів освіти, наприклад, один резидент написав, що це був один із небагатьох випадків, коли за ним спостерігали, як він проходив кожен етап, і вчасно давали відгуки про це (Smith, 2021).

*Симуляції.* Виклики сучасності вимагають використання симуляторів та центрів клінічних навичок для підготовки майбутніх медиків. Симуляцію визначають як ситуацію, при якій штучно створюють певні умови для вивчення чи отримання досвіду чогось, що може трапитися в реальному житті, або штучне представлення процесу реального світу для досягнення освітніх цілей шляхом експериментального навчання (Flangan et al., 2004). Медична освіта, що базується на симуляції може визначатися як освітня діяльність, котра використовує симулятивні засоби для відтворення клінічної ситуації. Інструменти симуляції служать альтернативою реальному пацієнту. Студенти можуть робити помилки і вчитися на них, не спричинюючи шкоди пацієнту (Ziv et al., 2005).

Під час симуляційного навчання, студент може набувати важливих навичок, таких як міжособистісна комунікація, робота в команді, лідерство, прийняття рішень, здатність ставити пріоритети під тиском, стрес менеджмент (Flangan et al., 2004). Звичайно, навчання шляхом симуляції слід розглядати як додаток, а не заміну навчання з реальними пацієнтами, якщо існує така можливість. Тому важливо поєднувати симуляційне навчання з клінічною практикою. Issenberg та інші ідентифікували 10 ознак високоточної медичної симуляції для ефективного навчання (Issenberg et al., 2005):

- інтегрувати симулятори в освітню програму;
- чітко визначити результати, яких мають досягти студенти використовуючи симулятори;
- студенти повинні повторювати практикування навичок на симуляторі;

- рівні складності повинні поступово збільшуватися;
- забезпечити зворотний зв'язок під час набуття досвіду на симуляторі;
- адаптувати симулятор для доповнення різноманітних навчальних стратегій;
- переконатися, що симулятор забезпечує клінічні варіації, якщо це можливо;
- навчання має відбуватися у контрольованому середовищі;
- забезпечити індивідуальне навчання на симуляторі (окрім командного);
- переконатися, що симулятор є дійсним знаряддям навчання.

Переваги симулятора: практикування прикладних та інвазивних процедур; тривала та повторювальна практика; можливість допускати помилки, які призведуть до природного результату; уникнення ризику для студентів та пацієнтів; зменшення небажаних перешкод; можливість використовувати один і той самий сценарій для кількох студентів, надаючи подібні можливості навчання; планування клінічних занять на потребах студентів, а не на наявності пацієнтів; доступність рідкісних та складних клінічних ситуацій; негайний зворотний зв'язок під час сеансів дебрифінгу; використання справжнього медичного обладнання; посилення перенесення навчання з аудиторної в реальну ситуацію; удосконалення стандартів, за якими можна оцінювати результати діяльності студентів та діагностувати освітні потреби (Maran et al., 2006).

Симуляції можуть бути достатньо реалістичними, де високоякісний симулятор «пацієнт» фактично розмовляє, дихає, рухається, кліпає очима як жива людина. Симуляції можна адаптувати до потреб різних медичних спеціальностей, таких як анестезія, акушерство, медицина невідкладних станів, тощо (Cherry et al., 2005). Проте, симуляційні лабораторії досить дорогі. Один високоякісний симулятор з системою моніторингу та іншим необхідним обладнанням може коштувати до 200000 доларів. Крім того, для імітації досвіду лікування реальних пацієнтів у справжній лікарні необхідні синтетичні рідини організму, штучна шкіра, бинти, шприци та інші матеріали. Однак,

здатність практикувати без ризику має багато переваг, оскільки дає змогу випускати висококваліфікованих фахівців, які менше схильні робити небезпечні для життя медичні помилки (Maran et al., 2006).

Симуляції можна використовувати для покращення впевненості при відпрацюванні навичок, що рятують життя, клінічних та комунікативних навичок, покращення якості догляду за пацієнтами з хронічними хворобами, такими як цукровий діабет (O'Connor et al., 2009; Morrow et al., 2007). Такі симулятори як імітатор для спеціалізованого тренування, пацієнти-симулятори, комп'ютерні системи, віртуальна реальність, інтегровані симулятори також ефективно використовуються для оцінки клінічних навичок (Scalese et al., 2008; Srinivasan et al., 2006; Weinberg et al., 2009).

*Змішане навчання* (також відоме як гібридне навчання) – це метод навчання, який об'єднує технології та цифрові медіа з традиційною діяльністю в аудиторії під керівництвом викладача, надаючи студентам більшу гнучкість у організації свого навчального досвіду. Перші спроби ідеї змішаного навчання з'явилися в 2000 році. Cooney та співавтори (2000) одні з перших провели дослідження, де використовували термін «змішане навчання» (Cooney et al., 2000).

Традиційний навчальний курс у Львівському національному медичному університеті організований на основі наявних науково-педагогічних умов з урахуванням можливостей сучасних інформаційних технологій. Навчання орієнтоване на підготовку творчих, мислячих, гармонійно розвинутих майбутніх лікарів, здатних до постійного розвитку наукових знань, академічної та професійної мобільності. Освітні програми спрямовані на швидку адаптацію до змін і розвитку в соціальній і культурній сфері, а також у сфері медицини. Опитування 2014 року, проведене Медичним коледжем Університету штату Огайо, визначило найважливіші аспекти навчання в медичній школі такі як (1) вирішення клінічних проблем, (2) навчання як здобувати знання, (3) розвиток поведінки біля ліжка хворого, (4) командна робота, (5) навчання технології та

(б) клінічні дослідження. Таким чином, підготовка лікарів вимагає відступу від традиційних методів навчання.

Отже, ми вважаємо, що сучасні методи в поєднанні з традиційними допомагають викладачам досягати кращих результатів та отримувати якісну освіту. У вищій медичній освіті з'являються нові цілі та шляхи їх реалізації завдяки модернізації системи вищої професійної підготовки, а також впровадження інноваційних методів і технологій навчання. Раніше ми використовували веб-розширений метод при викладанні іноземних мов у медичному університеті. Це передбачало пошук додаткової інформації на основі матеріалу практичного заняття.

Чотири роки тому ми розпочали навчання іноземної мови у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького за змішаною методикою навчання, яка передбачає 40% онлайн навчання із застосуванням різних видів діяльності. Формування соціокультурного компонента у навчанні професійної англійської мови – це поетапний процес оволодіння професійно-комунікативними навичками, спочатку засвоєними, а потім точно поєднаними з певними словесними діями професійно-культурного характеру. Цей компонент є основним принципом розвитку сучасних освітніх процесів, а саме компетентнісного підходу та культурно-комунікативної компетентності (Isayeva, 2013).

Відповідно до сучасної теорії ми виділяємо дві ключові форми навчання, які можна об'єднати зі змішаним навчанням, синхронним та асинхронним навчанням. Синхронне (або традиційне) навчання відбувається в реальному часі, при якому студенти отримують доступні теоретичні знання та практичний досвід одночасно з негайним реагуванням у реальних умовах. Асинхронне або комбіноване навчання доступне у будь-який зручний для студентів час, і вони обирають онлайн-інструкції для набуття необхідних навичок та досвіду, але вони не можуть відповідати в реальних умовах.

Змішане навчання дозволяє використовувати багато різних форм і методів у навчанні іноземній мові. Інтернет-ресурси (блоги, сайти, портали тощо)

необхідно оновлювати з іноземних сайтів, а навчальний курс має бути створений на основі цифрових медіа, відео YouTube, InnerBody.com або TED лекцій та відкритих освітніх ресурсів у вигляді коротких презентацій, повідомлень, симуляцій, круглих столів та інших виступів, які дають змогу викладачам і студентам отримати та застосувати знання та отримати практичні навички. BioDigital Human – це віртуальне тривимірне тіло, яке візуалізує анатомію людини, захворювання та лікування на інтерактивній 3D веб-платформі; [www.webmd.com/digestive-disorders/picture-of-the-abdomen](http://www.webmd.com/digestive-disorders/picture-of-the-abdomen) дає опис черевної порожнини, локалізацію та основні органи, розлади травлення та стани, аналізи та лікування; <https://www.free-anatomy-quiz.com> містить понад 200 безкоштовних тестів із кількома дистракторами, щоб допомогти студентам вивчити анатомію, фізіологію та патологію людського тіла, та є чудовими навчальними ресурсами для майбутніх лікарів, які можна безкоштовно завантажити як освітні джерела. Вони дуже зручні для оволодіння студентами навичками самонавчання та дозволяють переглянути відеозбірку видатних спеціалістів у багатьох галузях медицини або перевірити власні знання шляхом тестування. Студенти також мають можливість ознайомитися зі зразками комп'ютерного тестування USMLE.

Вважаємо цілком можливим запровадження змішаного режиму навчання у закладах вищої медичної освіти, який дає змогу студенту самостійно опанувати певний матеріал у зручний для нього час та у власному темпі. Але водночас це не позбавляє його/її можливості спілкуватися іноземною мовою в аудиторії. Низка творчих проєктів, що входять до кожного модуля, мотивують студентів до самостійної та творчої роботи. Це матеріали допомагають їм вирішувати проблеми повсякденного життя через розвиток базових навичок та заохочувати до читання для отримання інформації про світ та розвитку абстрактного мислення (Mukan & Fuchyla, 2016). Крім того, вони мають можливість обмінюватися досвідом щодо проєктів, обговорювати та оцінювати діяльність інших студентів. Результати нашого дослідження збігаються з дослідженням Петерсона (2016), професора і директора програми з освітньої

політики та управління в Гарвардській школі Кеннеді, який підкреслив, що «студент може ефективно навчатися за допомогою комп'ютера, якщо поруч є викладач, який допомагає та доповнює, і викладачі усвідомлюють силу комп'ютерів – які, якщо використовувати належним чином – повинні покращувати їх ремесло» (Peterson et al., 2016).

Відповідно до власного практичного досвіду, онлайн-навчання слід використовувати як додатковий курс до очного навчання у закладах вищої медичної освіти. Основна причина полягає в тому, що практичні години для курсу іноземних мов у медичних університетах України обмежено, але не скасовано. Відповідно, кількість годин на самостійне навчання постійно збільшується. Онлайн навчання служить засобом для самостійної роботи та виконання домашніх завдань, для ефективнішої підготовки практичних занять, а також для спрощення та підвищення якості підготовки студентів до кваліфікаційного ліцензійного іспиту «Крок» та тестів USMLE з англійської мови, які необхідно скласти, щоб мати право працювати за своєю професією. Е-тренінг сприяє формуванню сучасних навичок, таких як культури, інтелектуальної праці, досвіду роботи з новітніми засобами комунікації, а також готує студентів-медиків до подальшої адаптації до численних ситуацій професійної взаємодії та самостійної пізнавальної діяльності. Таким чином, майбутніх лікарів потрібно навчати з позиції взаєморозуміння та співпраці, а не намагатися нав'язувати традиційні медичні практики, які навряд чи будуть ефективними.

У наш час неможливо уявити сучасну медичну освіту без впровадження в освітній процес новітніх досягнень науково-технічного прогресу. Однією з альтернатив традиційному університетському навчанню є змішаний режим навчання. Термін «змішане навчання» використовується для опису освіти, яка поєднує різні види навчальної діяльності, включаючи повноцінне навчання в класі, онлайн навчання та самонавчання. Сучасні комп'ютерні технології можуть передавати знання та забезпечувати доступ до великої освітньої

інформації іноді навіть набагато ефективніше, ніж традиційні засоби навчання (Isayeva, Shumylo, et al., 2020).

На даний час сутність змішаного навчання поглибилася і загалом розуміється як інноваційна педагогічна концепція, що представляє собою концепцію змішаного навчання на основі ідеї пізнання. Аналізуючи наукові джерела, «змішане навчання» у вищій школі визначається як: «поєднання технології та навчання в класі при гнучкому підході до навчання, який визнає переваги проведення певної підготовки та оцінювання в Інтернеті, але також використовує інші способи для створення повноцінної освітньої програми, яка може покращити результати навчання та/або заощадити витрати» (Banados, 2006). Ми вважаємо, що внесок іноземних мов у особистісний розвиток студента полягає насамперед у формуванні думок і рішень, у пізнанні функціонування мови як засобу спілкування, у розвитку базових навичок аудіювання, говоріння, читання та письма, а також у вдосконаленні та зміцненні знання студентів англійської медичної термінології. Крім того, творчість характеризується високою ефективністю педагогічної діяльності та мобільністю психолого-педагогічних підходів, тісною співпрацею чи співтворчістю викладачів і студентів. Викладачі завжди готові відповісти на запитання студентів та забезпечити індивідуальне спостереження за їх прогресом.

Тим не менш, ми погоджуємося з твердженням, що «змішане навчання» робить наголос на тому, щоб дати можливість студентам-медикам накопичувати знання за допомогою дискурсу, обговорення, обміну точками зору та джерел, аналізу інформації із різних джерел та зворотного зв'язку із викладачами. Соціальні медіа заохочують розвиток соціокультурних навичок, де студенти можуть обмінюватися досвідом, обговорювати принципи та проблеми та вчитися один у одного (Sharma & Barrett, 2007; Naaj et al., 2012; Ellis et al., 2016; Pardede, 2013; So & Brush, 2008). Важливість навчання іноземній мові полягає в тому, щоб зробити студентів-медиків більш всебічно розвиненими особистостями; змусити їх зрозуміти досвід медицини, здоров'я,



хвороби та інвалідності з різних точок зору, тобто пацієнтів, лікарів або членів сім'ї. Цінність цього досвіду полягає в тому, щоб заохочувати до роздумів, сприяти самосвідомості, наполегливості та відповідальності та стимулювати обговорення складних питань: наприклад, смерть, страждання і біль, здоров'я і хвороба тощо.

Відповідно до нормативних документів, більше половини навчальних годин кожної дисципліни у медичних ЗВО відведено на самостійне опрацювання, що охоплює як підготовку до практичних занять, так і засвоєння тем, винесених лише на позааудиторну роботу. Самостійна робота студентів вважається невід'ємною складовою освітнього процесу, тому є системою дидактичних та організаційних заходів, спрямованих на підготовку спеціалістів певних освітньо-кваліфікаційних рівнів за відповідними напрямками і спеціальностями. Демченко О. зазначає, що самостійна робота студентів проводиться за такими формами (Демченко, 2006, с. 69): індивідуальні (реферативні повідомлення, курсове, дипломне проєктування, самостійна науково-дослідницька робота, індивідуальні консультації, олімпіади тощо); групові (проєктне та проблемне навчання, ігрове проєктування, навчання у співпраці, групові консультації, заняття в гуртках, факультативні заняття); масові (проєктне навчання, програмоване навчання).

Важливою умовою ефективності самостійної роботи є налагодження позитивної взаємодії між викладачем та здобувачами освіти, що базується на взаємовідповідальності та взаємодовірі. У цьому контексті перед викладачем стоїть завдання за потреби надавати студентові підтримку, спонукати його до самоконтролю, що є важливою запорукою досягнення дидактичних цілей, допомагати у визначенні власного стилю діяльності і оптимального темпу навчання (Шумило, 2020b).

Тому сучасна педагогічна теорія та практика засвідчують, що до найефективніших методів самостійної роботи студентів у сучасній вищій школі належать проблемно-пошукові, проєктні, колективної мисленнєвої діяльності, ті, що потребують застосування новітніх ІКТ (інформаційно-комунікаційних

технологій) тощо. Вони, значним чином, індивідуалізують та інтенсифікують освітній процес (Дичківська, 2004, с. 132). Власне самостійна робота передбачає застосування інформаційно-комунікаційних технологій, а саме електронних навчальних посібників, мультимедійних курсів, онлайн бібліотек, використання інформаційних джерел Інтернету. Інформаційно-комунікаційні технології охоплюють різні способи обміну інформацією (знання, факти, правила тощо). Вони охоплюють апаратні засоби, до яких належать сервери, комп'ютери тощо, а також програмне забезпечення, презентоване операційними системами, мережевими протоколами, пошуковими системами тощо. Відтак кожна педагогічна технологія є інформаційною, зважаючи на факт, що в основі технологічного процесу навчання лежить пошук, отримання та перетворення інформації (Андрущенко, 2009, с. 143–144).

Отож, організація самостійної роботи студентів є системою заходів з навчання, контролю, стимулювання, які є важливими для забезпечення ефективності та неперервності самостійної роботи. Для організації контролю рекомендується ознайомити студентів із змістом робочої програми (силабусу); видами контролю, самостійної діяльності студентів; переліком завдань та методичних матеріалів. *Силабуси дисципліни* містять визначення питань, що виносяться на самостійну роботу студентів, з переліком рекомендованої навчальної та додаткової літератури для підготовки до практичних занять, лабораторних робіт; окремий розділ «Самостійна робота студентів», де має бути визначено мету, перелік тем та завдань, види індивідуальної роботи, вимоги до обсягу та виконання роботи із зазначенням кількості годин на СРС; критерії оцінювання знань, умінь та навичок студентів.

Самостійну роботу студентів можна класифікувати за різними критеріями. Власне науковець (Фіцула, 2006) виокремлює: самостійну роботу студентів в умовах аудиторії (лабораторні та практичні роботи, виконання контрольних завдань тощо); позааудиторну самостійну роботу (самостійні заняття студентів, домашні роботи, розрахунково-графічні завданням); студентську самостійну

роботу під керівництвом викладача (виконання індивідуальних навчально-дослідницьких завдань, індивідуальні заняття з викладачем).

Система рейтингової оцінки забезпечує студентам можливість отримання додаткових заохочувальних балів за виявлену оригінальність, новизну при виконанні завдань або розв'язуванні наукових проблем. Відтак студенти отримують шанс підвищити рейтинг шляхом участі в позааудиторній роботі (олімпіадах, конференціях, індивідуальних творчих завданнях, науковому гуртку тощо) (Литвин, 2002). Таким чином, студенти вдосконалюватимуть діловитість, організованість, зосередженість, системність, тобто ті навички, котрі будуть важливими у майбутній професійній діяльності.

Дистанційне навчання у ЛНМУ імені Данила Галицького базується на використанні програми Zoom, яка надає послуги віддаленого конференц-зв'язку та забезпечує поєднання відеоконференції, онлайн-зустрічі, чату і мобільної спільної роботи та програми Misa, що є корпоративною інформаційною мережею закладу вищої освіти, до якої студенти отримують розширений доступ за необхідності виконання самостійних робіт чи тестових завдань. Синтез названих програм у процесі дистанційного навчання забезпечує розширення дидактичних можливостей організації роботи майбутніх медиків, сприяючи:

- забезпеченню гнучкості освітнього процесу відповідно до принципу варіативності;
- трансформації змісту, дидактичного інструментарію, способів організації занять, синтезу різноманітних методик для забезпечення диференційованого підходу до студентів (різних за рівнем складності та обсягом завдань, темпів їх виконання);
- активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів завдяки моделюванню та візуалізації реальних і віртуальних об'єктів, процесів та явищ, що складають зміст навчання, використанню ігрових технологій;
- формуванню і підвищенню рівня мотивації і пізнавального інтересу майбутніх фахівців шляхом упровадження інноваційних технологій, а також актуалізації принципу індивідуалізації навчання;

- мобільності на засадах врахування технічних і дидактичних можливостей комп'ютера;
- реалізації педагогічної корекції і перманентного зворотного зв'язку та комунікації;
- якісній трансформації навчання як цілісного процесу загалом та контролю, зокрема (тестовий контроль із діагностикою, зворотним зв'язком та оцінюванням етапів, дистанційна освіта) (Доценко, 2010).

Загальновідомо, що ІКТ змінили структуру методів навчання та передачі знань, однак сприяли створенню сучасних засобів впливу, які суттєво підвищують ефективність засвоєння знань студентами. Однак варто зауважити, що ефективність надання освітніх послуг залежить і від технічної підтримки, що дає змогу створити модель моніторингу якості послуг, а відтак віднайти способи подолання проблем чи недоліків. У процесі дистанційного навчання відбувається трансформація функції запам'ятовування-відтворювання до навчання – як постійної посиленої інтелектуальної діяльності та мислення з логічними чи аналітичними прийомами і здатністю розділяти завдання на його складові. Така функція уможливорює не лише автоматично використовувати засвоєний матеріал студентами, але і мислити професійними категоріями, вміння вчитися постійно, брати відповідальність на себе, активно розвивати практичні навички та комфортно почуватися в академічному середовищі.

Процеси інформатизації суспільства пов'язані, насамперед, із розвитком комп'ютерної техніки, програмного забезпечення, глобальних мереж (Інтернет), а також мультимедійних технологій. Варто зазначити, що у розвитку інформаційного суспільства загалом та інформатизації навчання, зокрема, важливу роль відіграють мультимедійні дидактичні засоби. Вони є множиною апаратних і програмних засобів, що уможливають користувачеві персонального комп'ютера використання різноманітних, природних для себе середовищ: гіпертекстів, графіки, звуку, відео, анімації. Саме завдяки мультимедійним системам користувач отримує доступ до різних видів інформації: тексту; анімаційних картинок; зображень; цифрових відео та аудіо

коментарів. Мультимедійні технології забезпечують інтеграцію, обробку та відтворення різних типів сигналів, різноманітні середовища і способи обміну інформацією за допомогою комп'ютера (Гончаренко, 2011).

Варто зазначити, що високий рівень кадрового, інформаційного, навчально-методичного забезпечення є важливим показником спроможності сучасного закладу вищої освіти до ефективного функціонування в умовах пандемії. На основі державних стандартів необхідно класифікувати засоби ІКТ відповідно до їх методичного призначення й коректного застосування:

- навчальні – інформують, сприяють формуванню знань, навичок та умінь, що використовуватимуться у навчальній чи подальшій практичній діяльності;
- тренувальні – уможливають закріплення сформованих умінь і навичок, повторення вивченого матеріалу;
- інформаційно-пошукові чи довідкові – інформують, забезпечують уміння відбирати та впорядковувати отриману інформацію;
- демонстраційні – унаочнюють об'єкти задля їхнього вивчення та дослідження.

Цікавим явищем сьогодення стали віртуальні університети, появу яких пов'язують із удосконаленням системи вищої освіти, широким упровадженням в освітній процес інформаційно-комунікаційних технологій. Ці обставини посприяли також реалізації відкритої та доступної системи освіти. Імплементация відкритої освіти здійснюється у формі дистанційної освіти, що є різновидом освітньої системи, в якій відбувається використання переважно дистанційних технологій організації освітнього процесу та навчання. Здебільшого для практичної реалізації дистанційного навчання використовують інформаційні системи, що мають назву систем управління навчанням. Сьогодні у доступі для споживачів широкий спектр систем управління навчанням, що пропонуються на комерційній та безоплатній основі. Як правило, такі системи охоплюють комплект модулів з метою забезпечення повноцінного дистанційного навчання.

Імплементація дистанційної освіти є найефективнішим та найшвидшим шляхом підвищення інтелектуального рівня суспільства, інтенсифікації процесу переходу України до інформаційного суспільства. Однією з найважливіших переваг дистанційної освіти є можливість для реалізації студентом навчального плану з урахуванням можливостей та здібностей, що створює додаткові емоційний та інтелектуальний стимули для освіти, а відтак підвищує якість навчання. Дистанційна освіта дає можливість кожному студенту адаптуватися до навчання шляхом врахування рівня попередньої підготовки, місця проживання, матеріального становища, стану здоров'я і, врешті, створює умови для суттєвого підвищення якості навчання.

Проте, не варто забувати про основоположну складову концепції сучасної університетської освіти – це орієнтація на міждисциплінарну інтеграцію. Власне ця інтеграція дозволяє аби студенти не лише засвоювали навчальний матеріал з конкретної дисципліни, але й аналізували зв'язки між предметами, що вивчають. Уважаємо, що дистанційне навчання унеможливорює інтеграцію між предметами з огляду на вузькопрофільність. Тому особливу увагу необхідно зацентувати на недоліках дистанційного навчання:

- відсутність позитивного інтерактивного діалогу викладач-студент, студент-студент;
- брак емоційної складової;
- обмеженість раціональної організації освітнього процесу;
- недостатність науково-дослідної роботи студентів;
- відсутність диференціації навчання відповідно до рівня групи.

Погоджуємося з думкою, що пріоритетні акценти на етапи навчання у закладах вищої медичної освіти повинні спрямовуватися на (Ісаєва, 2020):

- 1) індивідуалізацію освітнього процесу з урахуванням рівня підготовленості студентів, їх здібностей, темпів засвоєння матеріалу, інтересів тощо;
- 2) підвищення гнучкості та мобільності освітнього процесу;
- 3) використання проблемних і комп'ютерних методів навчання;

4) доповнення класичних методів навчання сучасними (дослідження, аналіз, синтез, вирішення проблем); почергове і комплексне використання форм організації навчання.

За останні роки, в Україні також гостро постало питання академічної доброчесності, що вже давно є звичним у розвинутих країнах. Відповідно до Статті 42 Закону про освіту, «Академічна доброчесність – це сукупність етичних принципів та визначених законом правил, якими мають керуватися учасники освітнього процесу під час навчання, викладання та провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень» (Стаття 42 Закону про освіту).

Дослідження підтверджують, що багато студентів приходять в університети не маючи необхідних навичок для дослідження, пошуку та вибору інформації, вміння систематизувати прочитаний матеріал та коректно вказати посилання на джерела. На жаль, не завжди зрозуміло, що дозволено, а що ні у їх університетах та їх викладачами, що часто закінчується плагіатом у студентів (Huang, 2017).

Отже, актуальним залишається питання імплементації предмету «академічна доброчесність» у закладах вищої освіти. У Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького запроваджено дисципліну «Академічна доброчесність та антиплагіат» для підготовки фахівців третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти – докторів філософії PhD. Дисципліна «Академічна доброчесність і антиплагіат» є спрямованою на набуття здобувачами освіти аналітичних компетентностей, що є необхідними в ході планування і виконання дисертаційного дослідження. Вона сприяє:

- формуванню концептуальних та методологічних знань, необхідних для пошуку інформації, формулювання та порівняння гіпотез, теорій та отриманих результатів з науковими здобутками інших дослідників, котрі представляють різні наукові школи, в освітньому процесі та у практичній професійній діяльності;

- закладанню основ знань, що охоплюють: базис, методологію та заходи щодо забезпечення академічної доброчесності та високих професійних стандартів, шляхи запобігання порушенням академічної доброчесності, дотримання принципів і загальноприйнятих норм щодо етичної поведінки, способи протидії академічному плагіату;
- студіюванню аспірантами нормативно-правової бази (закони України, рекомендації світової наукової спільноти і МОН України, накази ЗВО тощо), що регламентують дотримання академічної доброчесності, а також принципів доказової медицини задля фахового аналізу медико-біологічних даних щодо потенційного виникнення етичних порушень та конфліктів інтересів, порівнянню отриманих результатів з науковими здобутками інших дослідників, що представляють різні наукові школи в контексті забезпечення та збереження адекватної наукової та професійної комунікації. Викладання навчальної дисципліни здійснюється упродовж 60 годин, з яких 4 години відводиться на лекційні, 14 годин – на семінарські, 12 годин – на практичні заняття та 30 годин – на самостійну роботу (Вергун, 2020).

Основні завдання вивчення навчальної дисципліни «Академічна доброчесність і антиплагіат» полягають в оволодінні теоретичними знаннями, практичними навичками та вміннями, що охоплюють: чинне законодавство та накази ЗВО щодо академічної доброчесності і шляхів протидії плагіату; етичні засади поведінки і комунікації наукового працівника; стратегію планування, організації та тактики наукових досліджень; елімінацію чинників ризику і помилок у забезпеченні академічної доброчесності, протидію конфліктам інтересів; відповідальність за порушення академічної доброчесності; уміння здійснювати інформаційний пошук із застосуванням сучасних пошукових систем; уміння аналізувати фахову літературу з позицій наукометрії, диференціювати нефахові публікації; здійснювати порівняння отриманих результатів з науковими здобутками інших дослідників, що представляють різні наукові школи, забезпечуючи та зберігаючи при цьому адекватну наукову та професійну комунікацію; описувати та графічно відображати результати



статистичного аналізу; застосовувати методи аналізу результатів досліджень, базових процедур та термінології; організовувати та проводити мета-аналіз; організовувати та проводити первинний антиплагіатний самоаналіз наукового твору; навички застосовувати сучасні інформаційні технології в контексті запобігання та виявлення академічного плагіату та виявлення фальсифікацій результатів досліджень (Шумило, 2021с).

Таким чином, застосування на практиці набутих знань, а також сформованих навичок і вмінь є важливим для подальшої наукової роботи медичних фахівців. Проте, вважаємо, що таку дисципліну варто було б упровадити в освітню програму для студентів-медиків вже на першому курсі.

Аналіз проблем та окреслення напрямів розвитку медичної освіти, що мають реалізовуватися МОЗ України привернули увагу й до середовища формування особистості і закладання необхідних рис характеру. Освітнє середовище закладу освіти має генерувати мотивацію щодо бажаної моделі поведінки, яку студенти можуть переймати керуючись прикладом викладачів та зосереджуючи увагу на таких дрібних моментах, як манера вести діалог чи вияв ставлення до пацієнта. Отож, успішне і культурне середовище відіграє важливу роль у формуванні і становленні майбутнього лікаря.

Науковці вважають, що освітній процес повинен враховувати наявний науково-педагогічний потенціал закладу освіти, його матеріальну і навчально-методичну базу. До обов'язкових умов ефективності освітнього процесу належить впровадження сучасних інформаційних технологій навчання, а його метою має стати формування освіченої, різнобічно та гармонійно розвиненої особистості, що виявляє здатність постійно оновлювати наукові знання, бути академічно та професійно мобільною, швидко адаптуватися до змін і бути здатною до розвитку в різних сферах. Тобто, шляхами підвищення якості освіти у закладах вищої освіти є ефективна організація та інформатизація освітнього процесу, впровадження новітніх наукових досягнень у практику викладання, забезпечення високого професіоналізму науково-педагогічних кадрів, створення сучасної навчально-методичної бази (Мороз та ін., 2015).

### Висновки до третього розділу

У третьому розділі досліджено зміст і особливості організації професійної підготовки медичних фахівців у закладах вищої освіти США; вивчено стан вищої медичної освіти в Україні, а також запропоновано низку науково-методичних рекомендацій щодо впровадження передових ідей досвіду розвитку американської медичної освіти в умовах університетської освіти України.

У США сучасна медична освіта охоплює чотири етапи: домедичну (premedical education), додипломну медичну (undergraduate medical education), післядипломну медичну (postgraduate medical education) та неперервну медичну освіту (continuing medical education).

Встановлено, що вимоги для вступу до медичної школи різняться від країни до країни, а в США, від університету до університету. У Сполучених Штатах вступ до медичної школи є висококонкурентним. Більшість шкіл США вимагають складання вступного іспиту в медичний коледж, який вимірює здібності до предметів, пов'язаних з медициною. Серед інших вимог, рекомендаційні листи та особисте інтерв'ю. Більшість закладів США вимагають отримати ступінь бакалавра або його еквівалент у школі бакалавра. Конкретний мінімальний середній бал не вимагається, але більшість студентів, які вступають до медичних закладів освіти, мають середній бал А і В.

З'ясовано, що у США домедичні курси переважно зосереджують увагу на фізиці, хімії та біології. Вони необхідні для того, щоб у подальшому з економією часу студентам давати курси з анатомії, фізіології, біохімії та фармакології. Кожен з обов'язкових курсів включає лабораторні заняття протягом повного навчального року. Більшість освітніх програм у США охоплюють чотири роки; в Україні – 5-6 років, залежно від спеціальності. Початкову частину програми медичної школи іноді називають доклінічною фазою. Медичні школи, зазвичай, починають свою роботу з вивчення будови тіла і його формування: анатомії, гістології, ембріології. Одночасно або згодом після цього з'являються дослідження, пов'язані з функцією, тобто фізіологією,

біохімією, фармакологією та, у багатьох школах, біофізикою. Після того, як розпочато мікроскопічне дослідження нормальних тканин (гістологія), студент, зазвичай, знайомиться з патологічною анатомією, бактеріологією, імунологією, паразитологією тощо. Курси медичної психології, біостатистики, охорони здоров'я, алкоголізму, біомедичної інженерії, невідкладної медицини, етичних проблем та інших менш традиційних курсів стають все більш поширеними в перші роки медичної програми.

У США два роки клінічного навчання характеризуються активною участю студентів у конференціях та дискусіях у малих групах, зменшенням кількості офіційних лекцій та збільшенням кількості контактів з пацієнтами в навчальних лікарнях та клініках. В Україні, на жаль, студенти мають менше контактів з пацієнтами та менше годин, відведених на практику. Клінічне навчання починається із загальної медицини та хірургії і охоплює основні спеціальності, такі як акушерство та гінекологію, педіатрію, захворювання очей, вух, носа, горла й шкіри та психіатрію. Студент працює в амбулаторних, реанімаційних і радіологічних відділеннях, діагностичних лабораторіях, хірургічних кабінетах. Студенти також вивчають науки, тісно пов'язані з медициною (патологія, мікробіологія, гематологія, імунологія, епідеміологія).

У Сполучених Штатах після успішного завершення курсу навчання в акредитованій медичній школі присвоюється ступінь доктора медицини (M.D.) або доктора остеопатії (D.O.). В Україні та деяких інших країнах академічний ступінь, який надається після завершення навчання в магістратурі, є магістр медицини. У США, після завершення навчання випускники проходять резидентуру, перший рік якої відомий як інтернатура, проте в більшості лікарень загалом не відокремлюють ці поняття і називають цей період резидентура, що триває від 3 до 7 років залежно від спеціальності. У цей період резиденти працюють під наглядом та керівництвом, після закінчення можуть самостійно практикувати. Деякі лікарі згодом навчаються ще вужчій спеціалізації (fellowship). В Україні випускники проходять інтернатуру, що

охоплює теоретичну та практичну складові. На даний час Міністерство охорони здоров'я лише розробляє концепцію резидентури.

Неперервна освіта передбачає курси та інші навчальні можливості, тривалістю від кількох днів до кількох місяців. Лікарі відвідують медичні та наукові зустрічі, національні та міжнародні конференції, дискусійні групи та клінічні зустрічі, а також читають медичні журнали та інші матеріали.

Якість медичної освіти у Сполучених Штатах контролюється Радою з медичної освіти (Council on Medical Education) та Комітетом по взаємодії в сфері медичної освіти (Liaison Committee on Medical Education), що є філіями Американської медичної асоціації (American Medical Association) та Американської остеопатичної асоціації (American Osteopathic Association). В Україні медична освіта регулюється Міністерством охорони здоров'я та Міністерством освіти і науки.

Вивчено стан розвитку вищої медичної в Україні, система вищої медичної освіти якої знаходиться на етапі реформування. Основна мета полягає у підготовці медичних спеціалістів за рахунок упровадження передових стандартів, як освітніх, так і медичних, підвищення науково-освітнього, професійно орієнтованого та інтелектуального рівнів майбутніх лікарів, наявності сучасних, ефективніших інноваційних та інформаційних медичних технологій. Метою реформ у вищій освіті є створення єдиних критеріїв, методологій і систем контролю, а також взаємне визнання дипломів про вищу освіту, сприяння мобільності студентів і викладачів. Зміст освіти потребує оновлення, оскільки знання, які отримують студенти, не завжди є актуальними та сучасними. Відсутній баланс між теоретичною та практичною підготовкою, тому випускники ЗВО не завжди готові до практичної діяльності. Актуальними питаннями є відсутність єдності вищої освіти, науки і практичної діяльності та недостатнє фінансування. Серед інших проблем медичної освіти – відсутність університетських клінік, баз для навчання студентів, відсутність комунікації між медичними закладами, університетами та владою. Університети не впливають на прийняття рішень. Академічна недоброчесність та плагіат у ЗВО

формує спотворене професійне медичне співтовариство. Через низький рівень академічної мобільності, відсутність міжнародного досвіду серед співробітників університетів українська медична освіта та наука фактично ізольовані від світу. Проте, вживаються кроки щодо покращення та реформування медичної освіти для досягнення якісних показників діяльності медуніверситетів, які вже показали позитивні результати.

Представлено науково-методичні рекомендації, розроблені на основі вивчення досвіду США щодо розвитку вищої медичної освіти в Україні.

Матеріали розділу висвітлені у таких публікаціях автора: Шумило (2021a), Шумило (2021b), Шумило (2021c), Шумило (2021d), Isayeva, & Shumylo, et al. (2020), Ісаєва, & Шумило (2020), Шумило (2020a), Шумило (2020b), Shumylo (2019), Шумило (2019a), Шумило (2019d), Шумило, & Ісаєва (2018), Shumylo (2018).

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні виконано наукове завдання щодо дослідження особливостей розвитку вищої медичної освіти у США та обґрунтування можливостей використання прогресивних ідей та досвіду розвитку американської вищої медичної освіти в умовах університетської освіти України. На основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки.

1. У дослідженні охарактеризовано вищу медичну освіту як науково-педагогічну проблему на основі аналізу історіографії проблеми дослідження (джерела, покладені в основу методології дослідження; джерела, що формують теоретичні засади проблеми дослідження; першоджерела), що відображає її історичний, культурологічний, соціологічний, антропологічний аспекти, та висвітлення проблеми розвитку вищої медичної освіти у контексті соціального, культурного, економічного розвитку суспільства. Розвиток та стан вищої медичної освіти в США характеризує послідовне втілення в життя ідеї про те, що освіта є запорукою соціального та економічного розвитку країни. З'ясовано, що формування системи вищої освіти в США було пов'язане з економічними, політичними, соціальними, ідеологічними та культурними передумовами в країні, що зумовило її складний шлях розвитку. Серед основних передумов становлення та розвитку системи вищої медичної освіти виокремлено особливості соціального, економічного, культурного розвитку країни, рівень освіченості та грамотності населення, специфіка розвитку освітньої галузі, полікультурність (філософська, політична, культурна, соціальна, економічна, релігійна тощо) суспільства США.

2. Визначено вагомість аналітичного дослідження стану медичної освіти в США та Канаді, результати якого представлено у Звіті А. Флекснера (The Flexner Report). Реформування в американській медичній освіті спричинило зміну «учнівської» моделі здобуття медичної освіти, функціонування неакредитованих приватних медичних шкіл, відсутність наукових досліджень у

зкладах освіти (1620–1910 рр.) новою парадигмою професійної медичної підготовки, суть якої полягала в удосконаленні освітніх програм за рахунок розширення кола фундаментальних та природничих дисциплін, активному проведенні наукових досліджень, удосконаленні процесу забезпечення якості вищої медичної освіти.

Охарактеризовано застосування парадигмального підходу до періодизації розвитку вищої медичної освіти у США (дореформений період – до 1910 р.; післяреформений період – 1910 р. – дотепер). Урахування різноманітних аспектів розвитку американського суспільства дало змогу виокремити застосування цивілізаційного підходу та охарактеризувати доколониальний період – до 1620 р. (відсутність єдиної стандартизованої системи освіти); колониальний період – 1620 р. – 1783 р. – (інституалізація обов'язкової освіти, відкриття перших коледжів, становлення медичної освіти у формі «учнівської» моделі навчання); період становлення національної системи медичного забезпечення – 1783 р. – 1910 р. (запровадження змін в «учнівській» моделі, формування уявлення про роль медичної освіти); період реформування та удосконалення національної системи медичної освіти – 1910 р. – 1975 р. (структурування професійної підготовки у медичній школі); період глобалізації – 1975 р. – дотепер (істотне посилення державного регулювання розвитку вищої медичної освіти, диверсифікація змістового наповнення програм підготовки майбутніх лікарів, застосування інноваційних методів, засобів, форм здобуття вищої медичної освіти, використання інноваційних технологій в освітньому процесі).

На основі ретроспективного аналізу становлення і розвитку вищої медичної освіти виокремлено тенденції, що характерні її сучасному стану: удосконалення нормативно-правової бази та стандартизація вищої медичної освіти; удосконалення системи управління вищою медичною освітою, в основу якої покладено поєднання механізмів централізації (стратегічний розвиток) та децентралізації (широка автономність закладів вищої медичної освіти); поєднання інструментів державного фінансування із залученням коштів

приватних ініціатив, фондів тощо; високий рівень конкуренції між закладами вищої медичної освіти; диверсифікація освітніх програм з метою забезпечення відповідності вимогам професійного середовища, потреб працедавців; інтеграція останніх наукових досягнень в освітній процес, застосування інноваційних методів навчання, інформаційно-комунікаційних технологій тощо, що відповідає інноваціям у медичній галузі).

3. З'ясовано, що нині система вищої медичної освіти у досліджуваній країні відповідає потребам ринку праці і вимогам суспільства, а її функціонування синхронізується зі світовими тенденціями розвитку вищої медичної освіти. Освітні програми професійної підготовки майбутніх лікарів спрямовані на розвиток загальних та професійних компетентностей, що забезпечують можливість для роботи в команді, реалізації творчого потенціалу, самостійного прийняття рішень в екстремальних умовах, налагодження комунікації та співпраці у форматах: лікар-пацієнт, лікар-медичний працівник, лікар-сім'я пацієнта. Серед особливостей освітніх програм підготовки майбутніх лікарів виокремлено багатогранність, інтеграцію дисциплін загального та професійного циклів, міждисциплінарність, акцентування уваги на участі здобувачів освіти у наукових дослідженнях, раннє занурення в медичну практику та професійне середовище, широке застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, постійний перегляд, використання в освітньому процесі інновацій медичної галузі, оновлення та удосконалення освітніх програм, на основі врахування потреб суспільства.

Визначено, що післядипломна освіта є невід'ємною складовою професійної підготовки лікарів у США. Цей етап є одним із найважливіших для розвитку медичного фахівця, оскільки передбачає отримання ліцензії для самостійного практикування медицини. Відбір до резидентури є чітким та прозорим, базується на конкурсному відборі випускників, а сама резидентура передбачає декілька років інтенсивної роботи в поєднанні з навчанням під керівництвом провідних спеціалістів. Встановлено, що неперервна медична освіта є важливим аспектом сучасної системи підготовки фахівця, метою якої є



підтримка та оновлення професійних компетентностей, ознайомлення з новими терапевтичними досягненнями.

4. Виконано порівняльний аналіз розвитку вищої медичної освіти в США та Україні, що уможливило окреслення можливостей використання конструктивних ідей та досвіду США в умовах вищої медичної освіти України. Зроблено висновок про доречність розробки науково-методичних рекомендацій для:

- керівних кадрів системи охорони здоров'я (розробка ефективних механізмів формування професійної культури працівників медичної галузі, удосконалення нормативно-правової бази інформатизації вищої медичної освіти та системи охорони здоров'я, гарантування забезпечення якості вищої медичної освіти, синхронізація реформування професійної підготовки майбутніх лікарів та системи охорони здоров'я, розширення мережі університетських клінік, розробка механізму прогнозування потреби у працівниках медичної галузі, підвищення вимог до вступників та національне рейтингування здобувачів освіти, запровадження інституту резидентури тощо);
- закладів вищої медичної освіти (формування особистісно-професійної культури майбутніх медиків, синхронізація змістового наповнення освітніх програм із інноваціями у медичній галузі, розробка, моніторинг та перегляд освітніх стандартів підготовки майбутніх лікарів тощо);
- професорсько-викладацького складу (реалізація неперервного професійного розвитку, активна участь у проєктах академічної та професійної мобільності, інтенсифікація науково-дослідної, проєктної роботи здобувачів освіти, інтеграція традиційних та інноваційних форм, методів і засобів навчання тощо);
- здобувачів вищої медичної освіти (реалізація права на свободу вибору освітньої програми, спеціалізації, освітніх компонентів; активізація мобільності (академічної, наукової, соціальної); використання потенціалу формального, неформального, інформального навчання тощо).

Уважаємо, що сучасні кризові умови довели важливість традиційних методів викладання у поєднанні з інноваційними, що уможлиблює розвиток і становлення всесторонньо розвиненої і соціалізованої особистості лікаря, здатного працювати в команді і комунікувати на різних рівнях та з різними верствами населення. Соціалізація наукового середовища формує студента-медика як особистість і розвиває важливі для лікаря риси характеру, серед яких рефлексія, асертивність, доброчесність, співчуття, відвертість, гуманізація тощо. Встановлено, що використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій у освітньому процесі закладів вищої медичної освіти забезпечує реалізацію принципів інтенсифікації та індивідуалізації процесу навчання і, зокрема, самостійної роботи студентів; оперативно і якісно працювати з інформацією; позитивно впливати на розвиток пізнавальної діяльності студентів, їх креативної активності, рівень інтелекту та свідомості; забезпечує перехід від навчання до перманентної самоосвіти упродовж усього життя.

До перспектив подальших досліджень відносимо студіювання програм неперервного професійного розвитку лікарів, а також початкової та післядипломної підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я США, допоміжного персоналу, від командної роботи яких залежить ефективність та якість надання медичних послуг населенню.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Адаменко, О. В. (2003). Вибірковий метод в історико-педагогічному дослідженні. *Вісник Луганського державного педагогічного університету імені Тараса Шевченка*, 4, 6-14.
- Адаменко, О. В. (2013). Методологія формування джерельної бази історико-педагогічного дослідження. *Педагогічний дискурс*, 15, 10–13.
- Альперн, О. І. (2011). Формування освітньої політики Польщі на регіональному рівні у 1989–2009 роках. *Вища освіта України. Дод. 2*, 3(1), 6–13.
- Андрущенко, В. П. (2004). Засоби дистанційного електронного навчання і педагогічні технології. *Вісник академії дистанційної освіти*, 2, 2–5.
- Андрущенко, В. П., Бех, І. Д., & Волощук, І. С. (2009). *Педагогіка вищої школи*; В. Г. Кремень (ред.). Київ, Україна: Педагогічна думка.
- Андрюшина, О. В. (2013). Організаційно-педагогічні умови здійснення програми моніторингу якості загальної освіти (SASA) на регіональному рівні в США. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*, 19, 32–36. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Potip\\_2013\\_19\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Potip_2013_19_10)
- Бевз, О. П. (2010). Елітарність та обдарованість у США. *Еліта і обдарованість: точки перепину: матеріалами наук.-практ. конф., 22–23 грудня 2010 р.* (с. 241–251). Київ, Україна: Тов. Інформаційні системи.
- Березівська, Л. Д. (2009). *Організаційно-педагогічні засади реформування шкільної освіти в Україні у ХХ столітті*. (Дисертація д-ра пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Інститут педагогіки АПН України.
- Білодід, І. К., & et al. (1975). *Словник української мови. Т. 6*. Київ, Україна: Наукова думка.
- Боднарук, І. (2013). Зарубіжний і вітчизняний досвід підготовки майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка*.

*Соціальна робота*, 29, 29–33. Взято з:  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped\\_2013\\_29\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2013_29_10)

- Бусел, В. Т. (2004). *Великий тлумачний словник сучасної української мови*. Київ-Ірпінь, Україна: Перун.
- Ващенко, Л. О. (2012). *Тлумачний словник української мови: близько 10 тисяч слів*. Київ, Україна: Довіра.
- Вергун, А. Р. (2020). *Робоча навчальна програма з дисципліни «Академічна доброчесність і антиплагіат»*. Львів, Україна: Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького.
- Вихрущ, А. (2011). *Методологія історії педагогіки як виклик сучасності*. *Науковий вісник Чернівецького університету. Педагогіка і психологія*, 564, 28–33.
- Гаврилюк, М. В., Дольнікова, Л. В., & Пайкуш, М. А. (2021). Теоретичні засади інтегративного підходу до викладання природничих та спеціальних дисциплін у підготовці майбутніх лікарів. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*, 76(2), 163–168.
- Гончаренко, С.У. (2008). *Педагогічні дослідження*. Київ–Вінниця, Україна: ДОВ “Вінниця”.
- Гончаренко, С. У. (2011). *Український педагогічний енциклопедичний словник*. Рівне, Україна: Волинські обереги.
- Горпініч, Т. І. (2019). Історіографія проблеми медичної освіти в США в працях американських науковців. *Педагогічні науки*, 87, 98–104.
- Горпініч, Т. І. (2016a). Особливості реформування вищої освіти у США у другій половині ХХ ст. *Научные труды SWorld*, 4, 51–56.
- Горпініч, Т. І. (2016b). Особливості становлення вищої освіти США (XVII–перша половина ХХ ст.). *Педагогічні науки*, LXXII(1), 12–16.
- Горпініч, Т. І. (2015). Розвиток творчих здібностей студентів медичного профілю в університетах Великої Британії та США. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: педагогіка, 3, 131–138.

- Гребеник, Ю. С. (2013). Сучасні тенденції формування комунікативної культури студентів у медичних коледжах Великої Британії та США. *Порівняльно-педагогічні студії*, 2/3, 180–185.
- Гребеник, Ю. С. (2014). Зміст формування комунікативної культури майбутніх медичних працівників у медичних коледжах США. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*, 2(18)(37), 49–52.
- Гребеник-Козаченко, Ю. С. (2016). *Організаційно-педагогічні основи формування комунікативної культури студентів у медичних коледжах Великої Британії та США*. (Дисертація канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Суми, Україна: Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка.
- Гулецька, Я. (2007). Полікультурна освіта вчителів в університетах США. *Шлях освіти*, 4, 25–28.
- Гулецька, Я. Г. (2008). *Полікультурна освіта студентської молоді в університетах США*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Київський національний університет імені Тараса Шевченка.
- Гушлевська, І. (2004). Поняття компетентності у вітчизняній та зарубіжній педагогіці. *Шлях освіти*, 3, 22–24.
- Декларація 5-ї Всесвітньої конференції ВМА щодо медичної освіти*. (1991).  
Взято з: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_045#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_045#Text)
- Демченко, О. (2006). Дидактична система організації самостійної роботи студентів. *Рідна школа*, 5, 68–70.
- Дичківська, І. М. (2004). *Інноваційні педагогічні технології*. Київ, Україна: Академвидав.
- Доценко, В. І., & Ткаченко, Ю. П. (2010). Інформаційно-комп'ютерні технології як засіб підвищення ефективності навчально-пізнавальної діяльності студентів. *Інноваційні освітні технології у підготовці медичних кадрів*. (с. 59–61). Полтава, Україна.

- Дудікова, Л.В., Акімова, О.В., Коломієць, А.М., & Остраус, Ю.М. (2020). Формування когнітивної складової професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів засобами інформаційно-освітнього блогу. *Інформаційні технології і засоби навчання*, 75(1), 90–107.
- Єгорова, О. І. (2016). *Розвиток позашкільної освіти у Сполучених Штатах Америки*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова.
- Закон України «Про вищу освіту». (2014). Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
- Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти». (2020). Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392-20#n48>
- Закон України «Про освіту». (2017). Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
- Зварич, І. М. (2016). Вимірювання якості освіти у вищих навчальних закладах США. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогіка*, 1, 17–21. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vknutshp\\_2016\\_1\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vknutshp_2016_1_6)
- Зварич, І. М. (2008). *Педагогічні засади оцінювання знань студентів у вищих навчальних закладах США*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти). Київ, Україна: Інститут педагогіки АПН України.
- Игибаева, А. К. (2009). Проблемы периодизации, этапы становления и развития образовательной системы Казахстана. *Вклад молодых исследователей в индустриально-инновационное развитие Казахстана: сборник материалов конференции*. Взято с : <https://articlekz.com/article/6779>
- Ісаєва, О. С. (2016). Професійна цілісність і чесність майбутніх лікарів. *Педагогічні науки*, LXXII(2), 81–84.

- Ісаєва, О. С. (2020). Інноваційні технології в медичній освіті. *Інноваційна педагогіка*, 23(1), 124–128.
- Ісаєва, О. С., & Хміляр І. Р. Цифрова грамотність майбутнього медика. *Матеріали міжнародної наукової конференції «Наукове забезпечення технологічного прогресу XXI сторіччя», Т. 4.* (с. 88–90). Чернівці, Україна: МЦНД.
- Ісаєва, О. С., & Шумило, М. Ю. (2018). Оновлені стандарти освіти лікарів – фахівців нової генерації. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*, VI(72)(174), 10–14.
- Ісаєва, О. С., & Шумило, М. Ю. (2020). Впровадження засобів інформаційно-комунікаційних технологій в освітній процес студентів-медиків. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 76, 76–80.
- Кабінет Міністрів України. (2017). *Реформа охорони здоров'я – питання національної безпеки держави.* Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/250039591>
- Кабінет Міністрів України. (2018). Постанова від 28.03.2018 № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я». Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334-2018-%D0%BF#Text>
- Кабінет Міністрів України. (2019). Розпорядження №95-р від 27.02.2019 р. «Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні». Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text>
- Кабінет Міністрів України. (2021). Постанова Кабінету Міністрів України від 19.05.2021 № 497 «Про атестацію здобувачів ступеня фахової передвищої освіти та ступенів вищої освіти на першому (бакалаврському) та другому (магістерському) рівнях у формі єдиного державного кваліфікаційного

іспиту». Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/497-2021-%D0%BF#Text>

- Калініна, О. Г. (2015). *Система управління якістю освіти у вищих навчальних закладах США*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.06 – теорія та методика управління освітою). Луганськ, Україна: Луганський національний університет імені Тараса Шевченка.
- Калюжна, Т. (2006). Основні напрями розвитку вищої освіти України у XXI столітті. *Вища освіта України, Додаток 3(4)*, 106–114.
- Кікіна, Н. М. (2019). *Розвиток кредитної системи навчання іномовного спілкування студентів технічних університетів США (друга половина XX – початок XXI століття)*. (Автореферат дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Східноукраїнський нац. ун-т ім. В. Даля.
- Кіяновська, Н. М., Рашевська, Н. В., & Єчкало, Ю. В. (2021). Застосування продуктивних методів при навчанні вищої математики студентів технічних закладів вищої освіти із використанням інформаційно-комунікаційних технологій. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки, 197*, 97–101.
- Кліщ, І. М. (2018). Особливості впровадження процесу комерціалізації результатів наукових досліджень у закладах вищої медичної освіти. *Медична освіта, 4*, 48–51. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv\\_2018\\_4\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv_2018_4_10)
- Кнодель, Л. В. (2011). Структура вищої освіти США на сучасному етапі розвитку суспільства. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації, 1*, 229–234.
- Козловський, Ю. М., Пайкуш, М., & Дольнікова, Л. В. (2021). Теоретико-методичні підходи до інтеграції змісту природничо-наукової підготовки фахівців у вищій медичній школі. *Інноваційна педагогіка, 40*, 177–182.
- Копанська, О. (2008). Тенденції змін в освітній політиці Польщі в період вступу до Євросоюзу. *Вісник Львівського університету. Серія педагогічна, 24*, 225–231.



- Корнієнко, В. В. (2014). Традиційні та сучасні форми та методи організації навчальної діяльності бакалаврів гуманітарних наук з прикладної лінгвістики (досвід США). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*, 33, 94–98. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped\\_2014\\_33\\_30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2014_33_30)
- Короленко, В. В. (2013). Реформування системи охорони здоров'я в США: аналіз передумов, сутності реформи та перспектив для дерматологічної допомоги. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 4, 5–8. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmtmj\\_2013\\_4\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmtmj_2013_4_3)
- Кошманова, Т. С. (2002). *Розвиток педагогічної освіти у США (1960 – 2000 рр.)*. (Дисертація д-ра пед. наук: спеціальність 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти). Київ, Україна: Інститут педагогіки і психології професійної освіти АПН України.
- Кремень, В. Г., Луговий, В. І., & Саух, П. Ю. (2020). Освіта і наука – основа інноваційного людського розвитку: пропозиції НАНП України до стратегії людського розвитку. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 2(2). Взято з: <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2020-2-2-14-3>
- Курило, В. С. (2000). *Становлення і розвиток системи освіти та педагогічної думки Східно-українського регіону в ХХ ст.* (Дисертація д-ра пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Інститут педагогіки АПН України.
- Лазоришинець, В. В., Банчук, М. В., Волосовець, О. П., Фещенко, І. І. & Булах, І. Є. (2016). Вища медична та фармацевтична освіта України на сучасному етапі. *Сучасний стан та перспективи розвитку освітнього простору: глобальний вимір: матеріали міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції*. (с. 2–7). Запоріжжя, Україна: Запорізька державна інженерна академія.

- Лесик, Г. В. (2017). Історико-педагогічні дослідження для освітньої сучасності України. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*, 144, 73–75.
- Логущ, Л. Г. (2014). Міжнародні стандарти медичної освіти. *Педагогічний процес: теорія і практика*, 2, 100–103.
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. (2021). *Положення про організацію освітнього процесу у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького*. Львів, Україна: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
- Малярчук, О. В. (2010). *Дистанційне навчання в системі вищої гуманітарної освіти Сполучених Штатів Америки*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки. Житомир, Україна: Житомирський державний університет імені Івана Франка.
- Манюк, Л. В. (2017). *Підготовка майбутніх лікарів до фахової комунікації засобами інформаційно-комунікаційних технологій в університетах США*. (Дисертація канд. пед. наук: спеціальність 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти). Львів, Україна: Львівський державний університет безпеки життєдіяльності.
- Мартинов, П. (2016). *Медична освіта в США: важке дороге навчання та прибуткова робота*. Взято з: <http://old.cost.ua/news/427-Medical-education-USA>
- Мельничук І. М., Муқан Н. В., Біда О. А., & Заєць М. З. (2022). Особливості розвитку вищої медичної освіти в США у ХХ-ХХІ ст. *Інноваційна педагогіка*. 44(1), 150–153.
- Мисловська, С. К. (2015). Підготовка студентів медичних ВНЗ до використання інформаційних технологій у професійній діяльності. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*, 43, 261–265.

- Мілова, О. Є. (2011). Полікультурна педагогіка США у контексті постмодернізму. *Науковий вісник Донбасу*, 2. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd\\_2011\\_2\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2011_2_7)
- МОЗ України. (1996). *Наказ МОЗ України №291 від 19.09.1996 р. «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів»*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0696-96#Text>
- МОЗ України. (1998). *Наказ МОЗ України №12 від 29.01.1998 р. «Про затвердження Положення про клінічну ординатуру»*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0106-98#Text>
- МОЗ України. (2019). *Наказ № 279/33250 від 20.03.2019 р. «Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів»*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0279-19#Text>
- МОЗ України. (2019). Стратегія розвитку медичної освіти в Україні. Взято з: [https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical\\_education\\_analytics.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical_education_analytics.pdf)
- МОЗ України. (2019). Трансформація системи. Взято з: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/moz-ukraini-vprovadzhue-sistemu-bezpereravnogo-profesijnogo-rozvitku-bpr-dlja-likariv>
- МОЗ України. (2021). *Наказ №1254 від 22.06.2021 р. «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію»*. Взято з: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22062021--1254-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-internaturu-ta-vtorinnu-likarsku-provizorsku-specializaciju>
- Мороз, В. М., Гумінський, Ю. Й., Фоміна, Л. В., & Полєся, Т. Л. (2015). Проблеми та перспективи вищої медичної освіти у реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період*

2015-2025 рр. (с. 1–6). Вінниця, Україна: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова.

Москаленко, В. Ф. (2013). Модернізація навчальних планів і програм підготовки лікарів відповідно до нової парадигми розвитку європейського освітнього простору. *Медична освіта*, 2, 29–32. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv\\_2013\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv_2013_2_8)

Муқан, Н. В. (2009). Стандарти професійного розвитку педагогів у США. *Вісник Львівського університету імені Івана Франка. Серія педагогічна*, 25, 275–282.

Муқан Н. В., & Блавт О. З. (2019). Історико-педагогічне підґрунтя професійної підготовки лікарів в університетах США. *Медична освіта*, 4(84), 140–143.

Нагач, М. (2013). Підготовка майбутніх учителів: досвід педагогічної освіти США. *Порівняльно-педагогічні студії*, 2–3, 126–132. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppstud\\_2013\\_2-3\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppstud_2013_2-3_20).

Наказ МОЗ України № 1254 від 22.06. 2021 р. "Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію". Взято з: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22062021--1254-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-internaturu-ta-vtorinnu-likarsku-provizorsku-specializaciju>

Наказ МОЗ України Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів 19.02.2019 № 419.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. (2021). *Болонський процес*. Взято з: <http://nmuofficial.com/navchalno-metodychnyj-viddil/bolonskyj-protses/>

Ничкало, Н. Г. (2010). Професійна педагогіка праці: проблеми взаємозв'язку в умовах ринкової економіки. *Безперервна професійна освіта в контексті європейської інтеграції: теорія, досвід, прогноз* : зб. наук. ст. методологічного семінару, 17 березня 2010 р. : у 2-х ч. Ч.1. (с. 97–105). Київ, Україна: Пед. думка.

- Олендр, Т. М. (2011). *Моніторинг якості природничо-наукової освіти в університетах США*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Тернопіль, Україна: Тернопільський національний педагогічний університет ім. Володимира Гнатюка.
- Осадчий В. В. (2015). Сучасні реалії і тенденції розвитку інформаційно-комунікаційних технологій в освіті. *Інформаційні технології і засоби навчання*, 48(4), 47–57. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN\\_2015\\_48\\_4\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN_2015_48_4_6)
- Паламаренко, І. О. (2014). *Професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних школах Великої Британії*. Київ, Україна: Центр учбової літератури.
- Панасенко, Е. А. (2016). Концепція історико-педагогічного дослідження: методологічний аналіз. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*, 25, 11–15.
- Пацевко, Н. В. (2004). *Еволюція теорії і практики навчання у Сполучених Штатах Америки першої половини ХХ століття*. (Дисертація канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Дрогобич, Україна: Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка.
- Півняк, Г. Г. (2011). Дослідницький університет як механізм удосконалення інноваційної діяльності. *Вища школа*, 10, 54–61.
- Поляченко Ю.В., Передерій В.Г., Волосовець О.П. та ін. (2005) *Медична освіта у світі та в Україні*. Київ, Україна: Книга плюс.
- Правдівцева, Ю. С. (2008). Розвиток системи загальної середньої освіти США в період передінформаційного суспільства. *Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденція розвитку*, 2. Взято з: [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)
- Представництво Європейської Комісії в Україні. (2009). *Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України: посібник* (підготовлено в рамках проекту

- Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»). Київ, Україна: Представництво Європейської Комісії в Україні.
- Радиш, Я., & Кузьмінський, П. (2013). Місце медичного права в системі медичної освіти Російської Федерації, США та Італії: досвід для України (за матеріалами літературних джерел). *Інвестиції: практика та досвід*, 7, 97–100.
- Радченко, О. М., Лукавецький, О. В., & et al. (2021). *Освітньо-професійна програма «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти*. Львів, Україна: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
- Садовець, О. В. (2010). Форми професійного розвитку вчителів в освітніх асоціаціях США. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Педагогіка*, 1, 202–206.
- Симоненко, Н. О. (2018). Сучасні тенденції організації самостійної роботи студентів у вищих медичних навчальних закладах України. *ScienceandEducation a New Pedagogy and VI (67)*, 163, 54–58. Взято з: <https://seanewdim.com/uploads/3/4/5/1/34511564/httpdoi.org10.31174send-pp2018-163vi67-13.pdf>
- Скотна, Н. (2004). Роль освіти в цивілізаційному вихованні молоді. *Вища освіта України*, 4, 114–118.
- Стечак, Г. М. (2014). Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів. *Педагогіка і психологія професійної освіти*, 4, 273–278.
- Стечак, Г. М. (2017). *Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті*. (Дисертація канд. пед. наук: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти). Львів, Україна: Львівський державний університет безпеки життєдіяльності ДСНС України.
- Стойка, О. Я. (2013). Деякі особливості організації навчального процесу у вищих навчальних закладах США. *Науковий вісник Ужгородського*

національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота, 28, 159–161.

- Стойка, О. Я. (2017). Можливості використання освітнього досвіду США у розвитку системи вищої освіти України. *Інноваційна педагогіка*, 2, 52–56. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped\\_2017\\_2\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped_2017_2_14).
- Стратегія розвитку медичної освіти в Україні (2019). Міністерство охорони здоров'я України. Взято з: [https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical\\_education\\_analytics.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical_education_analytics.pdf)
- Сулим-Карлір, І. Ф. (2008). *Організація самостійного позааудиторної роботи студентів педагогічних коледжів США* (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти). Вінниця, Україна: Вінницький державний педагогічний університет ім. Михайла Коцюбинського.
- Сухомлинська, О. В. (2003). *Історико-педагогічний процес: нові підходи до загальних проблем*. Київ: Академія педагогічних наук України.
- Тименко, В. М. (2005). *Педагогічні засади соціальної роботи зі студентською молоддю у вищих навчальних закладах США*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.05 – соціальна педагогіка). Київ, Україна: Інститут проблем виховання АПН України.
- Ткачук, Л. В. (2002). До питання про психолого-педагогічні основи впровадження сучасних інформаційних технологій навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. (с. 433–436). Київ-Вінниця, Україна: ДОВ «Вінниця».
- Урядовий портал. Реформа охорони здоров'я – питання національної безпеки держави (2017). Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/250039591>.
- Фаласеніді, Т. М. (2016). *Педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США*. (Дисертація канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Львів, Україна: Національний університет «Львівська політехніка».

- Фіцула, М. М. (2006). *Педагогіка вищої школи: навчальний посібник*. Київ, Україна: Академвидав.
- Хвалибога, Т. (2020). *Теоретико-організаційні засади професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США*. (Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Хмельницький, Україна: Хмельницька гуманітарно-педагогічна академія.
- Чайковський, Ю. Б., & Хламанова, Л. І. (2015). Додипломна вища медична освіта в Україні: що можна змінити вже сьогодні? *Медична освіта*, 1, 125–128.
- Шаран, Р. (2011). Етапи розвитку дистанційної освіти у США. *Порівняльна професійна педагогіка*, 2, 34–41.
- Шинкарук, В. І. (ред.). (1986). *Філософський словник*. Київ, Україна: УРЕ.
- Шуневич, Б. І. (2005). *Дистанційне навчання в системі вищої освіти Європи та Північної Америки*. Київ, Україна: ВПЦ "Київський ун-т".
- Шутова, М.О. (2004). *Проблеми реформування загальної середньої освіти в США (1950-ті – 1990-ті рр.)*. (Дисертація канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова.
- Шутова, М. О. (2005). *Проблеми реформування загальної середньої освіти в США (1950-ті – 1990-ті рр.)*. (Автореферат дис. канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки). Київ, Україна: Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова.
- Якібчук, М. В. (2007). Напрями розвитку гуманізації і комунікаційна компетентність у контексті безперервної освіти. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 7. Релігієзнавство. Культурологія. Філософія*, 11(21), 153–155.
- Яковенко, Н. Б. (2016). Поняття та основні теорії обдарованості у США. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*, 46, 230–236. Взято з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pfto\\_2016\\_46\\_33](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pfto_2016_46_33)



- Яковлева, А. М., & Афонська, Т. М. (2017). *Сучасний тлумачний словник української мови*. Харків, Україна: Торсінг.
- A Revised Program of Medical Education at Johns Hopkins. (1958). *Journal of Medical Education*, 33, 225–233.
- Accreditation Council on Graduate Medical Education. (2021). *ACGME Outcome project timeline*. Retrieved from: <http://www.acgme.org/outcome/project/timeline.asp>
- Adams J. (1854). *The works of John Adams, second president of the United States (Letters and State Papers 1799-1811)*. Vol. 9; Ch. Adams (Ed.). Boston, USA: Little, Brown and Company. Retrieved from: <http://oll.libertyfund.org/titles/adams-the-works-of-john-adams-vol-9-letters-and-state-papers-1799-1811>
- American Board of Internal Medicine. (2001). *Project Professionalism*. Retrieved from: <https://medicinainternauev.files.wordpress.com/2013/02/project-professionalism.pdf>
- American Board of Medical Specialties. (2021). Retrieved from: <http://www.abms.org/about-abms/member-boards/>
- American Educational History: A Hypertext Timeline. (2022). *Educational Resources and Lesson Plans*. Retrieved from: <https://www.eds-resources.com/educationhistorytimeline.html>
- American Medical Association. (2019). *Curriculum reports*. Retrieved from: <https://www.aamc.org/data-reports/curriculum-reports/interactive-data/assessment-methods-us-and-canadian-medical-schools>
- American Medical Association. (2021). Retrieved from: <http://www.ama-assn.org/ama>
- American University of the Caribbean School of Medicine. (2021). *What is a medical residency program and how do I get into one?* Retrieved from: <https://www.aucmed.edu/about/blog/what-is-medical-residency>
- Anderson, J. D. (1988). *The Education of Blacks in the South, 1860–1935*. Chapel Hill, NC, USA: The University of North Carolina Press.

- Anderson, M. B. (2000). A guide to the 130 reports in this snapshot supplement to Academic Medicine. *Academic Medicine*, 75(9 Suppl), Sx–Sxiv.
- Anderson, O., W. (1968). *The Uneasy Equilibrium: Private and Public Financing of Health Services in the United States, 1875-1965*. New Haven, CT, USA: College and University Press.
- Annual Report*. (1942). *Materials on Harvard Medical School's decision to admit women are in Folders 1805-1807, Dean's Subject File, Harvard Medical School*. (p. 55). The Massachusetts General Hospital.
- Arnold, M. (1932). *Culture and anarchy: landmarks in the history of education*. Cambridge, Great Britain: Cambridge University Press.
- Association of American Medical Colleges. (1996). *The Financing of Medical Schools – A Report of the AAMC Task Force on Medical School Financing*. (pp. 6–14). Washington, D.C., USA: AAMC.
- Association of American Medical Colleges. (2019). *Number of Medical Schools Using Selected Grading Systems*. Retrieved from: <https://www.aamc.org/initiatives/cir/406418/11.html>
- Association of American Medical Colleges. (2020). *Average Number of Required Weeks by Discipline*. Retrieved from: <https://www.aamc.org/data-reports/curriculum-reports/interactive-data/clinical-course-required-weeks-discipline>
- Association of American Medical Colleges. (2021). *Applicants and Matriculants Data*. Retrieved from: <https://www.aamc.org/data-reports/students-residents/interactive-data/2021-facts-applicants-and-matriculants-data>
- Association of American Medical Colleges: C-Span Networks. (2022). Retrieved from: <https://www.c-span.org/organization/?32584/Association-American-Medical-Colleges>
- Bailey, J. A. (2013). *The Effects of a Dual Degree Program on Diversity in Medical School* (A thesis for the degree Master of Arts in Education). Los-Angeles, USA: University of California.

- Baker, M. C. (2010). *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). Tampa, USA: University of South Florida.
- Banados, E. (2006). A blended-learning pedagogical model for teaching and learning EFL successfully through an online interactive multimedia environment. *CALICO Journal*, 23(3), 533–550. Retrieved from: <https://www.jstor.org/stable/24156354>
- Barber, J. (2016). History of the U.S. Healthcare System. Retrieved from: [https://samples.jbpub.com/9781284108163/Chapter\\_1.pdf](https://samples.jbpub.com/9781284108163/Chapter_1.pdf)
- Billings, F. (1903). Medical education in the United States. *Science*, 17(437), 762–772.
- Black, J., Hopper, M., & Band, C. (2007). Making a success of principles-based regulation. *Law and Financial Markets Review*, May, 191–206.
- Blake, A. (2017). Trump’s full inauguration speech transcript, annotated. The Washington Post. 20 January, 2017. Retrieved from: <https://www.washingtonpost.com/news/the-fix/wp/2017/01/20/donald-trumps-full-inauguration-speech-transcript-annotated/>
- Bligh, J., Prideaux, D., & Parsell, G. (2001). PRISMS: New educational strategies for medical education. *Medical Education*, 35, 520–521.
- Boelen, C. (2002). A new paradigm for medical schools a century after Flexner’s report. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 592–593.
- Boers, D. (2007). *History of American Education Primer*. New York, USA: Peter Lang Inc.
- Bolster, L. & Rourke, L. (2015). The effect of restricting residents’ duty hours on patient safety, resident well-being and resident education: an updated systematic review. *J Grad Med Educ*. 7(3). 349–363.
- Boorstin, D. J. (1967). *The Americans: The National Experience*. New York, USA: Vintage.

- Bowers-Brown, T. (2006). Widening Participation in Higher Education amongst Students from Disadvantaged Socio-economic Groups. *Tertiary Education and Management*, 12(1), 59–74.
- Brint, S. G., & Karabel, J. (1989). *The diverted dream: Community colleges and the promise of educational opportunity in America, 1900–1985*. New York, USA: Oxford University Press.
- Brown Alpert Medical School. (2021). *Medical education*. Retrieved from: <https://www.brown.edu/academics/medical/education/md-curriculum/years-1-and-2/year-1-and-2-electives>
- Brown, E. R. (1979). *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*. Berkeley, USA: University of California Press.
- Buenker, J. D., Burnham, J. C., & Crunden, R. M. (1977). *Progressivism*. Piscataway, New Jersey, USA: Transaction Publishers.
- Carnegie Classifications. (2021). The Carnegie Classification of Institutions of Higher Education (n.d.). Retrieved from: <https://carnegieclassifications.iu.edu/listings.php>
- Cherry, R. A., & Ali, J. (2008). Current concepts in simulation-based trauma education. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 65, 1186 – 1193.
- Chest, C. C., Flickinger, T. E, & Chisolm, M. S. (2013). Social Media Use in Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(6), 893–901.
- Cicourel, A. V. (1981). Language and medicine. In *Language in the USA*; C. A. Ferguson, & B. Heath (eds.). (pp. 407–429). Cambridge, Great Britain: Cambridge University, 1981.
- Clinton, B. (1998). *President Clinton's Call to Action for American Education in the 21st Century*. Retrieved from: <https://eric.ed.gov/?id=ED468585>
- Columbia University. (2020). *Teachers College*. Retrieved from: <http://www.tc.columbia.edu/human-development/learning-analytics/>

- Combes, J. R., & Arespachoga, E. (2012). Physician Competencies for a 21st Century Health Care System. *Journal of Graduate Medical Education*, 4,(3), 401–405.
- Commission on Medical Education. (1932). *Final Report of the Commission on Medical Education*. New York, USA: Office of the Director of Study.
- Committee on Preparedness. (1942). *Report of Committee on Preparedness*, 26-28 October 1942. Folder “MEND: Selected Bibliography, “Box 1, MEND Records. Washington, D.C., USA: Association of American Medical Colleges Archives.
- Committee on the Costs of Medical Care. (1932). *Medical Care for the American People*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Connolly, M., James, Ch., & Fertig, M. (2019). The difference between educational management and educational leadership and the importance of educational responsibility. *Educational Management Administration & Leadership*, 47, 504–519.
- Cook, D. (2008). Internet-Based Learning in Health Professionals: A Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 300(10), 1181–1196.
- Cooke, J. E. (1993). *Encyclopedia of the North American colonies*; (1st ed.). New York, USA: Charles Scribners Sons.
- Cooke, M., Irby, D. M., Sullivan, W., & Ludmerer, K. (2006). American medical education 100 years after the Flexner Report. *The New England Journal of Medicine*, 355, 1339–1344.
- Cooney, M. H., Gupton, P., & O’Laughlin, M. (2000). Blurring the lines of play and work to create blended classroom learning experiences. *Early Childhood Education Journal*, 27(3), 165–171.
- Cooper, J. A., & Prior, M. (1961). A New Program in Medical Education at Northwestern University. *Journal of Medical Education*, 36, 80–90.
- Crellin, J. K. (2004). *A social history of medicines in the twentieth century: to be taken three times a day*. New York, USA: CRC Press.

- Cremin, L. (1970). *American education: The colonial experience, 1607–1783*. New York, USA: Harper & Row.
- Cremin, L. A. (1961). *The transformation of the school: progressivism in American Education, 1876–1957*. New York, USA: Alfred A. Knopf.
- Cremin, L. A. (1988). *American education: The metropolitan experience, 1876–1980*. New York, USA: Harper Collins.
- Curran, J. A. (1959). Internship and Residencies: Historical backgrounds and current trades. *Journal of Medical Education*, 34, 873–884.
- Daetwyler, C. (2010). eLearning to enhance physician patient communication: A pilot test of «doc.com» and «WebEncounter» in teaching bad news delivery. *Medical Teacher*, 32(9), e381–e390.
- De La Vega, F. (1996). Distance Education Through The Internet: The GNA-VSNS Biocomputing Course. *Pacific Symposium on Biocomputing*. (pp. 203-215). Retrieved from: <http://psb.stanford.edu/psb-online/proceedings/psb96/delavega.pdf>
- Delbanco, A. (2012). *College: What It Was, Is, and Should Be*. Princeton, New Jersey, USA: Princeton University Press.
- DeLisa, J. A. (2006). Maintenance of certification and pay for performance: implications for physiatry. *American Journal of physical medicine and rehabilitation*, 85, 187–191.
- DeZee, K. J. (2012). Medical education in the United States of America. *Medical Teacher*, 34(7), 521–525.
- Douglas-Gabriel, D. (2017). *Trump administration rolls back protections for people in default on student loans*. 17 March, 2017. Retrieved from: <https://www.denverpost.com/2017/03/17/student-loans-default-protections-rolled-back/>
- Dudikova, L., Melnychuk, I., Hnatyk, K., Fodor, K., Didenko, O., & Luzan P. (2021). Research of Ethical Competence of Future Doctors at Medical Universities. *Postmodern Openings*, 12(3), 311–335.

- Duffy, F., Gordon, G., & Whelan, G. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495–507.
- Duke NUS Medical School. (2020). *Medical College Admission Test (MCAT)*. Retrieved from: <https://www.duke-nus.edu.sg/admissions/duke-nus-medicine-programmes/admissions-requirements/about-mcat>
- Dye, T. R. (2007). *Understanding Public Policy*. Upper Saddle River, New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Ebert, R. H. (1986). Medical Education at the Peak of the Era of Experimental Medicine. *Daedalus*, 55–81.
- Ehrlich, T. (2003). The Credit Hour and Faculty Instructional Workload. “*How the student credit hour shapes higher education*”, 122, 45–55.
- Elam, C. L., & Johnson, M. M. S. (1997). The effect of a rolling admission policy on a medical school’s selection of applicants. *Academic Medicine*, 72, 644–646.
- Elius, I. M. (2005). *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). Tampa, USA: University of South Florida.
- El-Khawas, E. (1998). Accreditation's role in quality assurance in the United States. *Higher Education Management*, 10(3), 43–56.
- Ellaway, R. (2008). AMEE Guide 32: e-Learning in medical education Part 1: Learning, teaching and assessment. *Medical Teacher*, 30(5), 455–473.
- Ellis, R. A., Pardo, A., & Han, F. (2016). Quality in blended learning environments – Significant differences in how students approach learning collaborations. *Computers & Education*, 102, 90–102.
- Faulz, D. (2012). *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). Washington, USA: University of Washington.

- Federal Education Policy History: A nonpartisan educational resource. (2011). *National Defense Education Act of 1958*. Retrieved from: <https://federaleducationpolicy.wordpress.com/2011/06/03/national-defense-%20education-act-of-1958-2/>
- Fee, E. (2015). The first American medical school: the formative years. *The Lancet*, 385(9981), 1940–1941.
- Field, J. (1970). Medical education in the United States: Late nineteenth and twentieth centuries. In *The History of Medical Education*; O'Malley, C. D. (ed.). Berkeley, USA: University of California Press.
- Flangan B., Nestel, D., Joseph, M. (2004). Making patient safety the focus: Crisis resorce management in the undergraduate curriculum. *Medical Education*, 38, 56–66.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. New York, USA: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. *Bulletin*, 4. Boston, Mass, USA: Updyke.
- Flexner, A. (2018). *Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (Classic reprint)*. London, Great Britain: Forgotten Books.
- Fox, D. M. (1987). The politics of the NIH Extramural Program, 1937-50. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 42, 447–446.
- Fraser, J. W. (2009). *The School in the United States: a Documentary History*; (2nd ed.). London, Great Britain: Routledge.
- Freemon, B. (1971). Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatric Research*, 7(5), 298–312.
- Furstenberg, A. C. (1940). *Dean's Report*. 10 October 1940, Folder "R 1940", Box 43, University of Michigan Medical School Records, Michigan Historical Collections, Bentley Historical Library, University of Michigan, Ann Arbor, MI.



- Gardner, D. (1983). *A Nation At Risk: The Imperative For Educational Reform*. Washington D.C., USA: The Commission on Excellence in Education.
- Gastel, B. (1995). Toward a global consensus on quality medical education: serving the needs of populations and individuals. *Academic Medicine*, 70(7 Suppl.), 73–75.
- Geiger, R. L. (1993). *Research and relevant knowledge: American Research Universities since World War II*. New York, USA: Oxford University Press.
- Geiger, R. L. (2014). *The History of American Higher Education: Learning and Culture from the Founding to World War II*. Princeton, USA: Princeton University Press.
- Gevitz, N. (2009). The transformation of osteopathic medical education. *Academic Medicine*, 84, 701–706.
- Goldin, C., & Katz, L. F. (1999). Human Capital and Social Capital: The Rise of Secondary Schooling in America, 1910–1940. *Journal of Interdisciplinary History*, 29(4), 683–723.
- Guze, P. A. (2015). Using technology to meet the challenges of medical education. *Transactions of the American Clinical Climatological Association*, 126, 260–270.
- Hanson, K. A., Borofsky, M. S., Hampson, L. A., & et al. (2020). Capturing the perspective of prospective urology applicants: impacts of COVID-19 on medical education. *Urology*, 146, 36–42.
- Harden, R. (2000). Curriculum mapping: A tool for transparent and authentic teaching and learning. *Medical Teacher*, 23(2), 123–127.
- Harden, R. M. (2002). An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*, 24(3), 261–267.
- Harden, R. M. (2008). Death by Power Point – the need for a “fidget index”. *Medical Teacher*, 30(9–10), 833–835.
- Harden, R., Sowden, S., & Dunn, W. R. (1984). Educational strategies in curriculum development: The SPICES model. *Medical Education*, 18(4), 284–297.

- Harden, V. A. (1986). *Inventing the NIH: Federal Biomedical Research Policy, 1887-1937*. Baltimore, USA: John Hopkins University Press.
- Harvard University Medical Faculty. (1939). *Meetings of 6 October 1939, Harvard University Medical Faculty, Minutes of Meetings*. Boston, MA: Harvard Medical Archives, Rare Books Department, Countway Library, Harvard Medical School.
- Higher Education Act*. (1965). Public law 89-329. (pp. 1219–1270). Washington, USA: Government Printing Office.
- Hofstadter, R., & Smith, W. (eds.). (1961). *American Higher Education. A Documentary History*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Hollis, D. W. (1956). *University of South Carolina. Vol. 2*. Columbia, USA: University of South Carolina Press.
- Holmes, P. (2012). *A Nation at Risk and Education Reform: a Frame Analysis*. (A thesis for the Degree of Master of Education). Seattle, USA: University of Washington.
- Hortsch, M. (2015). “How we learn may not always be good for us” – Do new electronic teaching approaches always result in better learning outcomes? *Medical Teacher*, 37, 507–509.
- Huang, J. C. (2017). What do subject experts teach about writing research articles? An exploratory study. *Journal of English for Academic Purposes*, 25, 18–29.
- Hubbard, J. P., & Levit, E. J. (1985). *The National Board of Medical Examiners: The First Seventy Years*. Philadelphia, USA: National Board of Medical Examiners.
- Hungerford, T. L., & Wassmer, R. W. (2004). *K-12 education in the U.S. economy*. Washington, USA: National Education Association.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, DC, USA: National Academic Press.

- Isayeva, O. (2013). Ethics of Future Doctors in the Process of Teaching Foreign Language. *American Journal of Educational Research (Education)*, 1(11), 517–522.
- Isayeva, O., Shumylo, M., Khmilyar, I., Myskiv, I., & Mylyk, O. (2020). Blended learning in higher medical education: principles and strategies of teaching foreign languages. *Advanced education*, 14, 11–18.
- ISO/IEC JTC 1. (2015). Internet of Things (IoT). Preliminary report, 2014. Retrieved from: [http://www.iso.org/iso/internet\\_of\\_things\\_report-jtc1.pdf](http://www.iso.org/iso/internet_of_things_report-jtc1.pdf)
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Feature and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27, 10–28.
- Ivimed Partnership. (2021). *Causeway Learn*. Retrieved from: <http://ivimed.org.uk/>
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for Designing, Implementing and Evaluating Simulation Used as Teaching Strategies in Nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26, 96–103.
- Jeyabaladevan, P., & Yogalingam, S. (2018). A call to reform medical curricula to sustain the NHS. *Medical Education Online*, 23(1), 1530560.
- Jeynes, W. (2007). *American Educational History: School, Society, and the Common Good*. Newbury Park, USA: SAGE Publications.
- Johnson, P. (1997). *A history of the American people*. New York, USA: Harper Collins.
- Johnstone, J. N. (1984). *Indicators of Education Systems*. London, Great Britain: Kogan Page; Paris, France: UNESCO.
- Jolly, P. (1988). Medical education in the United States, 1960-1987. *Health Affairs*, 7(2), 144–157.
- Jonas, C. E., Durning, S. J., Zebrowski, C., & Cimino, F. (2019). An interdisciplinary, multi-institution telehealth course for third-year medical students. *Academic Medicine*, 94, 833–837.

- Karle, H., Christensen, L., Gordon, D., & Nystrup, J. (2008). Neo-colonialism versus sound globalisation policy in medical education. *Medical Education*, 42, 956–958.
- Kavic, M. S. (2002). Competency and the Six Core Competencies. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 6(2), 95–97.
- Kerr, C. (1982). *The uses of the university*. (3<sup>rd</sup> ed). Cambridge, Great Britain: Harvard University Press.
- Kissler, S. M., Tedijanto, C., Goldstein, E., Grad, Y. H., & Lipsitch, M. (2020). Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, 368, 860–868.
- Korsch, B., Gozzi, E., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication I: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855–871.
- Kraditor, A. S. (1967). *The Ideas of the Woman Suffrage Movement: 1890–1920*. New York, USA: Columbia University Press.
- Lagemann, E. C. (2002). *An Elusive Science: the Troubling History of Education Research*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Lagemann, E. C. (2017). Trump administration rolls back protections for people in default on student loans. *The Washington Post*. 17 March, 2017. Retrieved from: [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)
- Lawley, T. J., Saxton, J. F., & Johns, M. M. (2005). Medical education: time for reform. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 116, 311–317.
- Lee, P. V. (1962). *Medical Schools and the Changing Times: Nine Case Reports on Experimentation in Medical Education*. Evanston, IL, USA: Association of American Medical Colleges.
- Lee-Poy, M. F. (2012). *The Role of Religion and Spirituality in the Care of Patients in Family Medicine*. (A thesis for the degree in Master of Clinical Science). Western Ontario, Canada: The University of Western Ontario.

- Lerner, M. (2018). *America as a Civilization*. Sagwan Press.
- Lewiecki, E. M., & Rochelle, R. (2019). Project ECHO: Telehealth to expand capacity to deliver best practice medical care. *Rheumatic Diseases Clinic of North America*, 45, 303–314.
- Liaison Committee on Medical Education. (2019). *Functions and Structure of a Medical School. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree*. Retrieved from: [https://medicine.mercer.edu/wp-content/uploads/sites/7/2020/01/2020-21\\_Functions-and-Structure\\_2019-10-04-1-1.pdf](https://medicine.mercer.edu/wp-content/uploads/sites/7/2020/01/2020-21_Functions-and-Structure_2019-10-04-1-1.pdf)
- Lippard, V. W. (1974). *A half-century of American Medical Education: 1920-1970*. New York, USA: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Lomis, K. D., Santen, S. A., Dekhtyar, M., Stagg Elliott, V., Richardson, J., Hammoud, M. M., Hawkins, R., & Skochelak, S. E. (2021). The Accelerating Change in Medical Education Consortium: Key Drivers of Transformative Change. *Academic Medicine*, 96(7), 979–988.
- Ludke, D. V. (2009). *A Surgical Residents' Perceptions regarding the Implementation of ACGME Duty Hour Restrictions*. (A project report for the Degree Master of Science in Health Care Administration). Long Beach, USA: California State University.
- Ludmerer, K. (1985). *Learning to Heal: The Development of American Medical Education*. New York, USA: Basic Books.
- Ludmerer, K. M. (2005). *Time to Heal. American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York, USA: Oxford University Press.
- Ma, J., Pender, M., & Welch, M. (2016). *Education Pays 2016: The Benefits of Higher Education for Individuals and Society*. Retrieved from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED572548.pdf>
- Malak, M. M. (2017). *Understanding Transition into Practice after Post Graduate Medical Education in Surgical Specialties*. (A thesis for the degree in Master of Science). London, Canada: The University of Western Ontario.

- Malcolme, H. (1940). *Soule to A.C. Furstenberg*. 30 April 1940, Folder “1940 D-E”, Box 43, University of Michigan Medical School Records, Michigan Historical Collections, Bentley Historical Library, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
- Mallinson, V. (1980). *The Western European idea in education*. Oxford: Pergamon.
- Maran, N. J., & Glavin, R. J. (2003). Low-to high-fidelity simulation – a continuum of medical education? *Medical Education*, 37, 22–28.
- Masters, K. (2015). *Homo Nodus: Preparing For The Next Stage Of The Internet Of Things In Medical Education*. *The Internet Journal of Medical Education*, 5(1). Retrieved from: <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/32411>
- Mayberry, B. D. (1991). *A Century of Agriculture in the 1890 Land Grant Institutions and Tuskegee University, 1890–1990*. New York, USA: Vantage Press.
- McCarty, R. L. (1971). *The Reform of Medical Education in the United States, 1900-1932*. (A thesis for the degree of Master of Arts). Denton, USA: North Texas State University.
- McConaghy, M., Silberman, M., & Kalashnikova, I. (2004). *School of Medicine: historical development, 1765-1800*. Retrieved from: <https://archives.upenn.edu/exhibits/penn-history/18th-century/medical-school>
- McGehee, H. (1981). *Science at the Bedside: Clinical Research in American Medicine, 1905-1945*. Baltimore, USA: John Hopkins University Press.
- McOwen, K. S., Whelan, A. J., & Farmakidis, A. L. (2020). Medical Education in the United States and Canada. *Academic Medicine*, 95(9), 2–4.
- Medical School Council. (2021). Entry requirements. Retrieved from: <https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/making-an-application/entry-requirements>
- Miller, G. A. (1976). A physician in 1776. *Clio Medica*, 11(3), 135–146.
- Miller, G. E. (1980). *Educating Medical Teachers*. Cambridge, Great Britain: Harvard University Press.

- More House School of Medicine. (2021). *Liaison Committee on Medical Education (LCME)*. Retrieved from: [https://www.msm.edu/about\\_us/Accreditation/LCME/index.php](https://www.msm.edu/about_us/Accreditation/LCME/index.php)
- Morgan, J. A. (2011). *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, USA: Nabu Press.
- Morrow, R., Fletcher, J., Mulvihill, M., & Park, H. (2007). The asthma dialogues: A model of interactive education for skills. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27, 49–58.
- Mowery, Y. M. (2015). A primer on medical education in the United States through the lens of a current resident physician. *Annals of translational medicine*, 3(18), 270. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4630550/>
- Mukan, N., & Fuchyla, O. (2016). Functional literacy learning in the system of adult education in Belgium. *Advanced education*. 6, 34–39.
- Naaj, M. A., Nachouki, M., & Ankit, A. (2012). Evaluating student satisfaction with blended learning in a gender-segregated environment. *Journal of Information Technology Education: Research*, 11(1), 185–200.
- National Archives. (1862). *Transcript of Morrill Act, 1862*. Retrieved from: <https://www.archives.gov/milestone-documents/morrill-act>
- National Board of Medical Examiners. (1955). Meeting of 19 December 1953, Executive Committee Minutes, National Board of Medical Examiners, President's Office, National Board of Medical Examiners, Philadelphia, PA; "Increasing Use of Objective Tests. *The National Board Examiner*, 2(4), 1–3.
- National Quality Forum. (2017). *Creating a framework to support measure development for telehealth*. Retrieved from: Retrieved from: [http://www.qualityforum.org/Publications/2017/08/Creating\\_a\\_Framework\\_to\\_Support\\_Measure\\_Development\\_for\\_Telehealth.aspx](http://www.qualityforum.org/Publications/2017/08/Creating_a_Framework_to_Support_Measure_Development_for_Telehealth.aspx)
- Niccum, B. A., Sarker, A., Wolf, S. J., & Trowbridge, M. J. (2017). Innovation and entrepreneurship programs in US medical education: a landscape review and thematic analysis. *Medical Education Online*, 22, 1360722.

- O'Connor, P. J., Sperl-Hillen, J. M., Johnson, P. E., Rush, W. A., Asche, S. E., Dutta, P., & et al. (2009). Simulated physician learning intervention to improve safety and quality of diabetes care: A randomized trial. *Diabetes Care*, *32*, 585–590.
- O'Sullivan, H. (2012). Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Medical Teacher*, *34*(2), e64–77. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22289014/>
- Obama, B. (2016). United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps. *JAMA*, *316*(5), 525–532.
- Osgood, R. L. (2005). *The History of Inclusion in the United States*. Washington, USA: Gallaudet University Press.
- Pardede, P. (2013). Enhancing Students' Learning Through Blended Learning. *Conference: Seminar for the 60th anniversary of Christian University of Indonesia*. 15 October, 2013. Retrieved from: [https://www.academia.edu/25017322/Enhancing\\_Students\\_Learning\\_through\\_Blended\\_Learning](https://www.academia.edu/25017322/Enhancing_Students_Learning_through_Blended_Learning)
- Peña Dolhun, E., Muñoz, C., & Grumbach, K. (2003). Cross-cultural education in U.S. medical schools: development of an assessment tool. *Academic Medicine*, *78*(6), 615–622.
- Peterson, P. E., & Horn, M. B. (2016). The Ideal Blended-Learning Combination. *Education Next*, *16*(2), 94–95. Retrieved from: <https://www.educationnext.org/ideal-blended-learning-combination-instructional-computer-time/>
- Poncelet, A., & Hirsh, D. (2016). *Longitudinal Integrated Clerkships: Principles, Outcomes, Practical Tools, and Future Directions*. New York, USA: Gegensatz Press.
- Raymond, J. R., Kerschner, J. E., Hueston, W. J., & et al. (2015). The merits and challenges of three-year medical school curricula: time for an evidence-based discussion. *Academic Medicine*, *90*, 1318–1323.



- Reynolds, A. (2009). Patient-Centered Care. *Radiologic Technology*, 81(2), 133–147.
- Richards, R. K. (1978). *Continuing Medical Education: Perspectives, Problems, Prognosis*. New Haven, USA: Yale University Press.
- Ritz, S. (2015). *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). London, Canada: The University of Western Ontario.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. Free Press.
- Rosen, G. (1983). *The Structure of American Medical Practice, 1875–1941*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.
- Rothstein, W. G. (1987). *American Medical Schools and the Practice of Medicine*. New York, USA: Oxford University Press.
- Ruiz, J. G. (2006). The impact of E-learning in medical education. *Academic Medicine*, 81(3), 207–212.
- Rulin, M. C., Middleton, D. B., Kanter, S. L., & Adler, S. (1995). Undergraduate Course in Ambulatory Care. *Academic Medicine*, 70(2), 84–85.
- Saxena, A. (2010). *Leadership in medical education: competencies, challenges and strategies for effectiveness*. (A thesis for the Degree of Master of Medical Education). Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan.
- Scalese, R. J., Obeso, V. T., & Issenberg, S. B. (2008). Simulation Technology for Skills Training and Competency Assessment in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 23Suppl1(Suppl 1), 46–49.
- Shannon, J. A. (1967). The advancement of medical research: a twenty-year view of the role of the national institutes of health. *Journal of medical education*, 42(2), 97–108.
- Sharma, P., & Barrett, B. (2007). *Blended Learning: Using technology in and beyond the language classroom*. Oxford, Great Britain: Macmillan.
- Shedd, J. (2003). The History of the Student Credit Hour. *New Directions for Higher Education*, 1(122), 5–12.

- Shrank, W. (2004). Fostering Professionalism in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 19(8), 887–892.
- Shryock, H. H. (1947). *American Medical Research: Past and Present*. New York, USA: The Commonwealth Fund.
- Shumylo, M., Isayeva, O., Khmilyar, I., Huziy, I., Yaremko, H., Drachuk, M. (2022). Creativity as an essential aspect in medical education. *Creativity studies*, 15(1), 182–198.
- Smith, B. (2017). Proposed US budget threatens educational exchange programs. *The Pie News. News and business analysis for Professionals in International Education*. 26 May, 2017. Retrieved from: <https://thepienews.com/news/proposed-us-budget-threatens-educational-exchange-programs/>
- Smith, T. M. (2021). At Johns Hopkins, COVID-19 made telemedicine a mainstay in med ed. 29 October, 2021. Retrieved from: <https://www.ama-assn.org/education/accelerating-change-medical-education/johns-hopkins-covid-19-made-telemedicine-mainstay>
- So, H., & Brush, T.A. (2008). Student perceptions of collaborative learning, social presence and satisfaction in a blended learning environment: relationships and critical factors. *Computers & Education*, 51(1), 318–336.
- Somers, H. M., & Somers, A. R. (1961). *Doctors, Patients, and Health Insurance: The Organization and Financing of Medical Care*. Washington, D.C., USA: Brookings Institution.
- Soto-Greene, M., Chen, D., Holland, B., & Traba, Ch. (2020). Rutgers New Jersey Medical School. *Academic Medicine*, 95(9), September Supplement, 318–320.
- Spring, L., Robillard, D., Gehlbach, L., & et al. (2011). Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. *Medical Education*, 45, 867–877.
- Srinivasan, M., Hwang, J. C., West, D., & Yellowlees, P. M. (2006). Assessment of clinical skills using simulator technology. *Academic Psychiatry*, 30(6), 505–515.

- Stephens, A. H. (1872). *History of the United States*. New York, USA: Hale & Son.
- Stephens, K. G. (2011). *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). Columbia, USA: University of South Carolina.
- Stevens, R. (1971). *American Medicine and the Public Interest*. New Haven, USA: Yale University Press.
- Stevens, R. A. (1978). Graduate Medical Education: A Continuing History. *Journal of Medical Education*, 53, 1–18.
- Stevenson, D. (1997). *Information and Communications Technology in UK Schools: an independent inquiry*. London, Great Britain: The Independent ICT in Schools Commission.
- Stowe, L. M. (1959). The Stanford Plan: An Educational Continuum for Medicine. *Journal of Medical Education*, 34, 1059–1069.
- Strickland, S. P. (1972). *Politics, science and dread disease: a short history of United States Medical Research Policy*. Cambridge, Great Britain: Harvard University Press.
- Sullivan, C. C. (2018). *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). Washington, USA: University of Washington.
- Swain, D. C. (1972). *The rise of a research empire: NIH, 1930 to 1950*. *Science* 138, 1233–1237.
- Swanwick, T. (2013). *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*. Oxford, Great Britain: Wiley-Blackwell.
- Tewksbury, S. (1932). *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, USA: Teachers College Press.

- The Centre for Measuring University Performance. (2014). Top American Research Universities. Retrieved from: <https://mup.umass.edu/sites/default/files/mup-2014-top-american-research-universities-annual-report.pdf>
- The Commission on Graduate Medical Education. (1940). *Graduate medical education. Report of the Commission on Graduate Medical Education*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- The Committee on Graduate Medical Education. (1941). *Report of the Committee on Graduate Medical Education, with meeting of 1 December 1941*. Faculty Minutes, New York University School of Medicine. Archives, New York University Medical Center, New York.
- The Council on Medical Education and Hospitals. (1942). *Meeting of 6, 7 and 10 June 1942, Agenda and Minutes of the Business Meetings of the Council on Medical Education and Hospitals*. Chicago, IL: American Medical Association Archives.
- The Council on Medical Education and Hospitals. (1943). *Meeting of 7 November 1943, Agenda and Minutes of the Business Meetings of the Council on Medical Education and Hospitals*. Chicago, IL: American Medical Association Archives.
- The Council on Medical Education and Hospitals. (1944). *Meetings of 13 February 1944, Agenda and Minutes of the Business Meetings of the Council on Medical Education and Hospitals*. Chicago, IL: American Medical Association Archives.
- The Council on Medical Education and Hospitals. (1967). *Meeting of 9 March 1967, Executive Council Minutes*. Medford, MA, USA: Tufts University School of Medicine Archives.
- The Dean of the Medical School. (1940). *Report of the Dean of the Medical School, 1939-40*. Folder 437, Dean's Subject File, Harvard Medical School, Harvard Medical Archives, Rare Books Department, Countway Library, Harvard Medical School, Boston, MA.

- The European Education Directory. (2020). *United States of America*. Retrieved from: <http://www.euroeducation.net/prof/usa.htm>
- The Health Care and Education Reconciliation Act (2010). Retrieved from: <https://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill61.pdf>
- The Medical Board of the New York. (1935). *Transactions of the Medical Board of the New York Hospital*. Meeting of 1 February 1935. New York, USA.
- The World Federation for Medical Education, The Executive Council. (1998). International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools – educational programmes. A WFME position paper. *Medical Education*, 32, 549–558.
- Thelin, J. R. (1999). The Shaping of Higher Education: The Formative Years in the United States, 1890 to 1940. *The Journal of Economic Perspectives*, 13(1), 37–62.
- Thelin, J. R. (2014). *Essential Documents in the History of American Higher Education*. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.
- Thomas, P. A., Kern, D. E., Hughes, M. T. & et al. (2011). *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach*. Baltimore, USA: The John Hopkins University Press.
- Thwing, Ch. F. (2012). *A History of Higher Education in America*. HardPress Publishing.
- Timberlake, J. H. (1970). *Prohibition and the progressive movement, 1900–1920*. New York, USA: Atheneum.
- Turner, E. L., Gregg, A., & Scarborough, H. (2020). Medical education. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/science/medical-education>
- Tyack, D. B. (1974). *The One Best System: A History of American Urban Education*. Cambridge, Great Britain: Harvard University Press.
- Tyack, D., Lowe, R., & Hansot, E. (1984). *Public schools in hard times*. Cambridge, Great Britain: Harvard University Press.

- U.S. Department of Commerce Bureau of the Census. (1976). *Historical statistics of the United States. Colonial Times to 1970. Part 1*. Washington, USA: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Education. (2006). *A Test of Leadership: Charting the Future of U.S. Higher Education*. Retrieved from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493504.pdf>
- U.S. Department of Education. (2021). Retrieved from: <https://www.ed.gov/>
- U.S. News & World Report. (2019). *What the MCAT Test Is Like and How to Prepare*. Retrieved: <https://www.usnews.com/education/best-graduate-schools/top-medical-schools/articles/what-is-the-mcat-test-like-and-how-do-you-prepare-for-it>
- United States Department of State. (2021). *Education USA*. Retrieved from: <https://educationusa.state.gov/>
- United States Medical Licensing Examination. (2021). *Work to relaunch USMLE Step 2 CS discontinued*. Retrieved from: <https://www.usmle.org/work-relaunch-usmle-step-2-cs-discontinued>
- United States Medical Licensing Examination. (2021a). *Step 1*. Retrieved from: <https://www.usmle.org/step-exams/step-1>
- United States Medical Licensing Examination. (2021b). *Step 2 CK*. Retrieved from: <https://www.usmle.org/step-exams/step-2-ck>
- United States Medical Licensing Examination. (2021c). *Step 3 CK*. Retrieved from: <https://www.usmle.org/step-exams/step-3>
- University of Pennsylvania. (). Perelman School of Medicine. Retrieved from: <http://www.med.upenn.edu/>
- Urban, W. J., & Wagoner J. L. jr. (2008). *American Education: a History*. Abingdon-on-Thames, Great Britain: Routledge.
- VanNieuwenborg, L., Goossens, M., De Lepeleire, J., & et al. (2016). Continuing medical education for general practitioners: a practice format. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1086), 217–222.

- Vinson, A. H. (2015). *Teaching the Work of Doctoring: how the Medical Profession Adapts to Change*. (A dissertation for the degree Doctor of Philosophy). San Diego: University of California.
- Wagner, R. R. (1962). The basic Medical Sciences, the Revolution in Biology and the Future of Medical Education. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 35, 1–11.
- Waseh, S., & Dicker, A. P. (2019). Telemedicine training in undergraduate medical education: Mixed-methods review. *JMIR Medical Education*, 5(1), e12515.
- Washington University School of Medicine in St. Louis. (2021). Retrieved from: <https://medicine.wustl.edu/>
- Webb, L. D., Metha, A., & Jordan, K. F. (2010). *Foundations of American Education*. London, Great Britain: Pearson.
- Weinberg, E. R., Auerbach, M. A., & Shah, N. B. (2009). The use of simulation for pediatric training and assessment. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(3), 282–287.
- Welch, W. H. (1920). Present Position of Medical Education, Its Development and Great Needs for the Future. *Papers and Addresses*, 3. (p. 112). Baltimore, USA: The John Hopkins University Press.
- WFME. (2020). *Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2020 revision*. Retrieved from: <https://wfme.org/standards/bme/>
- WHO. (1995). *Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education: report of the Global Conference on International Collaboration on Medical Education and Practice*. 12-15 June 1994, Rockford, Illinois, USA. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO. (2016). *Telehealth. Analysis of third global survey on eHealth based on the reported data by countries, 2016*. Retrieved from: <https://www.who.int/gho/goe/telehealth>. Accessed August 5, 2020.
- Willison, G. F. (1945). *Saints and strangers*. New York, USA: Reynal & Hitchcock.

- Wong, G., Greenhalgh, T. & Pawson, R. (2010). Internet-based medical education: a realist review of what works, for whom and in what circumstances. *BMC Medical Education*, 10, 12. Retrieved from: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-10-12>
- World Federation for Medical Education (2003): Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME (Copenhagen, 2003). Retrieved from: <http://www.wfme.org>.
- Yanez, L. C. (2017). *Active Engagement in Medical Education Yanez*. (A Dissertation for the Degree Doctor of Education). Tempe, USA: Arizona State University.
- Ypinazar, V. A., & Margolis, S. A. (2006). Clinical simulators: Applications and implication for rural medical education. *Rural Remote Health*, 6(2), 527–538.
- Ziv, A., Ben-David, S., & Ziv, M. (2005). Simulation Based Medical Education: An opportunity to learn from errors. *Medical Teacher*, 27(3), 193–199.



## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Базові стандарти медичної освіти опубліковані ВФМО у 2020 році

1. MISSION AND VALUES	The school has a public statement that sets out its values, priorities, and goals.
<p>Guidance: Consider the role, audiences, and uses of the mission statement. Briefly and concisely describe the school's purpose, values, educational goals, research functions, and relationships with the healthcare service and communities. Indicate the extent to which the statement has been developed in consultation with stakeholders. Describe how the mission statement guides the curriculum and quality assurance.</p>	
2. CURRICULUM	This section mentions four aspects of the educational work of the institution.
<p>Curriculum: 'A curriculum might be defined as a managerial, ideological and planning document that should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tell the learner exactly what to expect including entry requirements, length and organisation of the programme and its flexibilities, the assessment system and methods of student support,</li> <li>• advise the teacher what to do to deliver the content and support the learners in their task of personal and professional development,</li> <li>• help the institution to set appropriate assessments of student learning and implement relevant evaluations of the educational provision,</li> <li>• tell society how the school is executing its responsibility to produce the next generation of doctors appropriately.</li> </ul> <p>Course: All the planned teaching and learning from commencement to graduation, which may be divided into different parts (for example, disciplines, topics, modules, stages, semesters, phases), depending on the structure of the curriculum.</p> <p>Assessment: Measurement or judgement of student attainment.</p> <p>Evaluation: Review of the conduct of the course.</p>	
3. ASSESSMENT	Assessment assures, drives, guides, creates, and optimises learning while providing feedback. In the context of a medical school, a system of assessment must exist, which incorporates multiple assessments that achieve the purposes of the school and its stakeholders.
<p>-An assessment policy with a centralised system that guides and supports its implementation will entail the use of multiple summative and formative methods that lead to acquisition of the knowledge, clinical skills, and behaviours needed to be a doctor. The policy and the system should be responsive to the mission of the school, its specified educational outcomes, the resources available, and the context.</p> <p>-Feedback is one of the biggest drivers of educational achievement. Students need to be assessed early and regularly in courses and clinical placements for purposes of providing feedback that guides their learning. This includes early identification of underperforming students and the offer of remediation.</p> <p>-Assessment for decision-making is essential to institutional accountability. It is also critical to the protection of patients. These assessments must be fair to students and, as a group, they must attest to all aspects of competence. To accomplish these ends, they must meet standards of quality.</p> <p>-It is important for the school to review its individual assessments regularly, as well as the whole assessment system. It is also important to use data from the assessments, as well as</p>	

feedback from stakeholders, for continuous quality improvement of the assessments, the assessment system, the course, and the institution.	
4. STUDENTS	Appropriate admission and selection policies, and systems for support of students are important for educational quality, management and outcomes, and for the wellbeing of students.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The following admissions issues are important in developing the policy: <ul style="list-style-type: none"> <li>•the relationship between the size of student intake (including any international student intake) and the resources, capacity, and infrastructure available to educate them adequately,</li> <li>•equality and diversity issues,</li> <li>•policies for re-application, deferred entry, and transfer from other schools or courses.</li> </ul> </li> <li>➤ Consider the following issues for the selection process: <ul style="list-style-type: none"> <li>• requirements for selection,</li> <li>• stages in the process of selection,</li> <li>• mechanisms for making offers,</li> <li>• mechanisms for making and accepting complaints.</li> </ul> </li> <li>✓ Students might require support in developing academic skills, in managing disabilities, in physical and mental health and personal welfare, in managing finances, and in career planning. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consider what emergency support services are available in the event of personal trauma or crisis.</li> <li>✓ Specify a process to identify students in need of academic or personal counselling and support.</li> <li>✓ Consider how such services will be publicised, offered, and accessed in a confidential manner.</li> <li>✓ Consider how to develop support services in consultation with students' representatives.</li> </ul> </li> </ul>	
5. ACADEMIC STAFF	Adequate numbers of well-trained and committed academic staff (also referred to as faculty or teachers), supported by technical and administrative staff, are critical to the effective delivery of the curriculum.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determining academic staff establishment policy involves considering: a) the number, level, and qualifications of academic staff required to deliver the planned curriculum to the intended number of students, b) the distribution of academic staff by grade and experience.</li> <li>• Develop a clear statement describing the responsibilities of academic staff for teaching, research, and service. Develop a code of academic conduct in relation to these responsibilities.</li> <li>• Develop and publicise a clear description of how the school supports and manages the academic and professional development of each member of staff.</li> </ul>	
6. EDUCATIONAL RESOURCES	Sufficient educationally and contextually appropriate physical, clinical, and information resources are critical to delivery of a medical curriculum.
- Physical facilities include the physical spaces and equipment available to implement the planned curriculum for the given number of students and academic staff. Consider the facilities	

that are required to provide adequate training in clinical skills, and an appropriate range of experience in clinical practice settings, to fulfil the clinical training requirements of the curriculum.

- Consider the school's provision of access to information resources for students and academic staff, including online and physical library resources. Evaluate these facilities in relation to the school's mission and curriculum in learning, teaching, and research.

7. QUALITY ASSURANCE	Regular review of the activities of the medical school, supported by a system of school-level quality assurance, will ensure that they are appropriate, and compliant with the mission statement and curriculum.
----------------------	--

-Consider the purposes, role, design, and management of the school's quality assurance system, including what the school regards as appropriate quality in its planning and implementation practices.

-Design and apply a decision-making and change management structure and process, as part of quality assurance.

-Prepare a written document that sets out the quality assurance system.

8. GOVERNANCE AND ADMINISTRATION	Effective implementation of the educational, research, and quality assurance activities of a school requires management, administration, budget allocation, and accountability which should involve all interested parties.
----------------------------------	---

-Describe the leadership and decision-making model of the institution, and its committee structure, including membership, responsibilities, and reporting lines.

-Ensure that the school has a risk management procedure.

-Consider how students and academic staff might participate in the school's planning, implementation, student assessment, and quality evaluation activities, or provide comment on them.

-Define mechanisms for arranging student and academic staff involvement in governance and administration, as appropriate.

-Develop a policy and review process to ensure adequate and efficient administrative, staff, and budgetary support for all school activities and operations.

*Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: WFME. (2020). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2020 revision. Retrieved from: <https://wfme.org/standards/bme/>*

## Додаток Б

**Документ KBMO “Функції та структура медичної школи”. Стандарти для акредитації медичних освітніх програм, що ведуть до ступеня MD. Опубліковано в жовтні 2021 для огляду в 2022-2023 навчальному році.**

Стандарт: Зміст освітньої програми

Викладачі медичної школи гарантують, що медична освітня програма забезпечує зміст достатньої широти та глибини, щоб підготувати студентів-медиків до вступу на будь-яку програму резидентури та до подальшої сучасної практики медицини.

### 7.1 Біомедичні, поведінкові, соціальні науки

Викладачі медичної школи забезпечують, щоб медична освітня програма включала матеріали з біомедичних, поведінкових та соціально-економічних наук, щоб підтримати оволодіння студентами-медиками сучасними знаннями та концепціями медичної науки та методами, основоположними для застосування їх до здоров'я окремих людей та населення.

### 7.2 Системи органів/ Життєвий цикл/ Профілактика/ Симптоми/ Ознаки/ Диференційний діагноз, Планування лікування

Викладачі медичної школи забезпечують, щоб медична освітня програма включала зміст та клінічний досвід, пов'язаний з кожною системою органів; кожний етап життєвого циклу людини; безперервність догляду; профілактичну, невідкладну, хронічну, реабілітаційну допомогу та допомогу в кінці життя.

### 7.3 Науковий метод/Клінічне/Трансляційне дослідження

Викладачі медичної школи забезпечують, щоб медична освітня програма включала навчання науковому методу та основним науковим та етичним принципам клінічних та трансляційних досліджень, охоплюючи способи, за допомогою яких таке дослідження проводиться, оцінюється, пояснюється пацієнтам та застосовується до догляду за пацієнтами.

### 7.4 Критичні судження/Навички вирішення проблем

Викладачі медичної школи гарантують, що освітня програма з медицини охоплює фундаментальні принципи медицини, надає студентам-медикам можливість набути навичок критичного судження на основі доказів та досвіду, а також розвиває здатність студентів-медиків ефективно використовувати ці принципи та навички під час вирішення проблем здоров'я і хвороб.

### 7.5 Суспільні проблеми

Викладачі медичної школи забезпечують, щоб медична програма включала інструктаж з діагностики, профілактики, відповідної звітності та лікування медичних наслідків загальних суспільних проблем.

### 7.6 Культурна компетентність і відмінності в охороні здоров'я

Викладацький склад медичної школи гарантує, що освітня програма з медицини надає студентам-медикам можливість навчитися розпізнавати та належним чином усувати упередження в собі, в інших і в процесі надання медичної допомоги. Медична освітня програма охоплює в себе наступне:

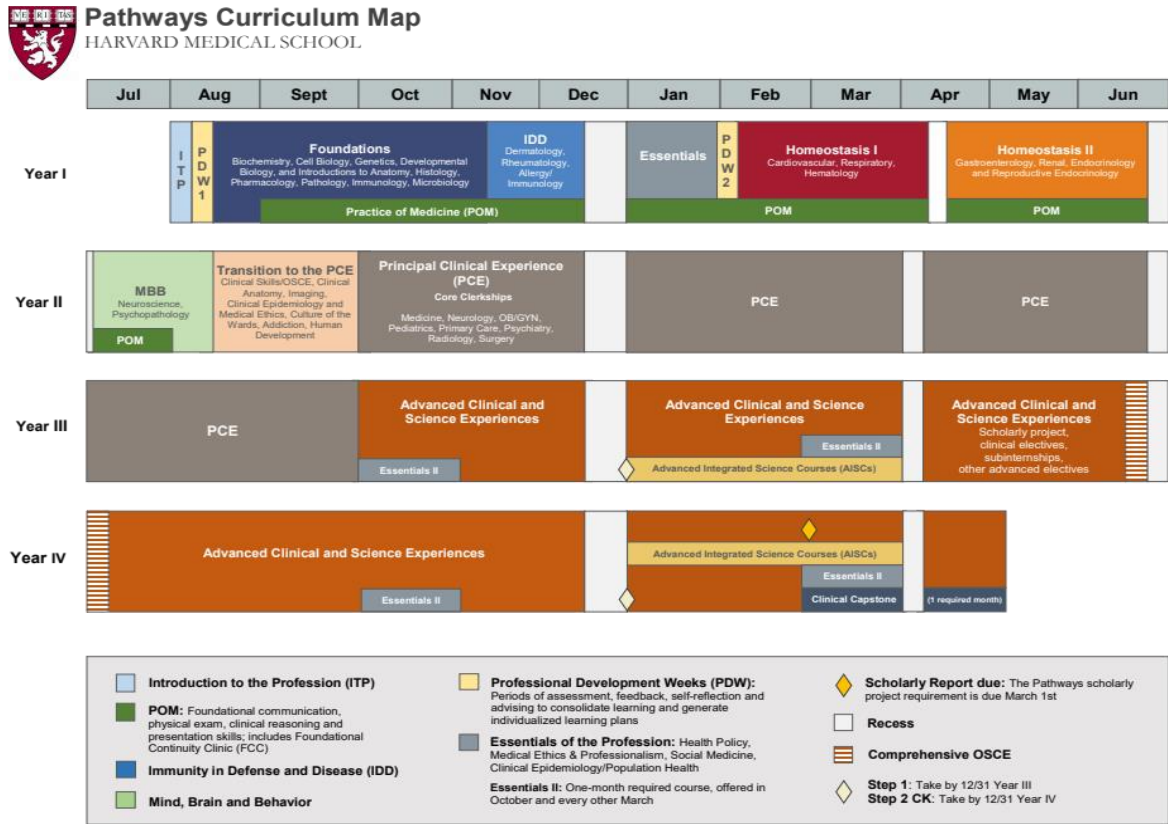
- Різноманітність того, як люди сприймають здоров'я та хвороби та реагують на різні симптоми, захворювання та лікування
- Основні принципи культурно-компетентної охорони здоров'я
- Визнання впливу диспропорцій в охороні здоров'я на всі групи населення та потенційних методів усунення диспропорцій у сфері охорони здоров'я

- Знання, навички та основні професійні якості, необхідні для надання ефективної допомоги в багатовимірному та різноманітному суспільстві.

*Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: Liaison Committee on Medical Education. (2019). Functions and Structure of a Medical School. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree. Retrieved from: [https://medicine.mercer.edu/wp-content/uploads/sites/7/2020/01/2020-21\\_Functions-and-Structure\\_2019-10-04-1-1.pdf](https://medicine.mercer.edu/wp-content/uploads/sites/7/2020/01/2020-21_Functions-and-Structure_2019-10-04-1-1.pdf))*

## Додаток В

### Приклад навчального плану для студентів-медиків у США Гарвардська медична школа



Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: Harvard Medical School. (2021). Pathways Curriculum Map. Retrieved from: [https://meded.hms.harvard.edu/files/hms-med-ed/files/pathways\\_curriculum\\_map.pdf](https://meded.hms.harvard.edu/files/hms-med-ed/files/pathways_curriculum_map.pdf)

## Додаток Г

**Результати освітньої програми та методи оцінювання у Школі медицини Кайзера  
Перманенте Бернарда Ж. Тайсона (Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine)**

Результати освітньої програми	Методи оцінювання
<p>1. Догляд за пацієнтом</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Збирає важливу інформацію</li> <li>• Формулює діагноз і план</li> <li>• Демонструє своєчасну, точну та стислу документацію</li> <li>• Працює як частина команди</li> <li>• Співпрацює з пацієнтами</li> <li>• Виконує загальні процедури</li> <li>• Ініціює невідкладну допомогу</li> <li>• Здійснює безпечні зміни догляду</li> </ul>	<p>Клінічна документація Клінічні показники (ліцензійні іспити) Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо Самооцінка Симуляція/ Моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності) Письмове/комп'ютерне оцінювання (інституційні іспити) Письмове/комп'ютерне оцінювання (ліцензійні іспити)</p>
<p>2. Навчання протягом усього життя</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Розпізнає невизначеність та вміє справлятися з нею</li> <li>• Залучається до самостійного навчання для професійного розвитку</li> <li>• Покращує особисте здоров'я та благополуччя</li> </ul>	<p>Клінічна документація Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо Самооцінка Симуляція/моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності)</p>
<p>3. Системна практика</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Демонструє відповідну чутливість до пацієнта, турботу про здоров'я та соціальні ресурси</li> <li>• Застосовує концепції покращення якості та продуктивності</li> <li>• Ініціює заходи безпеки, спрямовані на зменшення шкоди пацієнтам</li> <li>• Розвиває інновації та зміни на системному рівні</li> </ul>	<p>Клінічна документація Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо Оцінка наукового дослідження/ проекту Самооцінка Симуляція/ Моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності) Письмове/комп'ютерне оцінювання (інституційні іспити)</p>
<p>4. Здоров'я населення та громади</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• З партнерами громади відстоює впровадження медичних заходів на рівні громади</li> <li>• Бере участь у проектах, які сприяють зменшенню нерівноправності населення, що пов'язано з проблемами здоров'я</li> </ul>	<p>Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Оцінка на основі портфоліо Оцінка наукового дослідження/ проекту Самооцінка Письмове/комп'ютерне оцінювання (інституційні іспити)</p>

<p>5. Міжпрофесійна співпраця та командна робота</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовує знання про власну роль та ролі інших медичних працівників для оцінки та вирішення питань охорони здоров'я щодо потреб пацієнтів і населення</li> <li>• Спілкується та взаємодіє з колегами та командою, створюючи атмосферу взаємної поваги і цілісності</li> </ul>	<p>Клінічна документація Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо Самооцінка Симуляція/ Моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності) Письмове/комп'ютерне оцінювання (інституційні іспити)</p>
<p>6. Міжособистісні та комунікативні навички</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Демонструє особистісно-орієнтоване спілкування, що включає смирення, визнання невпевненості, чесність і емпатію</li> <li>• Використовує цифрові технології для спілкування та оптимізації прийняття клінічних рішень і лікування з пацієнтами, сім'ями та медичними командами</li> <li>• Демонструє ефективні навички викладання</li> </ul>	<p>Клінічна документація Клінічна успішність (ліцензійні іспити) Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо Самооцінка Симуляція/ Моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності)</p>
<p>7. Професіоналізм</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Демонструє відповідальність, сумлінність, правдивість і розсудливість</li> <li>• Характеризується поведінкою, яка є прикладом смирення, цінності, різноманітності</li> <li>• Визнає, аналізує та пропонує рішення щодо етичних питань та викликів</li> <li>• Демонструє прихильність до етичних, правових та професійних стандартів</li> </ul>	<p>Клінічна документація Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо оцінка наукового дослідження/ проекту Самооцінка Симуляція/ Моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності) Письмове/комп'ютерне оцінювання (інституційні іспити)</p>
<p>8. Медичні знання</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Демонструє глибокі знання з біомедичних, клінічних наук та наук про системи охорони здоров'я, а також застосовує ці знання до зміцнення здоров'я пацієнтів та громад</li> <li>• Бере участь у науковому проекті для вдосконалення допитливості і виховання участі у науковій спільноті</li> </ul>	<p>Клінічна документація Клінічні показники (ліцензійні іспити) Багатоджерельна оцінка Оцінка розмовних навичок Усна презентація пацієнта Оцінка колег Оцінка на основі портфоліо Оцінка наукового дослідження / проекту Самооцінка Симуляція/ Моделювання Оцінка на робочому місці (з наглядовими шкалами та/або шкалами спільної діяльності)</p>



	Письмове/комп'ютерне оцінювання (інституційні іспити) Письмове/комп'ютерне оцінювання (ліцензійні іспити)
--	--

*Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: McOwen, K. S., Whelan, A. J., & Farmakidis, A. L. (2020). Medical Education in the United States and Canada. Academic Medicine, 95(9), 2–4*

**Додаток Д**  
**Перелік обов'язкових компонент освітньо-професійної програми «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти ЛНМУ імені Данила Галицького**

Перелік компонент ОП Код н/д	Компоненти освітньої програми (навчальні дисципліни, курсові проекти (роботи), практики, кваліфікаційна робота)	Кількість кредитів	Форма підсумк. контролю
1	2	3	4
<b>Обов'язкові компоненти ОП</b>			
<i>Гуманітарна підготовка</i>			
ОК 1.	Українська мова (за професійним спрямуванням)	3	Залік
ОК 2.	Історія України та українська культура	3	Залік
ОК 3.0.	Філософія	3	Диф. залік
ОК 3.1.	Біоетика	1	Залік
ОК 4.	Історія медицини	2	Залік
<b>Всього</b>		<b>12,0</b>	
<i>Фундаментальна підготовка</i>			
ОК 5.	Іноземна мова (за професійним спрямуванням)	10	Екзамен
ОК 6.	Латинська мова та медична термінологія	4	Залік
ОК 7.	Медична біологія, паразитологія та генетика	5,5	Екзамен
ОК 8.	Медична та біологічна фізика	4	Екзамен
ОК 9.	Медична інформатика	3,5	Залік
ОК 10.	Медична хімія	4	Екзамен
ОК 11.	Біоорганічна хімія	3	Екзамен
ОК 12.	Біологічна хімія	6,5	Екзамен
ОК 13.	Анатомія людини	14,5	Екзамен
ОК 14.	Гістологія, цитологія та ембріологія	11,5	Екзамен
ОК 15.	Фізіологія	10	Екзамен
ОК 16.	Мікробіологія, вірусологія та імунологія	8,5	Екзамен
<b>Всього</b>		<b>85,0</b>	
<i>Професійна підготовка</i>			
ОК 17.	Патоморфологія	7	Екзамен
ОК 18.	Патофізіологія	7	Екзамен

OK 19.	Фармакологія	7	Екзамен
OK 20.	Гігієна та екологія	6	Екзамен
OK 21.	Пропедевтика внутрішньої медицини	6	Диф. залік
OK 22.	Пропедевтика педіатрії	5	Диф. залік
OK 23.	Медична генетика	1,5	Залік
OK 24.	Загальна хірургія	6	Екзамен
OK 25.	Клінічна анатомія і оперативна хірургія	3	Диф. залік
OK 26.	Основи стоматології	0,5	Залік
OK 27.	Радіологія	4	Диф. залік
OK 28.	Внутрішня медицина	14,5	Залік
OK 29.	Ендокринологія	2	Диф. залік
OK 30.	Дерматологія, венерологія	3	Диф. залік
OK 31.	Фізична реабілітація, спортивна медицина	3	Залік
OK 32.	Професійні хвороби	1	Залік
OK 33.	Клінічна фармакологія	1	Залік
OK 34.	Клінічна імунологія та алергологія	1,5	Залік
OK 35.	Інфекційні хвороби	4	Екзамен
OK 36.	Фтизіатрія	2	Диф. залік
OK 37.	Педіатрія	8	Екзамен
OK 38.	Дитячі інфекційні хвороби	1,5	Диф. залік
OK 39.	Хірургія	9,5	Екзамен
OK 40.	Дитяча хірургія	1,5	Диф. залік
OK 41.	Нейрохірургія	1	Залік
OK 42.	Травматологія і ортопедія	3	Залік
OK 43.	Онкологія	3	Залік
OK 44.	Радіаційна медицина	1,5	Залік
OK 45.	Акушерство і гінекологія	7	Екзамен
OK 46.	Соціальна медицина, громадське здоров'я	6	Екзамен
OK 47.	Урологія	3	Диф. залік
OK 48.	Оториноларинголог ія	3	Диф. залік
OK 49.	Офтальмологія	3	Диф. залік
OK 50.	Неврологія	4	Екзамен
OK 51.	Медична	3	Залік

	психологія		
ОК 52.	Психіатрія, наркологія	3	Екзамен
ОК 53.	Судова медицина	1,5	Залік
ОК 54.	Медичне право України	1,5	Залік
ОК 55.	Епідеміологія, біобезпека та принципи доказової медицини	3	Залік
ОК 56.	Анестезіологія та інтенсивна терапія	3	Диф. залік
ОК 57.	Екстрена та невідкладна медична допомога	1,5	Диф. залік
ОК 58.	Секційний курс	0,5	Залік
ОК 59.	Військово- орієнтована підготовка за спеціальністю «Медицина»	10	Залік
<b>Всього</b>		<b>167</b>	
<b>Виробнича практика</b>			
ОК 60.	Виробнича лікарська практика в поліклініці та амбулаторії сімейної медицини	6	Диф. залік
<b>Разом за професійну підготовку</b>		<b>173</b>	
<b>Загальний обсяг обов'язкових компонентів:</b>		<b>270</b>	

*Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: Радченко, О. М., Лукавецький, О. В., & et al. (2021). Освітньо-професійна програма «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

## Додаток Е

## Перелік обов'язкових компонент освітньо-професійної програми «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти ЛНМУ імені Данила Галицького

<i>Вибірковий блок 1</i>			
ВБ 1.1.	Іноземна мова (друга)	13	Залік
ВБ 1.2.	Англійська мова	13	Залік
ВБ 1.3.	Іноземна мова (за професійним спрямуванням)	3	Залік
ВБ 1.4.	Мовленнєва комунікація лікаря	3	Залік
ВБ 1.5.	Культура мовлення та етикет медика	3	Залік
ВБ 1.6.	Медицина і художня культура	3	Залік
ВБ 1.7.	Соціологія і медична соціологія	3	Залік
ВБ 1.8.	Основи економічних теорій	3	Залік
ВБ 1.9.	Основи християнської етики та моралі	3	Залік
ВБ 1.10.	Основи психології	3	Залік
ВБ 1.11.	Психологія спілкування	3	Залік
ВБ 1.12.	Пропедевтика медицини узалежнень	3	Залік
ВБ 1.13.	Історичні дисципліни в медичній освіті	3	Залік
ВБ 1.14.	Наукове мовлення лікаря	3	Залік
ВБ 1.15.	Визначні постаті української медицини	3	Залік
ВБ 1.16.	Націологія і здоров'я нації	3	Залік
ВБ 1.17.	Інформатика	3	Залік
ВБ 1.18.	Європейський стандарт комп'ютерної грамотності	3	Залік
ВБ 1.19.	Основи патентознавства	3	Залік
ВБ 1.20.	Логіка. Формальна логіка	3	Залік
ВБ 1.21.	Правознавство	3	Залік
ВБ 1.22.	Безпека	3	Залік

	життєдіяльності.		
ВБ 1.23.	Охорона праці в галузі	3	Залік
ВБ 1.24.	Основи соціальної психології.	3	Залік
ВБ 1.25.	Теорія пізнання та медицина	3	Залік
ВБ 1.26.	Основи психоаналізу	2	Залік
ВБ 1.27.	Етичні проблеми в медицині	3	Залік
ВБ 1.28.	Сучасні проблеми молекулярної біології	3	Залік
ВБ 1.29.	Генетика	3	Залік
ВБ 1.30.	Сучасні проблеми біофізики	3	Залік
ВБ 1.31.	Перша допомога і елементи медсестринства	3	Залік
ВБ 1.32.	Деонтологія в медицині	3	Залік
ВБ 1.33.	Невідкладна медична допомога в умовах бойових дій	3	Залік
ВБ 1.34.	Інформатика і статистика	3	Залік
ВБ 1.35.	Цитофізіологія	3	Залік
ВБ 1.36.	Перша медична допомога	3	Залік
ВБ 1.37.	Сучасні проблеми вірусології	3	Залік
ВБ 1.38.	Нутриціологія.	3	Залік
ВБ 1.39.	Практична анатомія	3	Залік
ВБ 1.40.	Побічна дія ліків.	3	Залік
ВБ 1.41.	Паразитологія	3	Залік
ВБ 1.42.	Сучасні методи генетичної діагностики	3	Залік
ВБ 1.43.	Раціональне харчування та дієтотерапія	3	Залік
ВБ 1.44.	Молекулярна фізіологія і біотехнології для сучасної медицини	3	Залік
ВБ 1.45.	Клінічна біохімія	3	Залік
ВБ 1.46.	Клінічна мікробіологія	3	Залік
ВБ 1.47.	Інформаційні технології в	3	Залік

	медицині		
ВБ 1.48.	Актуальні проблеми фізіотерапії, курортології та реабілітації	2	Залік
ВБ 1.49.	Методологія доказової медицини	2	Залік
ВБ 1.50.	Клінічна токсикологія	2	Залік
ВБ 1.51.	Клінічна лабораторна діагностика	2	Залік
ВБ 1.52.	Основи рефлексотерапії	2	Залік
ВБ 1.53.	Мануальна терапія	2	Залік
ВБ 1.54.	Косметологія	2	Залік
ВБ 1.55.	Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї	2	Залік
ВБ 1.56.	Сучасні питання клінічної анатомії в абдомінальній хірургії	2	Залік
ВБ 1.57.	Сучасні аспекти клінічної анатомії в кардіохірургії	2	Залік
ВБ 1.58.	Сучасні аспекти клінічної анатомії в торакальній хірургії	2	Залік
ВБ 1.59.	Сучасні аспекти клінічної анатомії в оториноларингології	2	Залік
ВБ 1.60.	Основи сексології та сексопатології	2	Залік
ВБ 1.61.	Судинна хірургія	2	Залік
ВБ 1.62.	Ендокринна хірургія	2	Залік
ВБ 1.63.	Актуальні питання ревматології	2	Залік
ВБ 1.64.	Актуальні питання гастроентерології	2	Залік
ВБ 1.65.	Андрологія	2	Залік
ВБ 1.66.	Вікові аспекти фармакотерапії	2	Залік
ВБ 1.67.	Ендоскопічні технології в акушерстві та гінекології	2	Залік
ВБ 1.68.	Інструментальні методи функціональної діагностики	2	Залік

ВБ 1.69.	Актуальні проблеми клінічної патоморфології	2	Залік
ВБ 1.70.	Основи геронтології та геріатрії	2	Залік
ВБ 1.71.	Рефлексотерапія в неврології	2	Залік
ВБ 1.72.	Актуальні проблеми неврології	2	Залік
ВБ 1.73.	Актуальні питання пульмонології	2	Залік
ВБ 1.74.	Організаційні основи сімейної медицини	3	Залік
ВБ 1.75.	Основи трансплантології	3	Залік
ВБ 1.76.	Клінічна паразитологія та тропічна медицина	3	Залік
ВБ 1.77.	Актуальні проблеми ВІЛ-інфекції	3	Залік
ВБ 1.78.	Дерматоонкологія	3	Залік
ВБ 1.79.	Менеджмент в охороні здоров'я	3	Залік
ВБ 1.80.	Пластична та реконструктивна хірургія	3	Залік
ВБ 1.81.	Актуальні питання кардіохірургії	3	Залік
ВБ 1.82.	Актуальні питання нейрохірургії	3	Залік
ВБ 1.83.	Актуальні питання церебро-васкулярної патології	3	Залік
ВБ 1.84.	Актуальні питання гематології та трансфузіології	3	Залік
ВБ 1.85.	Актуальні питання кардіології	3	Залік
ВБ 1.86.	Актуальні питання нефрології	3	Залік
ВБ 1.87.	Імунодіагностика, імунотерапія, імунопрофілактика COVID-19	3	Залік
ВБ 1.88.	Специфічна імунопрофілактика в практичній медицині	3	Залік
ВБ 1.89.	Алергологічні невідкладні стани в	3	Залік



	практиці лікаря		
ВБ 1.90.	Медичні аспекти біоетики та біобезпеки	3	Залік
ВБ 1.91.	Доказова медицина	3	Залік
ВБ 1.92.	Ендоскопічні технології в медицині	3	Залік
ВБ 1.93.	Медична реабілітація	3	Залік
ВБ 1.94.	Проктологія	3	Залік
ВБ 1.95.	Екстремальна медицина	3	Залік
ВБ 1.96.	Фізичне виховання	6	Залік
ВБ 1.97.	Онкоурологія	3	Залік
<b>Вибірковий блок 2</b>			
ВБ 2.1.	Виробнича практика: Догляд за хворими в терапевтичному відділенні стаціонару	4	Диф. залік
ВБ 2.2.	Виробнича практика: Догляд за хворими в хірургічному відділенні стаціонару	4	Диф. залік
ВБ 2.3.	Виробнича практика: Догляд за хворими в дитячому відділенні стаціонару	4	Диф. залік
ВБ 2.4.	Виробнича сестринська практика в терапевтичному відділенні стаціонару	5	Диф. залік
ВБ 2.5.	Виробнича сестринська практика в хірургічному відділенні стаціонару	5	Диф. залік
ВБ 2.6.	Виробнича сестринська практика в дитячому відділенні стаціонару	5	Диф. залік
ВБ 2.7.	Виробнича лікарська практика в терапевтичному відділенні стаціонару	6	Диф. залік
ВБ 2.8.	Виробнича лікарська практика в хірургічному відділенні стаціонару	6	Диф. залік
ВБ 2.9.	Виробнича лікарська практика в дитячому відділенні стаціонару	6	Диф. залік

	практика в пологовому відділенні		
ВБ 2.10.	Виробнича лікарська практика в педіатричному відділенні стаціонару	6	Диф. залік
<b>Вибірковий блок 3</b>			
ВБ 3.1.	Індивідуальний профільний курс Внутрішня медицина	56	залік
ВБ 3.2.	Індивідуальний профільний курс Хірургія	56	залік
ВБ 3.3.	Індивідуальний профільний курс Акушерство і гінекологія	56	залік
ВБ 3.4.	Індивідуальний профільний курс Профілактична медицина	56	залік
<b>Загальний обсяг вибірових компонент:</b>		<b>90</b>	
<b>ЗАГАЛЬНИЙ ОБСЯГ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ</b>		<b>360</b>	

*Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: Радченко, О. М., Лукавецький, О. В., & et al. (2021). Освітньо-професійна програма «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

**Додаток Ж**  
**Блоки питань і їх частка в структурі тесту IFOM**

Медичні знання/базові наукові концепції	62–68%
Медичне обслуговування пацієнтів: діагностика	21–28%
Медичне обслуговування пацієнтів: ведення	6–8%
Інформування, комунікабельність та професіоналізм	1–3%
Навчання на практиці	2–4%
Загальні принципи фундаментальної науки	12–14%
Імунна система	3–5%
Кров і лімфоретикулярна система	3–5%
Нервова система і органи чуття	9–11%
Шкіра та підшкірна тканина	2–4%
Кістково-м'язова система/опорно-руховий апарат	5–7%
Серцево-судинна система	11–13%
Дихальна система	7–9%
Шлунково-кишкова система	8–10%
Сечовидільна система	5–7%
Вагітність, пологи і післяпологовий період	2–4%
Жіноча репродуктивна система і молочні залози	2–4%
Чоловіча репродуктивна система	1–3%
Ендокринна система	5–7%
Мультисистемні процеси та розлади	8–10%
Біостатистика, епідеміологія/здоров'я населення та інтерпретація медичної літератури	2–4%
Суспільні науки	1–3%
<b>Процеси систем органів</b>	<b>Відсоток</b>
Нормальні	20–30%
Патологічні	70–80%

Додаток підготовлений авторкою на основі опрацювання джерела: *International Foundations of Medicine Program*. Retrieved from: <https://www.nbme.org/assessment-products/assess-learn/international-foundations-medicine>

**Додаток И  
Додаток И-1**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, тел. (0352) 52-44-92, 52-50-10  
E-mail: university@tdmu.edu.ua, Web: http://tdmu.edu.ua; код ЄДРПОУ 02010830

19.11.2021 № 03/4279

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**Довідка**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
**Шумило Мирослави Юріївни**  
на тему **“Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)”**  
на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
за спеціальністю 011 – Освітні, педагогічні науки

Результати дисертаційного дослідження аспірантки Шумило Мирослави Юріївни з теми **“Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)”** впроваджувалися та активно використовуються у навчальному процесі кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

В освітньому процесі імплементуються теоретичні положення дисертаційної роботи Шумило М.Ю., науково-методичні матеріали щодо формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів, а також розвиток рефлексії та етико-деонтологічних засад.

Викладачі мали змогу ознайомитися із засадами та особливостями вищої медичної освіти в США, важливості міжпредметних зв'язків при підготовці студентів-медиків, а також могли використовувати здобутий досвід у процесі розробки методичних рекомендацій та комплексного забезпечення навчального процесу.

Посібник **“Medical English Competence”** (автори Ісаєва О.С., Шумило М.Ю., Аврахова Л.Я., Паламаренко І.О., Хміляр І.Р.), що виданий у 2019 році, а також теоретичні положення дисертаційного дослідження Шумило М.Ю. доцільно впроваджувати в практику медичних навчальних закладів, які готують майбутніх фахівців у сфері охорони здоров'я.

Результати впровадження дисертаційного дослідження Шумило М. Ю. обговорено та затверджено на засіданні кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (протокол № 1 від 04.11.2021 р.).

Проректор з наукової роботи

проф. І.М. Кліщ

Виконавець: Гуменна (0686474166)



017754

## Додаток И-2

<b>Класичний Приватний Університет</b>		<b>CLASSIC PRIVATE UNIVERSITY</b>
Україна, 69002 м. Запоріжжя, Жуковського, 70 "Б"	тел. (061) 787-33-96 (061) 764-67-50 факс (061) 228-07-78	70 "Б", Zhukovskogo st., 69002 Zaporizhja, UKRAINE
		tel. (061) 787-33-96 (061) 764-67-50 fax (061) 228-07-78

№ 822"20" 10 2021 р.

Довідка  
про впровадження результатів дослідження  
**Шумило Мирослави Юрїївни** на тему  
**"Розвиток вищої медичної освіти у США (XX–XXI століття)"**  
на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
за спеціальністю 011 – Освітні, педагогічні науки

Апробація та впровадження результатів дисертаційної роботи здобувача наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 011 – Освітні, педагогічні науки Шумило Мирослави Юрїївни відбувалося на кафедрі освіти та управління навчальним закладом Класичного приватного університету впродовж 2020–2021 н. р.

Основні положення дисертації апробовано під час практичних занять з іноземної мови та рекомендовано для впровадження в навчальну діяльність медичних вишів України. В процесі дослідження вивчено загальну структуру системи вищої медичної освіти, теоретичні та організаційні засади професійної підготовки лікарів у США, відмінності в процесі здобуття вищої медичної освіти у США та інших країнах. Сьогодні ця країна має потужну освітню систему та є однією з провідних держав щодо впровадження освітніх інновацій і новітніх технологій у медичній освіті. Слід зазначити, що важливе місце займає зміст професійної підготовки майбутніх медичних фахівців в університетах США, розвиток творчих здібностей студентів-медиків, безперервний професійний розвиток лікарів після закінчення вищих медичних закладів.

Аналіз прогресивного досвіду професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США уможливив виокремлення шляхів використання продуктивних ідей в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні.

Викладачі та студенти кафедри освіти та управління навчальним закладом використовували матеріали та висновки дисертаційного дослідження на практичних заняттях при ознайомленні зі специфікою вищої медичної освіти у США, інноваційними методиками навчання, вимогами щодо складання ліцензійних іспитів тощо.

Результати дослідження Шумило М. Ю. отримали позитивну оцінку, є актуальними, мають практичну значущість і рекомендуються для впровадження в освітній процес закладів вищої освіти.

Ректор  
Класичного приватного університету



Віктор Огаренко



## Додаток И-3



УКРАЇНА  
 МІНІСТЕРСТВО  
 ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
 ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
 імені Данила Галицького

Україна, 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69  
 тел.: +38 (032) 275-76-32  
<https://new.meduniv.lviv.ua/>

№ \_\_\_\_\_  
 на № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Довідка  
 про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
**Шумило Мирослави Юріївни**  
 на тему **“Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)”**  
 на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
 за спеціальністю 011 — Освітні, педагогічні науки

Впровадження результатів дисертаційного дослідження Шумило М.Ю. у навчально-виховний процес Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького здійснювалося впродовж 2020-2021 навчального року викладачами кафедри латинської та іноземних мов. Наукове дослідження “Розвиток вищої медичної освіти в США (XX-XXI століття)” засвідчує актуальність, теоретичне та практичне значення отриманих результатів, що засвідчує видання посібника “Medical English Competence” (автори Ісаєва О.С., Шумило М.Ю., Аврахова Л.Я., Паламаренко І.О., Хміляр І.Р.) у 2019 році.

Провідні положення дисертаційного дослідження впроваджено на практичних заняттях з іноземної мови для студентів I-II курсів спеціальності “Медицина”. Результати наукового дослідження, а саме матеріали компаративного аналізу системи вищої медичної освіти в США та Україні, сприяли розширенню знань студентів про модернізацію системи освіти США. Результати дослідження підтверджують не лише важливість, але й перспективність даного питання. Їх цінність полягає у ознайомленні студентами з можливостями застосування конструктивних ідей американського досвіду в практиці реформування вищої медичної освіти в Україні, наданні методичних рекомендацій щодо виконання конкретних видів наукових та навчальних робіт, і, навіть, запозичення протоколів лікування.

Слід зазначити, що результати, положення, висновки та джерельна база дисертаційного дослідження можуть використовуватися для подальшого порівняльного аналізу реформування системи медичної освіти в Україні та за кордоном, а також вдосконалення освітнього процесу у медичних навчальних закладах. Результати впровадження обговорено та затверджено на засіданні кафедри латинської та іноземних мов Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 4 від 18.11.2021 р).

Завідувач кафедри  
 латинської та іноземних мов  
 ЛНМУ ім. Д. Галицького



проф. Содомора П.А.

Проректор з наукової роботи

проф. Наконечний А.Й.

## Додаток И-4



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження

Шумило Мирослави Юріївни

на тему «Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)»

на здобуття наукового ступеня доктора філософії

за спеціальністю 011 – Освітні, педагогічні науки

Результати дослідження Шумило М. Ю. впроваджувалися в освітній процес Запорізького державного медичного університету протягом 2020-2021 навчального року. Результати наукової роботи свідчать про те, що дослідження розвитку та сучасного стану вищої медичної освіти у США, а також використання досвіду в умовах вищої медичної освіти України є актуальним питанням сучасної педагогіки.

У матеріалах дисертації досліджено актуальні питання щодо вищої медичної освіти у США. Важливе практичне значення для подальших перспектив розвитку та вивчення теоретичних і прикладних аспектів різних галузей має ретроспективний аналіз проблем педагогічної теорії і практики. Науково-педагогічний аналіз інноваційної діяльності вищих медичних навчальних закладів США дав змогу визначити особливості та специфіку вищої медичної освіти, роль розвитку професіоналізму майбутніх лікарів як ключового аспекту модернізації змісту ВМО.

Професіоналізм, як досить широке та багатозначне поняття, передбачає готовність випускників до виконання актуальних професійних завдань. Основними складовими професіоналізму лікарів є забезпечення найвищого рівня медичних послуг, високоякісного сервісу пацієнтів, враховуючи їхні потреби і відповідність очікуванням громадськості та вимогам часу. Характерними особливостями підготовки майбутніх лікарів у провідних університетах США є унікальна структура медичної освіти і об'єднання процесів її реформування та модернізації, що здійснюється за допомогою розвитку електронного навчання; розвитку професіоналізму майбутніх лікарів, ключовим компонентом якого є підготовка до комунікативної взаємодії у професійному середовищі, тобто фахової комунікації.

Дисертантка є співавтором посібника «Medical English Competence» (автори Ісаєва О.С., Шумило М.Ю., Аврахова Л.Я., Паламаренко І.О., Хміляр І.Р.), виданого у 2019 році, який рекомендований для студентів медичних навчальних закладів, був апробований та активно використовується для аудиторної та самостійної роботи студентів-медиків.

На основі проведеної роботи зроблено висновок про наукову важливість та доцільність впровадження дисертаційного дослідження Шумило М.Ю. у практику закладів вищої медичної освіти.

Результати впровадження обговорено та затверджено на засіданні кафедри іноземних мов Запорізького державного медичного університету (протокол № 4 від 03.11.2021).

Завідувач кафедри іноземних мов,  
кандидат філологічних наук, доцент

Гордієнко О. В.



## Додаток И-5



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДРОГОБИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені ІВАНА ФРАНКА

вул. Івана Франка, 24, м. Дрогобич, 82100; тел. (0324) 41-04-74, факс (03244) 3-38-77  
e-mail: dspu@dspu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125438

Від «23» 11 2021 р. № 1192

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
*Шумило Мирослави Юріївни*  
на тему "Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)"  
на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
за спеціальністю 011 — Освітні, педагогічні науки

Результати наукового дослідження Шумило Мирослави Юріївни за темою *Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)* впроваджено у 2019-2020 навчальному році та використовуються на кафедрі загальної педагогіки та дошкільної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка з метою удосконалення підготовки студентів.

Упровадження в навчальний процес змістового наповнення, видів, форм і методів організації медичної освіти в США сприяло розширенню та поглибленню знань майбутніх фахівців про особливості організації вищої освіти та можливості запозичення й імплементації у закладах вищої освіти в Україні.

Особливої уваги заслуговує проблема активізації комунікативних навичок та науково-дослідної роботи під час підготовки до практичних занять та самостійної роботи студентів, формування інтересу студентів до засвоєння актуального навчального матеріалу, участі у студентських науково-практичних конференціях, круглих столах. Комунікативна компетентність забезпечує вдосконалення умінь спілкування в навчальній, науковій, професійній, побутовій та соціально-культурній сферах, розвиток вмінь роботи з навчальним і науковим текстом та іншими джерелами інформації, вмінь аналізувати та систематизувати отримані дані, а також інтерпретувати певну інформацію.

Апробація результатів наукового дослідження Шумило М.Ю. підтверджує їх теоретичну та практичну спрямованість, доцільність їх подальшої імплементації в навчальний процес для підвищення ефективності підготовки студентів в умовах реформування системи вищої освіти.

Довідку про впровадження результатів дисертаційного дослідження обговорено та затверджено на засіданні кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти (протокол № 15 від 2 листопада 2021 р.).

Завідувач кафедри загальної педагогіки  
та дошкільної освіти  
доктор педагогічних наук, професор

М.М. Чепіль

Проректор з наукової роботи  
доктор педагогічних наук, професор

М.П. Пантюк





## Додаток И-6



0001718

УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
 НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

вул. С. Бандери, 12, Львів, 79013, тел. (380-32) 237-49-93, 258-27-58, факс: (380-32) 258-26-80  
 ел. пошта: office@lpnu.ua, інтернет: www.lp.edu.ua

23.12.2021 № 67-01-2275

на № \_\_\_\_\_

Довідка  
 про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
**Шумило Мирослави Юрївни**  
 на тему **“Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)”**  
 на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
 за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки

Результати дисертаційного дослідження Шумило Мирослави Юрївни на тему “Розвиток вищої медичної освіти у США (XX-XXI століття)” впроваджено у роботу кафедри педагогіки та інноваційної освіти Національного Університету “Львівська Політехніка”. Основні положення роботи практично використовувалися для розробки завдань до практичних занять з навчальної дисципліни “Порівняльна педагогіка” для третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки.

Основні ідеї наукового дослідження Шумило М.Ю. щодо сутності підготовки майбутніх медиків в університетах США, розвитку медичної освіти та особливостей формування професійних компетентностей майбутніх лікарів можуть використані під час розробки матеріалів для викладання теми 2 «Тенденції розвитку освіти в сучасному світі» та теми 3 «Системи професійної підготовки у провідних країнах світу та в Україні».

У дисертаційній роботі висвітлено закономірності розвитку медичної освіти в США, що зумовили необхідність реформ, та проаналізовано концептуальні засади її модернізації, а також здійснено порівняльно-педагогічну характеристику основних тенденцій розвитку української та американської вищої медичної освіти. Розглянуто перспективні напрями розвитку та вдосконалення вищої медичної освіти в Україні, а також можливі шляхи її реалізації у рамках реформ системи охорони здоров'я та медичної освіти.

Апробація результатів дослідження підтверджує їх теоретичну та практичну значимість, доводить доцільність їх подальшого впровадження в освітній процес з метою підвищення ефективності підготовки здобувачів освіти в умовах реформування системи вищої освіти.

Результати впровадження дисертаційного дослідження Шумило М.Ю. обговорено та затверджено на засіданні кафедри педагогіки та інноваційної освіти (протокол № 4 від 16 листопада 2021 р.).

Проректор з науково-педагогічної роботи  
 доцент



О. Р. Давидчак

## Додаток К

## Список публікацій здобувача

**Публікації, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**  
 Статті у наукових виданнях, включених на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України

1. Shumylo M. (2022). Theoretical principles of medical education development in the USA. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 85, 231-236.
2. Ісаєва, О. С., & Шумило, М. Ю. (2020). Впровадження засобів інформаційно-комунікаційних технологій в освітній процес студентів-медиків. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 76, 76–80.
3. Шумило, М. Ю. (2019а). Сучасний стан медичної освіти. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*, 63(2), 220–224.
4. Шумило, М. Ю. (2019б). Медична освіта у США після II Світової Війни. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 69, 289–292.

Статті у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базах даних *Web of Science Core Collection* та *Scopus*

5. <sup>2</sup>Isayeva, O., Shumylo, M., Khmilyar, I., Mylyk, O., & Myskiv, I. (2020). Blended learning in higher medical education: principles and strategies of teaching foreign languages. *Advanced education*, 14, 11–18.
6. Shumylo, M., Isayeva, O., Khmilyar, I., Huziy, I., Yaremko, H. & Drachuk, M. (2022). Creativity as an essential aspect in medical education. *Creativity studies*, 15(1), 182–198.

**Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

7. Шумило, М. (2021а). Вступні вимоги у вищих медичних навчальних закладах США та України. *Розвиток порівняльної професійної педагогіки у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів: матеріали тез доповідей X міжнародного науково-методологічного Інтернет-семінару*. (с. 77–79). Хмельницький, Україна: Термінова поліграфія.
8. Шумило, М. Ю. (2019с). Ретроспективний погляд на розвиток медичної освіти у США. *Сучасний вимір психології та педагогіки: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 103–106). Львів, Україна: ГО «Львівська педагогічна спільнота».
9. Шумило, М. Ю. (2019d). Сучасний стан організації медичної освіти в США. *Influence of scientific achievements in education on the development of modern society: proceedings of the International scientific and practical conference*. (158–160). Vilnius, Lithuania: Izdevnieciba “Baltija Publishings”.

<sup>2</sup>Видання водночас включене до переліку наукових фахових видань України.

10. Шумило, М. Ю. (2020а). Новий зміст підготовки лікарів в Україні. *Abstracts of XIV International Scientific and Practical Conference. Bilbao, Spain.* (pp. 359–362). Retrieved from: <https://isg-konf.com>
11. Шумило, М. Ю. (2021b). Безперервний професійний розвиток лікарів як компонента реформування системи вищої медичної освіти. *Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції.* (с. 69–71). Львів, Україна: ГО «Львівська педагогічна спільнота».
12. Шумило, М. Ю. (2021с). Навчання принципам академічної доброчесності у медичному університеті. *Академічна доброчесність: виклики сучасності: збірник наукових есе учасників наукового стажування.* (с. 134–138). Варшава, Польща: Польсько-українська фундація «Інститут Міжнародної Академічної та Наукової Співпраці», Духовна Академія Університету Кардинала Стефана Вишинського, Фундація ADD.
13. Шумило, М. Ю. (2021d). Підготовка лікарів-інтернів в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Topical issues of modern science and education: abstracts of XI International Scientific and Practical Conference.* (pp. 167–169). Tallinn, Estonia. Retrieved from: <https://isg-konf.com>
14. Шумило М. Ю. (2021). Становлення та розвиток резидентури в США. *Актуальні проблеми навчання і виховання в умовах інтеграційних процесів в освітньому та науковому просторі : збірник тез доповідей IV Всеукраїнської науковопрактичної Інтернет-конференції, 5 листопада 2021 р.* (с. 499-501). Мукачево: МДУ.
15. Shumylo, M. Yu. (2018). Application of humanities disciplines in medical education. *Modern educational space: the transformation of national models in terms of integration: conference proceedings.* (pp. 40–42). Leipzig, Germany: Baltija Publishing.
16. Shumylo, M. Yu. (2019). Innovations in higher medical education in Ukraine. *Modern educational space: the transformation of national models in terms of integration: conference proceedings.* (pp. 169–171). Leipzig, Germany: Baltija Publishing.
- Публікації, що додатково відображають матеріали дисертації**
17. Шумило, М. Ю., & Ісаєва, О. С. (2018). Оновлені стандарти освіти лікарів – фахівців нової генерації. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, VI (72)(174),* 10–14.
18. Shumylo, M. Y. (2019). The role of elective courses in higher medical education during pre-clinical years. *Science and education a new dimension. Pedagogy and Psychology, VII(86)(209),* 45–48.
19. Шумило, М. Ю. (2020b). Методика організації самостійної роботи студентів-медиків у вищих навчальних закладах. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, VIII (95)(239),* 48–51.
20. Shumylo, M. (2020). Challenges and perspectives of higher medical education in Ukraine. *Knowledge, Education, Law, Management, 7(35)(2),* 51–55.

21. Isayeva, O. S., Shumylo, M. Y., Avrahova, L. Ya., Palamarenko, I. O., & Khmilyar, I. R. (2019). *Medical English Competence*. Kyiv, Ukraine: Book-plus.
22. Ісаєва, О. С., Содомора, П. А., Шумило, М. Ю. (2021). *Посібник для практичних занять з іноземної мови для підготовки фахівців третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти – докторів філософії (PhD)*. Львів,